



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

---

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA



CARLOS EDUARDO BARBOSA DE AZEVEDO BRAGANÇA

**PRIVACIDADE EM INFORMAÇÕES DE SAÚDE:  
UMA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PERCEBIDO POR  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2010

CARLOS EDUARDO BARBOSA DE AZEVEDO BRAGANÇA

**PRIVACIDADE EM INFORMAÇÕES DE SAÚDE:  
UMA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PERCEBIDO POR  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração e Negócios pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edimara M. Luciano

Porto Alegre

2010

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação ( CIP )

B813p Bragança, Carlos Eduardo Barbosa de Azevedo  
Privacidade em informações de saúde: uma análise do  
comportamento percebido por profissionais de saúde de instituições  
hospitalares do Rio Grande do Sul / Carlos Eduardo Barbosa de  
Azevedo Bragança. – Porto Alegre, 2010.  
123 f.

Diss. (Mestrado em Administração e Negócios) – Fac. de  
Administração, Contabilidade e Economia, PUCRS.  
Orientador: Profa. Dra. Edimara M. Luciano

1. Administração da Informação. 2. Informação em Saúde -  
Privacidade. 3. Profissionais da Saúde - Ética. I. Luciano, Edimara  
M. II. Título.

CDD 658.84

Bibliotecária Responsável: Elisete Sales de Souza, CRB 10/1441

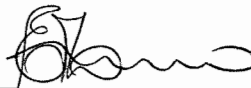
## **Carlos Eduardo Barbosa de Azevedo Bragança**

### **PRIVACIDADES EM INFORMAÇÕES DE SAÚDE; UMA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PERCEBIDO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração, pelo Mestrado em Administração e Negócios da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em 30 de agosto de 2010, pela Banca Examinadora.

#### **BANCA EXAMINADORA:**



---

Profa. Dr. Edimara Mezzomo Luciano  
(Orientadora)



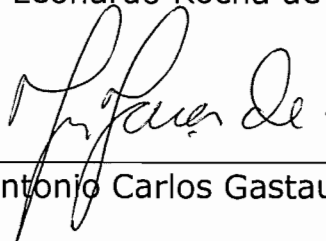
---

Prof. Dr. Maurício Gregianin Testa



---

Prof. Dr. Leonardo Rocha de Oliveira



---

Prof. Dr. Antonio Carlos Gastaud Maçada

*À minha mãe Delma e minha avó, Dalva.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre proporcionar tudo o que preciso.

À minha mãe e minha avó, que infelizmente não estão mais presentes para ver aonde cheguei, agradeço sempre por tudo o que sei e tudo o que sou.

Não teria as palavras necessárias para agradecer devidamente minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edimara Mezzomo Luciano, por tudo, mas agradeço especialmente pelos conselhos, pelo apoio e pelas cobranças para que eu não desanimasse nunca. *Il primo lavoro, il riposo dopo!* Tenho plena consciência de sua dedicação e incentivo nos meus momentos de descrença, para que nunca desistisse e visse meu próprio valor. Mais uma vez obrigado. Sinto-me orgulhoso de poder dizer que sou seu orientando.

Agradeço ainda ao Prof. Dr. Maurício Gregianin Testa pelo apoio e oportunidades recebidos, desde minha chegada em 2007, à época de minha especialização.

Meus agradecimentos também ao Prof. Dr. Leonardo Rocha de Oliveira, pelas conversas, pelo apoio, pelo espaço de aprendizado em sua sala de aula e por sempre respeitar o ponto de vista do outro.

Agradeço ainda ao Prof. Dr. Antônio Carlos Gastaud Maçada, por aceitar o convite para participar de minha banca. Já tive a oportunidade de ser seu aluno na pós-graduação, e vi toda sua experiência em sala de aula.

A todos os professores que conheci no MAN, profissionais inegavelmente competentes e que me mostraram todo um novo universo acadêmico.

À amiga Sandra Pedroso, pelo apoio, amizade e oportunidades sempre recebidas, meu muito obrigado especial.

Um agradecimento especial à Reitoria da UNCISAL, na pessoa do Dr. André Falcão

e, mais recentemente, da Dra. Rosângela Wyszomirska. Obrigado pela oportunidade de ampliar meus horizontes.

Agradeço igualmente à Direção do HEHA, em especial ao Dr. Marcelo Constant, que ousou ainda chamar de amigo, e à Dra. Luciana Pacheco, por sua compreensão e ajuda.

Meu especial obrigado a todos os profissionais que gentilmente disponibilizaram um pouco de seu precioso tempo no sentido de colaborar com sua experiência em minha pesquisa.

Ao amigo Kleverton Carvalho, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis.

Ao amigo Marcos Tadeu pela paciência no dia-a-dia, pelas cobranças e pelas palavras de apoio e, principalmente, pela ajuda impagável, mesmo quando foi à distância.

Finalmente agradeço à PUCRS, seus professores e funcionários, pelo acolhimento e carinho recebidos, especialmente à Flávia e Janaína, sempre amigas e disponíveis para ajudar.

Agradeço ainda a todos os meus amigos, colegas e professores, bem como os colegas e amigos do MAN, que fazem ou fizeram parte desta primeira etapa da retomada de minha vida.

*Se enxerguei mais longe, foi por estar de pé sobre os ombros de gigantes.*

*Sir Isaac Newton*



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Foco da pesquisa .....	19
Figura 2: Momentos do ciclo de vida da informação .....	29
Figura 3: Desenho de Pesquisa.....	54
Figura 4: Variáveis envolvidas no Comportamento .....	109

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de Informação e suas características.....	43
Quadro 2 – Dimensões e Variáveis para a Coleta de dados .....	57
Quadro 3 – Perfil dos Especialistas .....	57
Quadro 4 – Aplicação dos Instrumentos por grupo de Respondentes.....	59
Quadro 5 – Atuação e Experiência dos Respondentes do grupo de Gestores de Saúde e Bioética.....	61
Quadro 6 – Atuação e Experiência dos Respondentes do grupo de Profissionais de Assistência Multidisciplinar .....	62
Quadro 7 – Resumo das considerações sobre Privacidade segundo os respondentes .....	75
Quadro 8 – Resumo das considerações sobre os Aspectos Organizacionais segundo os respondentes .....	86
Quadro 9 – Resumo das considerações sobre os Aspectos Comportamentais segundo os respondentes .....	99
Quadro 10 – Principais pontos levantados pelos respondentes sobre a dimensão Privacidade	100
Quadro 11 – Principais pontos levantados pelos respondentes sobre a dimensão Aspectos Organizacionais .....	102
Quadro 12 – Principais pontos levantados pelos respondentes sobre a dimensão Aspectos Comportamentais.....	104

## RESUMO

O aumento no uso da informação aumentou também, significativamente, a quantidade de dados sobre clientes registrada nos sistemas de informação. Diante disso, a responsabilidade em mantê-los de forma segura leva à preocupação com a Segurança da Informação. Contudo, neste campo de pesquisa, além da abordagem técnica ou de gestão, outros aspectos, como a privacidade, o risco, a vulnerabilidade e a confiança são igualmente necessários para que seja possível obter a efetividade dos procedimentos que visam à Segurança da Informação. Quando se fala em informações de saúde, a privacidade destas adquire especial relevância, já que o vazamento de informações deste tipo pode ser desastroso para os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, e os danos causados pelo vazamento acidental ou voluntário podem ser irreversíveis. Assim, este trabalho tem como tema a Segurança da Informação, mais especificamente sobre privacidade das informações armazenadas em Sistemas de Informação. No contexto de organizações de saúde, a privacidade é relacionada ao sigilo das informações contidas em prontuários médicos e ao comportamento seguro dos profissionais que diariamente acessam estas informações. O foco do trabalho é na privacidade percebida por profissionais de saúde, no sentido da proteção às informações de seus pacientes que fazem uso diariamente. Este trabalho tem como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde com relação à privacidade na coleta, armazenamento e manipulação das informações de pacientes no âmbito de instituições hospitalares. Desta forma, a justificativa para este estudo consiste na necessidade de ampliação do conhecimento sobre aspectos humanos em Segurança da Informação, uma vez que os aspectos tecnológicos não conseguem sozinhos evitar as quebras de privacidade das informações relativas à saúde. Como referencial teórico, foi utilizada a visão de Segurança da

Informação, relacionada a aspectos humanos e comportamentais, além de elementos conceituais sobre privacidade e a visão do assunto na área da saúde. Sendo este trabalho de caráter exploratório, foram realizadas 18 entrevistas, com a elaboração de dois instrumentos de pesquisa semi-estruturados, validados, o primeiro deles aplicado profissionais das áreas de Gestão da Saúde e Bioética e o segundo para profissionais de Assistência Multidisciplinar, todos profissionais de três grandes instituições de saúde do Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram deficiências significativas acerca do encaminhamento dado para o problema de segurança e privacidade em informações de saúde, em especial sobre a utilização de políticas sobre informações privadas, as responsabilidades dos profissionais envolvidos, a capacitação dos profissionais envolvidos, o uso das informações privadas pelos profissionais de saúde, os motivadores da quebra de privacidade e os desafios relacionados à privacidade destas informações. Como limitadores se destacam a impossibilidade da generalização dos resultados obtidos, além do número limitado de respondentes. Sobre trabalhos futuros, sugere-se a realização de outras pesquisas qualitativas, com maior número de respondentes e de outras regiões do país, além da realização de pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, com profissionais da área médica, no sentido de verificar entre estes, comportamentos seguros ou inseguros em sua atuação profissional no trato diário com informações de seus pacientes.

Palavras-chave: Administração da Informação, Privacidade, Informações em Saúde, Comportamento em Segurança da Informação.

## **ABSTRACT**

The use of Information Technology has caused a meaningful increase of data in information systems. Given this, the responsibility to keep them safely leads to concerns about information security. However, this field of research, beyond the technical or management approach, other aspects, such as privacy, risk, vulnerability and trust are also needed to be able to obtain the effectiveness of procedures designed to Information Security. When it comes to healthcare information, privacy of these acquires special relevance, since the leak of this kind of information can be disastrous for users of healthcare services and their families, and the damage caused may be irreversible. This work's theme is about Information Security, more specifically about privacy of data stored in information systems. In the context of healthcare organizations, privacy is related to the secrecy of the information contained in medical records and the conduct of insurance professionals who access this information in daily basis. The focus of the work is how privacy is perceived by healthcare professionals in order to protect the information from their patients. This study aims to identify the perception of healthcare professionals regarding privacy in the collection, storage and handling of patient's information within healthcare organizations. Thus, the rationale for this study is the need to increase the knowledge about human aspects of information security, since the technological aspects alone can not prevent breaches of privacy of healthcare information. The theoretical was used to view information security, and human aspects related to behavioral, and conceptual elements of privacy and view of the healthcare's subject area. Since this is an exploratory study, 18 interviews were conducted within the development of two semi-structured and validated instruments, implemented the first of them on professionals in Healthcare's Management Bioethics area and the second for

Multidisciplinary professionals, all professionals of the three major health institutions in Rio Grande do Sul. The results showed significant deficiencies on the direction given to the problem of security and privacy of healthcare information, particularly on the use of private information on policies, responsibilities of professionals involved, the use of private information by healthcare professionals and the reasons for the breach of privacy and challenges related to privacy of such information. As work limits it is highlighted the impossibility of generalizing the results, beyond the limited number of respondents. On future works, we suggest the implementation of other qualitative research, with a greater number of respondents and in other regions of the country as well, besides conducting quantitative research, survey-type, with medical area professionals, to check between them, safe or unsafe behaviors in their daily professional practice in dealing with information of their patients.

Key-words: Information Management, Privacy, Healthcare Information, Information Security.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	16
1.1	TEMA E FOCO DA PESQUISA .....	16
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA .....	20
1.3	JUSTIFICATIVA .....	22
1.4	OBJETIVOS .....	24
1.4.1	Objetivo Geral .....	25
1.4.2	Objetivos Específicos .....	25
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO .....	25
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
2.1	SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO .....	26
2.1.1	A Importância da Informação .....	27
2.1.2	Gestão e Proteção da Informação .....	30
2.2	PRIVACIDADE .....	34
2.2.1	Aspectos Morais e Legais .....	36
2.2.2	Aspectos relacionados à Tecnologia da Informação .....	38
2.3	PRIVACIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE .....	39
2.3.1	Aspectos Éticos.....	42
2.3.2	Visão Internacional.....	45
2.3.3	Panorama Nacional.....	45
2.4	COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL .....	48
2.5	MODELO TEÓRICO .....	51
3	MÉTODO DE PESQUISA .....	52

3.1	DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	52
3.2	COLETA DOS DADOS .....	55
3.2.1	Elaboração dos instrumentos semi-estruturados A1 e A2 .....	55
3.2.2	Validação dos Instrumentos semi-estruturados .....	57
3.2.3	Aplicação dos Instrumentos de Coleta de Dados .....	58
3.3	ANÁLISE DOS DADOS .....	59
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	60
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE RESPONDENTES .....	60
4.2	PERCEPÇÃO ACERCA DA PRIVACIDADE .....	62
4.2.1	Profissionais da área de Gestão Hospitalar e Bioética.....	63
4.2.2	Profissionais de Assistência Multidisciplinar .....	69
4.2.3	Considerações sobre as evidências coletadas nas entrevistas.....	74
4.3	PRÁTICAS ADOTADAS PELAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES .....	75
4.3.1	Profissionais da área de Gestão Hospitalar e Bioética.....	75
4.3.2	Profissionais de Assistência Multidisciplinar .....	82
4.3.3	Considerações sobre as evidências coletadas nas entrevistas.....	86
4.4	EVIDÊNCIAS E MOTIVADORES DO COMPORTAMENTO.....	87
4.4.1	Profissionais da área de Gestão Hospitalar e Bioética.....	87
4.4.2	Profissionais de Assistência Multidisciplinar .....	93
4.4.3	Considerações sobre as evidências coletadas nas entrevistas.....	98
4.5	CONSOLIDAÇÃO DOS RESULTADOS .....	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	105
5.1	CONCLUSÕES .....	105
5.2	LIMITAÇÕES .....	108
5.3	CONTRIBUIÇÕES .....	108
5.4	SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS.....	110
	APÊNDICE A .....	116
	APÊNDICE B.....	119



## 1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por finalidade delimitar o escopo deste trabalho, evidenciando a escolha do tema segurança de informações, em especial a privacidade das informações de saúde, destacando o foco e problema da pesquisa, bem como sua justificativa. Ao final deste capítulo é apresentada a estrutura do trabalho.

### 1.1 TEMA E FOCO DA PESQUISA

Cada vez mais, organizações e indivíduos estão fazendo uso de tecnologias, em especial de Tecnologia da Informação, buscando os potenciais benefícios da sua adoção. No campo pessoal, as atividades rotineiras têm sido cada vez mais envolvidas por Tecnologias de Comunicação e Informação, com a adoção de novos métodos e princípios, os quais têm sido elaborados para conferir o equilíbrio necessário na relação entre os indivíduos desta sociedade (GOTARDO et al., 2006). Isto tem sido possível, em grande parte, graças ao desenvolvimento da Tecnologia da Informação (TI) nas últimas décadas, que possibilita unir as organizações através de uma teia global, fornecendo produtos e serviços consumidos ao redor do mundo. Ferramentas de TI são criadas para aproximar as pessoas, as empresas e os países, criando igualmente novas oportunidades de negócio. Neste contexto, onde existe uma reorganização intensa da sociedade e paradigmas vem sendo modificados, o papel da TI assume grande relevância (AUDY e BRODBECK, 2003). Uma vez que a TI vem a ser parte das estratégias e processos das organizações, ela assume papel de destaque neste cenário. Seu valor é indiscutível, tanto pelas mudanças diretas que causa no ambiente organizacional, bem como

pelas indiretas, decorrentes de sua adoção (MITTAL e NAULT, 2009).

Nesta era onde a informação desempenha papel chave, ela é vista como recurso estratégico (BOAR, 2002). Contudo, as facilidades e benefícios potenciais desta nova era precisam ser cuidadosamente acompanhados de mecanismos que garantam a segurança das informações, pois, paralelo a este movimento, surgem novas ameaças, novos riscos e o nível de preocupação aumenta na mesma proporção das inovações tecnológicas, com destaque para a segurança e proteção da informação. Neste sentido, estas atividades necessitam estar devidamente gerenciadas e controladas, no sentido de proteger os dados que nela trafegam, garantindo seu sigilo.

Várias são as áreas envolvidas pela TI, uma vez que empresas dos mais diversos setores têm investido de maneira significativa em TI (GAMA e MARTINELLO, 2006). Aconteceu o momento do setor bancário, do setor de entretenimento, das empresas aéreas, da indústria de automóveis, além de outros tipos de atividade industrial. Cada um destes setores da economia foi estudado, normatizado, processos foram automatizados e melhorias desenvolvidas na busca da excelência corporativa. Especificamente no que diz respeito ao ambiente empresarial, diversas áreas foram abraçadas pela tecnologia ao longo do tempo, trazendo, em diversos casos, uma maior organização, com a definição de modelos, a melhoria de processos e a criação de padrões de comportamento desejável em seu campo de atuação. Ao longo do tempo, o mundo acadêmico e de negócios se voltam para determinada área, e investigam seus conceitos e práticas à exaustão, no sentido de aprimorá-lo e otimizá-lo. As organizações têm, com o passar do tempo, aumentado sua confiança em sistemas de informação para a transmissão, processamento e armazenamento da informação (NG, KANKANHALLI e XU, 2008).

Da mesma maneira que vários tipos de negócios têm sido diretamente influenciados pela TI, o universo hospitalar é um de seus mais recentes campos de trabalho. Seus processos e métodos estão sendo incessantemente revisitados, teorias desenvolvidas e novos modelos de negócio testados. Relatórios e controle de laboratórios, instrumentos e sistemas de diagnóstico em áreas como a radiologia e cardiologia são áreas já alcançadas pela TI (RINDFLEISCH, 1997). Mas não apenas nestas áreas existe a necessidade de recursos de TI. Uma destas necessidades recai sobre o tratamento dado às informações existentes nas instituições hospitalares.

Vários são os aspectos relacionados à Segurança da Informação. Afora os conceitos técnicos, existem outros aspectos que devem ser considerados, tais como privacidade, risco, vulnerabilidade e confiança. Coronado et al. (2009) citam que o entendimento destes

conceitos é necessário para se compreender a efetividade da Segurança da Informação. Contudo, tais conceitos devem ser operacionalizados com cautela, uma vez que o excesso de medidas pode comprometer e até mesmo ameaçar a privacidade do indivíduo, conforme alertado por Son e Kim (2008). Os autores reforçam esta preocupação, uma vez que as organizações estão cada vez mais preocupadas com as ameaças que podem comprometer a segurança das informações que estas detêm a guarda.

Um exemplo de repositório de informações privadas é o prontuário eletrônico. Pinto (2006) o define como a memória escrita da história da pessoa doente e indispensável para a comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente. Ele contém um amplo conjunto de dados dos pacientes, tais como suas informações demográficas, e sua vida na instituição. Ao lidar com informações dos pacientes, no aspecto da ética médica e dos profissionais de saúde no trato com estas informações, passamos a lidar também com o sigilo e a responsabilidade no manuseio destes dados. A privacidade destas informações levanta questões éticas a serem discutidas e avaliadas, de interesse da sociedade (GAERTNER e SILVA, 2005). Em contraponto, a despeito da necessidade em se manter a privacidade no armazenamento e manipulação destes dados, existe a necessidade de que eles sejam compartilhados, seja pelo aspecto estratégico ou gerencial, seja pela impossibilidade em se efetuar um tratamento sem acesso aos mesmos. Desta forma, a informação deve ser protegida e processos de segurança devem ser gerenciados, independentemente da forma como esta informação é armazenada, transmitida ou acessada (MOREIRA, 2001).

Outro elemento importante nesta equação é o crescente interesse de entidades externas em ter acesso às informações de saúde. Organizações diversas tais como Planos de Saúde, Conselhos de Classe e até mesmo o Sistema Único de Saúde (SUS) desejam acesso a estas informações no sentido de corroborar seus registros com as informações, em geral resumidas, enviadas pelas instituições com as quais estas mantêm relação financeira.

Alguns estudos, entre eles Cho (2006), Son e Kim (2008) e Coronado et al. (2009) abordaram construtos relativos à vulnerabilidade, efetividade, risco, privacidade e confiança no campo da Segurança da Informação. Cho (2006) apresenta uma análise conjunta do risco percebido e da confiança relativos à intenção de busca de informações *on line*. Son e Kim (2008), por sua vez, estudam como os usuários se comportam ao enfrentar ameaças à privacidade de seus dados, enquanto Coronado et al. (2009) estudam a efetividade da Segurança da Informação na minimização de falhas. Isto posto, este trabalho abordará as relações existentes especificamente sobre privacidade no ambiente hospitalar, sob a ótica dos gestores e colaboradores dessa área destes serviços.

Privacidade é uma condição subjetiva, que determina o relacionamento entre o indivíduo e a sociedade (GAERTNER e SILVA, 2005). Fatores como a percepção de ameaças e de potenciais danos, necessidades financeiras ou até mesmo psicológicas podem desempenhar um papel importante na intenção de se proteger ou compartilhar informação (ACQUISTI e GROSSKLAGS, 2007). A proteção destes dados e, conseqüentemente, desta privacidade consiste, segundo Turn (1973), no cuidado com o manuseio e a guarda das informações, o qual já naquele ano demonstrava sua preocupação na expansão da capacidade de armazenamento das informações.

A discussão sobre privacidade remonta a tempos antigos. Em seus ensaios sobre ética e política, Aristóteles diz que um dos papéis da política liberal é o de garantir uma zona de privacidade e a liberdade dos cidadãos, onde eles possam viver sua vida de acordo com sua vontade, independente do julgamento alheio, desde que não causando mal a outros (SWANSON, 1992, p. 36). O mesmo autor cita, igualmente que, em 1873, um estudo do Juiz Thomas Colley, chamado de “*The Elements of Torts*”, deu uma definição clássica para a palavra privacidade, quando coloca que é o direito de estar em paz e de ser deixado sozinho. A partir daí, diversas outras áreas do conhecimento passaram a estudar a privacidade, como por exemplo, a sociologia, comunicação, as chamadas ciências da saúde e, principalmente, o direito.

A privacidade na área da saúde é relacionada ao sigilo das informações contidas em registros provenientes de organizações de saúde ao comportamento seguro dos profissionais que diariamente acessam estas informações. Uma vez que cada indivíduo é diferente do outro, pode-se dizer que apresentam-se diferentes níveis de comportamento para o mesmo conjunto de políticas e mecanismos de segurança de uma instituição hospitalar, haja vista a individualidade destes profissionais. A partir disto, foi possível elaborar uma ilustração do foco deste estudo, conforme apresentado na figura 1.

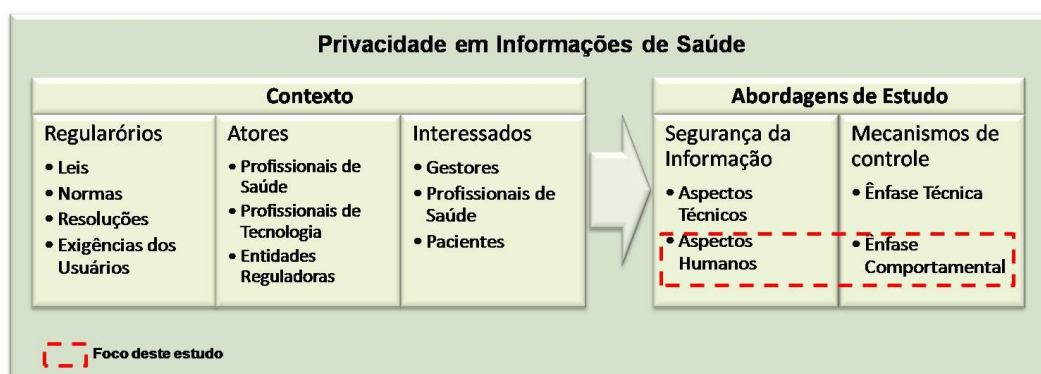


Figura 1: Foco da pesquisa

Conforme destacado nesta delimitação do tema, o contexto atual da saúde nos apresenta três aspectos distintos, que são os regulatórios, os atores envolvidos e os interessados no tema (MOREIRA, 2001). Estes aspectos convergem em dois campos distintos de estudo, a da Segurança da informação e dos Mecanismos de Controle (FERREIRA e ARAÚJO, 2008). Em ambos os campos tem-se aspectos humanos envolvidos (CORONADO et al, 2009). Neste ponto encontra-se o foco deste estudo, que pretende investigar este aspecto comportamental humano no tema Privacidade das Informações em Saúde.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Quando se pensa em quebra de sigilo de informações digitais, o campo mais visado é claramente o campo financeiro. Dados de contas bancárias, transações comerciais e cartões de crédito são os maiores alvos de pessoas mal-intencionadas neste universo virtual. No entanto, o sigilo das informações médicas também é tema de relevante importância, uma vez que lida com o campo das emoções, da vida e saúde dos indivíduos. Além disso, é importante ressaltar que, conforme ressaltam Oliveira e Janssen (2007), o uso inadequado das informações médicas pode causar problemas na relação médico-paciente. Gaertner e Silva (2005) afirmam que o histórico médico de um indivíduo está entre os tipos de informação que, para a maioria de nós, mais desejamos a todo custo preservar. É fato que o vazamento de informações deste tipo pode ser catastrófico para os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, uma vez que os danos causados pelo vazamento acidental ou voluntário de dados e informações privadas podem ser irreversíveis. Somando-se a isso, Acquisti e Grossklags (2007) registram que nem sempre sabemos quando, onde e como o todo ou parte de informações pessoais, que deveriam ser privadas, estão sendo utilizadas.

Deste modo, a informação deve estar acessível para as pessoas certas, na medida de sua necessidade – nunca a mais do que cada usuário necessita para sua tomada de decisão – e disponível sempre que necessário. Outro aspecto importante é a veracidade destas informações. Elas devem estar sempre íntegras, disponíveis na mesma forma e quantidade em que foram armazenadas. Quando se fala em informação, seu gerenciamento e manipulação, alguns conceitos necessitam de destaque. Um dos principais é o que define a necessidade da adoção de cuidados ao lidar com informação. Estes cuidados integram a Política de Segurança

da Informação e devem cobrir três objetivos principais, que são a integridade, a disponibilidade e a confidencialidade.

A integridade procura garantir que as informações não sofram modificações não-autorizadas. A disponibilidade pode se traduzir como a garantia de que estes dados, os sistemas, as aplicações e a rede em que eles estejam armazenados sejam acessíveis quando os usuários autorizados necessitarem. Por fim, a confidencialidade procura assegurar que dados confidenciais sejam acessados e lidos apenas pelos usuários a quem cabem o acesso às estas informações, devidamente autorizados.

Com a adoção de novas tecnologias e o uso de novas ferramentas no controle de acesso e gerenciamento das informações em geral, estas podem estar disponíveis a qualquer tempo, em qualquer lugar e a qualquer um, desde que cada um destes *locus* esteja devidamente identificado e autorizado no acesso e manipulação destas informações. Isto igualmente se aplica às informações relativas a pacientes de instituições de saúde. As brechas existentes na área de segurança destes dados podem causar danos irreversíveis à reputação destas instituições, bem como às vidas dos usuários envolvidos. Tais falhas podem acontecer não somente nos sistemas, mas também entre os profissionais envolvidos. Comentários a respeito de dados de pacientes, conversas informais em ambientes públicos, mesmo que sejam dentro da própria instituição, podem resultar em rupturas no processo de segurança destes dados. Corroborando esta preocupação, Goldin e Francisconi (2004) citam que “as informações que os pacientes fornecem, quando de seu atendimento em um hospital, posto de saúde ou consultório privado, assim como os resultados de exames e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou terapêutica, são de sua propriedade”. Como exemplo, eles afirmam ainda que em um hospital de grande porte, durante uma internação, até 75 pessoas diferentes chegam a lidar com o prontuário de um paciente.

Janczewski e Shi (2002) afirmam que o cuidado à saúde tem se transformado com o desenvolvimento da medicina moderna. Em vista disso, usuários e familiares, que antes estavam acostumados ao funcionamento tradicional de um hospital, hoje, com a ampla utilização da TI e da *internet*, não estão acostumados a este novo panorama, onde as informações sobre suas vidas ou das de seus entes estão disponíveis e acessíveis em qualquer lugar e a qualquer tempo. Eles podem se sentir invadidos, devassados em sua intimidade, desconfiados quanto à privacidade de suas informações, de sua vida. Neste sentido, países como os Estados Unidos têm procurado controlar estas atividades, com a publicação de leis, entre elas o *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), promulgado como um Ato de Lei que visa proteger toda informação pessoal disponibilizada e utilizada na

prestação de serviços de saúde. De acordo com Baumer, Earp e Payton (2000), este ato pode ser visto como a resposta oficial para preocupações éticas e morais de proteção da informação do indivíduo na forma da Lei nos Estados Unidos. Ele define diretivas dos direitos à privacidade e à segurança de registros de saúde. Contudo, o Brasil ainda carece de legislação neste sentido, existindo apenas resolução e normativas dos Conselhos Federal e Estaduais de Medicina, que abordam apenas questões sobre disponibilidade de informações médicas no ambiente hospitalar, além de normas e padrões para envio de informações de natureza econômico-financeira. Contudo, há de se observar que novos esforços têm sido realizados por parte destas entidades no sentido de se alcançar uma evolução na regulamentação destes assuntos.

Assim, privacidade é igual ao que falar, com quem falar e, não menos importante, onde falar. Mesmo dois profissionais habilitados e autorizados a ter acesso a determinadas informações podem discuti-la em ambiente inadequado, onde outras pessoas podem escutar e assim estariam vazando informações privadas de seus pacientes.

Esta preocupação permeia a classe médica desde a formação de seus profissionais. A forja das novas gerações de profissionais não pode prescindir da alocação de valores éticos e humanísticos em seus ensinamentos, fazendo das escolas um espaço onde os problemas éticos sempre sejam foco de discussão. Taquette et al (2005) estudaram situações conflituosas de natureza ética vivenciadas por estudantes, envolvendo, entre outros temas, a relação médico-paciente e o sigilo das informações médicas, concluindo que grande parte deles são colocados diante de situações de conflito desde sua formação.

Diante disto, Goldin e Francisconi (2004) afirmam que os profissionais de saúde que entram em contato com estas informações só o fazem por sua necessidade profissional e não possuem o direito de usá-las livremente. Portanto, os usuários dos serviços de saúde têm que se sentir extremamente confortáveis e seguros com a maneira com a qual as instituições e principalmente seus profissionais estão lidando com seus dados, se estão dando o tratamento adequado e tendo os cuidados necessários. Neste contexto, este estudo aborda os aspectos humanos relativos à privacidade da informação hospitalar.

Assim, diante do exposto, pergunta-se: qual o comportamento percebido pelos profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar em relação à privacidade das informações de seus pacientes?

### 1.3 JUSTIFICATIVA

É evidente o descompasso entre a velocidade com que a tecnologia avança e a capacidade da sociedade de absorvê-la (GAERTNER e SILVA, 2005). A cada dia mais e mais atividades, serviços e áreas são tomadas pela tecnologia, seus aplicativos e ferramentas. A complexidade destas ferramentas exige, igualmente, uma mudança por parte dos atores envolvidos em cada uma destas áreas e destes serviços.

Quando se pensa em como a tecnologia pode contribuir no aprimoramento da área de saúde, tal pensamento surge, primeiramente, com relação a sistemas de apoio a médicos, enfermeiros e outros profissionais correlatos. Contudo, outras atividades podem ser beneficiadas com a utilização de ferramentas de TI, que devem atender não somente às necessidades da organização hospitalar, mas também garantir a manutenção de um ambiente digital seguro para as informações de seus pacientes. Uma destas atividades é o registro eletrônico de informações provadas de pacientes. Um movimento de aumento na aceitação deste tipo de registro vem surgindo de maneira inevitável. Isso se deve ao fato de que, com o passar do tempo, os profissionais tem necessitado de informação de uma maneira mais rápida, precisa e contínua (RINDFLEISCH, 1997).

Entretanto, estes avanços devem ser realizados sem que se perca o controle da situação, onde toda informação tem a garantia de ser manipulada apenas pelas pessoas certas, de maneira adequada e apenas nos momentos onde ela for realmente necessária.

O conhecimento de todo o ciclo de vida destas informações, além da conscientização sobre os pontos frágeis deste ciclo, vistos pelo âmbito comportamental, possibilita aos gestores da área conhecer em mais detalhes como se dá o comportamento de profissionais envolvidos no uso de informações que precisam ser mantidas em sigilo. Cabe ressaltar que dentro da área de Administração da Informação, este estudo se encaixa pela exploração dos mecanismos voltados à adoção das políticas de Segurança da Informação e pela adoção de mecanismos seguros para o fluxo de informações, ainda pouco explorados na área da saúde. Desta forma, apresenta-se como justificativa da relevância do tema proposto o conhecimento dos mecanismos de comportamento envolvidos.

Assim, investigar a percepção dos profissionais de saúde com relação à privacidade da informação, dentro do contexto da Segurança da Informação, é importante, na medida em que investiga o comportamento individual dos usuários de serviços de saúde com relação às práticas, políticas e ferramentas utilizadas pelas instituições hospitalares.

A atitude individual no comportamento dos profissionais também é importante no ambiente interno do hospital. Ela reflete na medida em que o cuidado que estes dedicam às informações através de suas ações e fora do contexto eletrônico, ou seja, inserido no



comportamento dos profissionais de saúde envolvidos, é igualmente fundamental para que se garanta a privacidade das vidas e do histórico médico destes pacientes.

Em que pese o risco de que estas informações vazem na *internet*, há de se considerar que esta não é a única forma de quebra de privacidade. Elas podem ser voluntária e indevidamente extraídas, através de comentários em conversas dentro da instituição hospitalar e igualmente fora dela. Acquisti e Grossklags (2004) investigaram as causas da dicotomia existente entre a intenção de comportamento, baseado no conhecimento de medidas e procedimentos seguros e sua efetiva ação segura ou insegura frente às situações. Os autores concluíram que, mesmo existindo atualmente diversas tecnologias que visam garantir a privacidade das informações, muitas delas, aparentemente, não tem obtido êxito neste sentido e que a informação limitada pode explicar parte desta divergência no comportamento.

Tomando como base o tratamento interno dado às informações médicas dentro do ambiente hospitalar, pode-se ressaltar a importância da capacitação e do comportamento não somente dos profissionais de saúde, mas também dos profissionais de Tecnologia da Informação, na ética profissional em relação ao sigilo destas informações dentro e fora do ambiente hospitalar.

Assim, tendo em vista a riqueza do assunto, optou-se por focar apenas no construto privacidade, no que diz respeito às relações de profissionais de saúde entre si e a percepção que estes têm em relação à privacidade dos dados do paciente, no sentido de qualificar o estudo a ser realizado.

#### 1.4 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo estão listados nesta seção, considerando duas subseções principais: a Seção 1.4.1 apresenta o Objetivo Geral deste trabalho, o qual possibilita uma visão geral sob uma ótica genérica; e a Seção 1.4.2, que estabelece os Objetivos Específicos que compõe o presente estudo.

### **1.4.1 Objetivo Geral**

Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o comportamento<sup>1</sup> relativo à privacidade na coleta, armazenamento e manipulação das informações de pacientes no âmbito de instituições hospitalares.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

A partir do objetivo geral, podem-se citar como objetivos específicos deste trabalho os relacionados a seguir:

- a) Analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca dos conceitos de privacidade;
- b) Identificar as práticas adotadas pelas instituições hospitalares visando garantir a proteção da privacidade das informações dos pacientes;
- c) Depreender evidências e motivadores de comportamento não-seguro por parte dos profissionais de saúde nas instituições hospitalares.

## **1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO**

Diante do que foi até agora apresentado, esta pesquisa apresenta a seguinte estrutura: Este capítulo (introdução) apresenta o tema e foco desta pesquisa, o problema e questão de pesquisa e sua justificativa. No próximo capítulo apresenta-se o embasamento teórico do estudo. Em seguida, no capítulo 3, detalham-se os procedimentos metodológicos.

O capítulo 4 traz a Análise dos Resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas, divididas por grupo de respondentes e, finalmente, o capítulo 5 apresenta as considerações finais da pesquisa, trazendo as conclusões e contribuições do trabalho, além de expor suas limitações e registrar sugestões para trabalhos futuros.

---

<sup>1</sup> Dentre os diferentes tipos de comportamento existentes na literatura, este trabalho trata do comportamento organizacional, citado por Wagner III e Hollenbeck (2002), qual seja, aquele desempenhado por indivíduos dentro de um contexto de uma organização, nos segmentos micro e mesoorganizacional.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A discussão em torno do tema Segurança da Informação é rica e apresenta diversas abordagens e construtos que procuram explicar mecanismos, práticas e ferramentas utilizadas nas organizações, além de investigar igualmente aspectos humanos e comportamentais dos usuários com relação ao tema.

Neste capítulo são abordados alguns temas necessários para o entendimento deste trabalho. Assim, inicialmente são resgatados temas sobre a Segurança da Informação e sua importância no contexto organizacional. A seguir, são abordadas questões sobre Privacidade, sua origem e aplicação. Finalmente, discute-se a Informação na Saúde, seu panorama mundial e nacional, onde serão destacados alguns movimentos de regulamentação.

### **2.1 SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO**

A informação é um dos bens mais valiosos de qualquer organização. E como tudo que é valioso, deve ser adequadamente guardado e protegido. Desta forma, Segurança da Informação é a proteção dos ativos informacionais de uma organização, em relação às perdas, exposição indevida ou dano (WILLIAMS, 2001). É um conceito que se aplica a toda informação armazenada, manipulada ou transmitida em uma ou entre organizações. Assim, a descoberta e o estudo dos diversos mecanismos utilizados para a eficácia desta proteção são um campo fértil de estudos e debates, do qual este item vem tratar.

### 2.1.1 A Importância da Informação

A informação possui um papel importante atualmente, na medida em que permite embasar decisões e análises das mais diversas situações nas organizações, e que seu correto gerenciamento tem sido uma necessidade crescente. Tal importância se faz presente nos mais diversos tipos de negócio, desde aqueles onde sua utilização é mínima até aqueles onde sua utilização é essencial. Ela pode representar grande poder para quem a detém, seja pessoa ou organização (FERNANDES e ABREU, 2003). Para tal, a informação passa por um processo de caracterização que pode ser descrito em alguns passos lógicos:

- a) conhecer muitas informações;
- b) aprender sobre as informações;
- c) juntar e guardar as informações úteis;
- d) selecionar, analisar e filtrar as informações de maior valor;
- e) organizar as informações de forma lógica;
- f) valorizar as informações; e
- g) disponibilizar e utilizar as informações.

A qualidade da informação também é um fator de importância. Assim, para ter qualidade, a informação deve ser comparativa, confiável, gerada em tempo hábil e no nível de detalhamento adequado. O valor da informação é determinado, também, em função de sua utilidade e do impacto que ela exerce em um processo de decisão (FERNANDES e ABREU, 2003). Neste sentido, importante se faz, primeiramente, diferenciar o conceito de informação de outros dois conceitos que podem ser facilmente confundidos, quais sejam os conceitos de dado e o conceito de conhecimento. Segundo Ponchirolli e Fialho (2005), Dado pode ser definido como o registro individual para um determinado evento. Já o Conhecimento pode ser caracterizado como o a informação internalizada pela pesquisa, estudo ou experiência e que tem valor para a organização (DAVENPORT, 1998).

Desta forma, dados isolados não têm, a princípio, grande utilidade ou complexo significado para as organizações, a não ser que sejam devidamente tratados e gerenciados pelas diversas ferramentas existentes para que possam se tornar informação pertinente, por exemplo, em um processo decisório. Assim, ter a informação adequada no momento correto qualifica o processo de tomada de decisão, tornando-o mais eficaz. Ela pode se apresentar em diferentes formatos e de diversas maneiras. Pode ser disponibilizada e transmitida de muitas

formas. Contudo, não importa a maneira em que a informação se encontra, ou como esteja sendo compartilhada ou armazenada, ela deverá sempre estar protegida e controlada (SÊMOLA, 2003), uma vez que a proteção desta informação é um aspecto muito relevante. Deste modo, a segurança da informação visa proteger a informação dos mais diversos tipos de ameaças. Esta proteção tem por finalidade minimizar os eventuais danos que possam ocasionar nos resultados dos objetivos pelos quais a informação existe.

A informação pode existir de muitas formas. Ela pode ser impressa ou escrita em papel, armazenada eletronicamente, transmitida pelo correio ou através de meios eletrônicos, mostrada em imagens ou falada em conversas. Seja qual for a forma apresentada ou o meio através do qual esta informação é armazenada ou compartilhada, é recomendado que ela seja sempre protegida adequadamente (ABRAHÃO, 2003).

Segundo Sêmola (2003), a Segurança da Informação deve preservar três elementos ou princípios básicos correlacionados, que são:

- a) **Confidencialidade:** vem garantir que a informação apenas possa ser acessada por pessoas autorizadas e que ela deve ser protegida de acordo com o grau de sigilo de seu conteúdo;
- b) **Integridade:** no sentido de proteger a acuracidade e a completude da informação, além dos caminhos em que ela é processada. Assim, a informação deve ser conservada na mesma condição em que foi disponibilizada pelo seu proprietário, sendo protegida contra alterações indevidas, sejam elas intencionais ou acidentais;
- c) **Disponibilidade:** visa garantir o acesso das pessoas autorizadas, associando meios necessários para tal, estando assim disponível aos seus usuários no momento em que estes a necessitem para qualquer finalidade a que estejam devidamente habilitados.

Sêmola (2003) ainda acrescenta dois outros aspectos, que são a autenticidade e a legalidade como fortes influenciadores da informação. Assim, tem-se por autenticidade o processo de identificação e reconhecimento formal da identidade dos elementos que entram em comunicação ou são parte de uma determinada transação eletrônica, permitindo seu acesso à informação, com o devido controle de acesso e identificação destes indivíduos. Já a legalidade, por sua vez, é descrita como a característica daquela informação que possui um valor legal dentro de determinado processo de comunicação. Assim, administrar adequadamente a informação e seus processos de segurança representa uma necessidade para qualquer tipo de negócio (OLIVEIRA e JANSSEN, 2007), uma vez que, desde a história

antiga do homem a segurança tem sido foco de preocupação e motivo de estudos. Atualmente ela está presente nos mais diversos campos, seja ele individual ou organizacional, com destaque para assuntos de proteção da informação (MANDARINI, 2004).

A informação possui ainda quatro momentos distintos de vida, onde fica exposta às ameaças que colocam em risco os elementos acima citados, que são relacionados por Sêmola (2003) como manuseio, que é o momento em que a informação criada é manipulada, armazenamento, que vem a ser o momento em que a informação é armazenada, transporte, momento em que a informação é transportada e o descarte, que é o momento em que a informação é descartada.

Assim, considerando todos estes elementos essenciais à informação, sua existência e características, pode-se representá-la como na Figura 2.

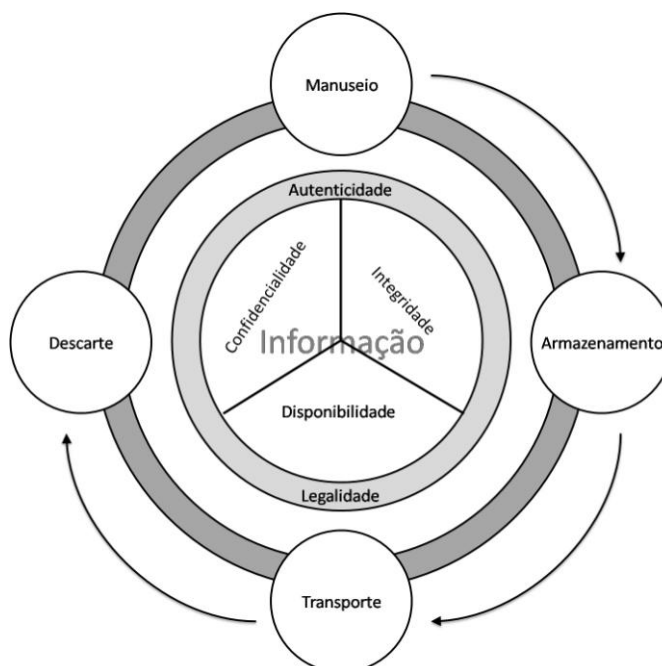


Figura 2: Momentos do ciclo de vida da informação

Fonte: Sêmola, 2003

Diante disso, tornar as informações prontamente disponíveis, de forma clara e segura, precisa, consistente e oportuna para os integrantes de uma organização, traz para a informação um valor significativo e um poder de tornar-se um diferencial estratégico (OLIVEIRA e JANSSEN, 2007; DAWEL, 2005).

### 2.1.2 Gestão e Proteção da Informação

A Segurança da informação é alcançada a partir da implementação de uma série de controles, que podem ser políticas, práticas, procedimentos, estruturas organizacionais ou ainda funções de *software*. Estes controles precisam ser estabelecidos para garantir que os objetivos de segurança específicos da organização sejam atendidos (ABRAHÃO, 2003).

Segurança é uma expressão que procura transmitir conforto e tranquilidade a quem se beneficia da condição de estar seguro. Ele abraça políticas, procedimentos e medidas técnicas utilizadas para impedir acesso não autorizado, alteração, roubo ou danos físicos a Sistemas de Informação (LAUDON e LAUDON, 2006). Assim, dado o destacado papel da TI para as organizações atuais, a Segurança da Informação é um elemento chave para o planejamento e gerenciamento da empresa moderna (CHANG e HO, 2006). A Segurança da Informação também é definida como uma área do conhecimento dedicada à proteção de ativos da informação contra acessos não autorizados, alterações indevidas ou sua indisponibilidade (SÊMOLA, 2003). Sua principal finalidade é a de buscar proteger a informação de um conjunto de ameaças a fim de garantir a continuidade do negócio, minimizar as perdas empresariais e maximizar o retorno dos investimentos e as oportunidades de negócios (MANDARINI, 2004). Neste contexto, a Segurança da Informação é um dos muitos requisitos que tem estado presente no dia a dia das organizações e de seus funcionários (ALBRECHTSEN, 2007).

Von Solms e Von Solms (2005) destacam dez aspectos essenciais que, se não levados em conta em um planejamento de Segurança da Informação, certamente causarão seu insucesso ou grave falha em sua execução. São eles:

- a) Não perceber que a Segurança da Informação é responsabilidade da Governança Corporativa;
- b) Não perceber que a Segurança da Informação é um assunto do negócio e não um assunto técnico;
- c) Não se dar conta do fato de que a Governança da Segurança da Informação é um tema multidisciplinar – é um assunto complexo, onde não existe solução única ou já pronta, disponível na prateleira;
- d) Não perceber que o planejamento da Segurança da Informação deve ser baseado na identificação de riscos;

- e) Não perceber – nem alavancar – o importante papel das melhores práticas internacionais para o gerenciamento de Segurança da Informação;
- f) Não perceber que a política corporativa de Segurança da Informação é absolutamente essencial;
- g) Não perceber que a execução da conformidade em Segurança da Informação e seu monitoramento são absolutamente essenciais;
- h) Não perceber que uma estrutura organizacional adequada para a Governança da Segurança da informação é absolutamente essencial;
- i) Não perceber a importância fundamental de uma consciência de Segurança da Informação entre os usuários; e
- j) Não proporcionar aos gestores de Segurança da informação a estrutura, ferramentas e mecanismos de suporte para que eles cumpram adequadamente suas responsabilidades.

A Proteção de um ativo ou bem representa que este possui um valor para o seu proprietário (MANDARINI, 2004). Entretanto, o campo da Segurança da Informação tradicionalmente tem sido direcionado para problemas técnicos e suas soluções e tem deixado a desejar na atenção aos aspectos humanos e sócio-organizacionais (DHILLON e BACKHOUSE, 2001). Contudo, independente da origem do problema, tem-se que levar em conta que o alvo sempre é a informação, que não se restringe a um único ambiente físico ou sistema computacional. Ela está presente em toda a empresa e sujeita aos mais diversos tipos de riscos ou ameaças (SÊMOLA, 2003).

Uma das preocupações do profissional que trabalha com Segurança da Informação é a elaboração de planos de defesa (TURBAN, MCLEAN e WETHERBE, 2004). Assim, no sentido de proteger a informação, existem algumas estratégias diferenciadas que tem como principais objetivos a prevenção e detenção, na qual controles adequados podem impedir o acontecimento de erros, o ataque de criminosos ou o acesso de pessoas não autorizadas. Sêmola (2003) registra que estas medidas podem ser preventivas, que tem como objetivo evitar que incidentes venham a acontecer, detectáveis, que visam identificar pessoas ou fatos que possam ameaçar, e corretivas, que são aquelas ações que visam retornar a organização a uma condição segura prévia ao acontecimento. Turban, McLean e Wetherbe (2004) relacionam estes objetivos como a detecção, que em muitos casos pode ser realizada com a utilização de *softwares* de diagnóstico, a limitação, que visa reduzir ou limitar as perdas ocorridas após algum problema ter sido detectado, a recuperação, que visa consertar um



sistema danificado o mais rápido possível e a correção, que busca corrigir as causas dos eventuais danos aos sistemas, evitando assim a repetição do problema.

Igualmente nesse sentido, temos Algumas normas definem aspectos que devem ser levados em consideração ao se elaborar políticas de segurança nas organizações. Entre estas normas estão a BS 7799 (que foi elaborada pela British Standards Institution), a ISO 20001:2005 e a NBR ISO/IEC 17799 (que vem a ser a versão brasileira da BS 7799) as quais oferecem uma abordagem sistemática para o gerenciamento de informações em ambientes empresariais. Mais recentemente, tem sido publicadas as normas da série ISO/IEC 27000, que é dedicada igualmente à segurança dos sistemas de informação. Já foram publicadas, entre outras, as normas ISO/IEC 27001:2005 (que discorre sobre os requisitos para os sistemas de gestão da segurança da informação), ISO/IEC 27002:2005 (que fala sobre boas práticas de sistemas de gestão da segurança da informação e que substitui a norma ISO/IEC 17799:2005) (ISO, 2007).

A Segurança da Informação também visa garantir a privacidade dos dados dos usuários. Um dos mecanismos para que este objetivo seja alcançado é a existência de uma política de privacidade. Ela é o documento que, em teoria, informar ao usuário a maneira pela qual suas informações pessoais serão coletadas, manipuladas e armazenadas. Ela informa como as informações serão seguradas e para que serão utilizadas.

Mann e Eisen (2001) elaboraram um documento onde, em seu ponto de vista, estão relacionadas diretrizes básicas de uma Política de Privacidade ideal. São elas:

- a) Informar claramente que tipos de sistemas de segurança são utilizados para proteger as informações do usuário;
- b) Informar claramente ao usuário que tipo de informações são coletadas pelo site e quem tem acesso às mesmas; e
- c) O usuário deveria ter direito de escolher se quer ou não ter suas informações compartilhadas com uma terceira parte e deveria ainda ter acesso às informações e formas de corrigi-las.

Contudo, nem todos os *sites* divulgam uma política de privacidade e, no caso da existência de uma, não significa que haja reais garantias quanto à preservação da privacidade das informações do usuário.

Albrechtsen (2007) diz que a Segurança da Informação é um dos requisitos que deve estar sempre presente no dia-a-dia das organizações se de seus funcionários. Neste intuito, deve-se sempre exaurir esforços na busca de falhas e respectivas soluções. Sêmola (2003) cita

que, no sentido de superar os desafios impostos à Segurança da Informação, algumas barreiras necessitam ser colocadas e adequadamente dimensionadas para reduzir o risco. Ainda segundo o autor, estas barreiras são: desencorajar, dificultar, detectar, deter e diagnosticar.

Outro aspecto de igual importância é a participação do usuário de sistemas na Segurança da Informação. Eles desempenham um papel ativo na atividade de prevenir incidentes indesejáveis e proteger os ativos materiais e virtuais das organizações. Os usuários podem ainda contribuir com diversas ações seguras em seu dia-a-dia, como, por exemplo, bloquear sua estação de trabalho ao sair, adotar uma política de senhas, com trocas frequentes, cuidados no uso de *e-mail* e internet, uso de softwares licenciados e, principalmente, a comunicar as falhas de segurança eventualmente detectadas (ALBRECHTSEN, 2007).

Na chamada era da informação, as novas tecnologias terminaram por criar todo um novo mundo, que, à semelhança do já conhecido, necessita de mecanismos regulatórios e instrumentos disciplinadores. Assim, diante de todo o dano potencial que tais vulnerabilidades e falhas possam causar aos sistemas e pessoas, necessário se faz regulamentar e criar mecanismos de punição para estes novos delinquentes cibernéticos. Turban, McLean e Wetherbe (2004) registram, neste sentido, que nos Estados Unidos já existem Leis Federais que visam combater os chamados crimes de computador, entre elas:

- a) *Counterfeit Access Device and Computer Fraud Act* (Lei das Fraudes de Computador e de uso de dispositivos forjados de acesso), em vigor desde 1984;
- b) *Computer Fraud and Abuse Act* (Lei das Fraudes e abusos com o computador), de 1986;
- c) *Computer Abuse Amendment Act of 1994* (Emenda de Lei do abuso com o computador), de 1994;
- d) *Computer Security Act of 1987* (Lei de Segurança do Computador), de 1987;
- e) *Electronic Communications Privacy Act of 1986* (Lei da Privacidade das comunicações eletrônicas), de 1986;
- f) *Electronic Funds Transfer Act of 1980* (Lei da Transferência Eletrônica de Fundos), de 1980; e
- g) *Video Privacy Protection Act of 1988* (Lei de proteção à privacidade de vídeo), de 1988.

Ao contrário do que acontece em diversos países e, conforme visto acima, nos Estados Unidos, o Brasil ainda carece de legislação que direcione as organizações no atendimento de

processos e segurança da informação. Contudo, mais recentemente, algumas diretrizes básicas foram sancionadas, como destacado em (PLANALTO, 2010) de maneira pontual, na Administração Pública Federal, como podemos ver a seguir:

- a) Instrução Normativa no. 1, do GSI, de 13 de junho de 2008, que Disciplina a Gestão de Segurança da Informação e Comunicações na Administração Pública Federal;
- b) Decreto no. 5.772, de 08 de maio de 2006, o qual institui na estrutura regimental do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República o Departamento de Segurança da Informação e Comunicações com diversas atribuições na área de segurança da informação e comunicações;
- c) Resolução no. 338, do STF, de 11 de abril de 2007, que dispõe sobre classificação, acesso, manuseio, reprodução, transporte e guarda de documentos e processos de natureza sigilosa no âmbito do STF.

## 2.2 PRIVACIDADE

Derivada do latim *privatus*, que significa aquilo que está fora da alçada do Estado, sendo pertencente à própria pessoa, ao próprio indivíduo, a privacidade pode também ser definida como a capacidade que cada indivíduo tem de proteger e gerenciar o acesso às suas informações pessoais. Em um sentido geral, Silva (2001, p. 206) diz que a privacidade pode ser entendida como o “conjunto de informações acerca do indivíduo que do qual ele pode decidir manter sob seu exclusivo controle, ou comunicar, decidindo a quem, quando, onde e em quais condições, sem a isso ser legalmente sujeito”.

Atheniense (2005), por sua vez, conceitua privacidade como uma faculdade de todo e qualquer indivíduo em manter fora do alcance de terceiros o conhecimento sobre fatos inerentes à sua própria pessoa ou suas atividades particulares. Neste contexto, a não exposição das informações ou de elementos de sua vida íntima e particular é a característica básica da privacidade a que cada indivíduo tem direito. Este direito garante ainda a seu titular que suas informações apenas serão divulgadas com sua autorização ou por seu próprio intermédio. O conceito de privacidade tem também uma característica peculiar que é a subjetividade. Cada indivíduo tem sua definição e expectativas próprias, uma vez que o que para um pode ser

considerado aceitável para outro indivíduo pode não o ser. Assim, este conjunto de idéias de cada indivíduo geralmente procura ter sua proteção garantida por lei.

A privacidade de um indivíduo e de suas informações é um direito de cada cidadão e a ele pertence. Desta forma, nenhuma organização deve negligenciar esta responsabilidade nem descuidar de nenhuma informação que lhe for confiada (MOREIRA, 2001). Entretanto, qualquer medida de segurança será inútil caso a organização não conte com funcionários capazes e de confiança (FONTES, 2006).

A privacidade é um valor a ser preservado, pois está relacionada ao controle: ao direito de controlarmos nossas informações pessoais e ainda ao direito de escolha de se permanecer anônimo. Assim, para muitos ela vem a ser um elemento valioso e que, uma vez perdido, raramente poderá ser recuperado. Além da perda de controle, informações deliberadamente providas a uma determinada instituição podem ser compartilhadas com outras, sendo então utilizadas de maneira a contrariar os interesses individuais. Mesmo que isto não ocorra em um primeiro momento, a qualquer tempo – já que fariam parte de um banco de dados-, as informações podem ser utilizadas (GAERTNER e SILVA, 2005).

Quando se fala em Tecnologia da Informação, a privacidade é geralmente citada como o equilíbrio entre o risco de suprir as organizações com informações sobre as pessoas e os benefícios gerados pelo acesso do usuário a estas informações e serviços. Outra maneira de se observar a privacidade é relacionada com a preocupação do indivíduo em perder o controle sobre o uso e disseminação de suas informações pessoais (ROSE, 2006, p. 323). Diz-se ainda que “privacidade é a reivindicação dos indivíduos, grupos e instituições em determinar quando, como e quais informações sobre si mesmos serão transmitidas a outros” (WESTIN, 1967, P. 7; ROSE, 2006, p. 323).

Quanto menos se tem privacidade, menos controle sobre se tem sobre a vida, sobre o destino ou ainda a respeito da utilização lícita ou ilícita de nossas informações pessoais. Dyson (1998, p. 217) cita que “a privacidade real - que é o respeito pelas pessoas e não mera ausência de dados – depende do discernimento humano e do bom senso”. Ela está ligada à vigilância e à segurança. Necessário se faz, então, que o equilíbrio entre privacidade, segurança e controle seja alcançado, de forma a garantir a preservação dos direitos tanto coletivos como individuais.

### 2.2.1 Aspectos Morais e Legais

Diversas medidas foram tomadas pelo homem, ao passar dos tempos, visando garantir seus direitos individuais. Na sociedade contemporânea pode-se destacar o advento da Declaração Universal dos Direitos do Homem, proposição da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1948, em seu artigo XII, que diz que “Ninguém estará sujeito à interferências em sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação. Toda pessoa tem direito à proteção da Lei contra tais interferência ou ataques”.

A Justiça Brasileira, à exemplo de outros sistemas mundiais, garante ao indivíduo seu direito a estar só, fazendo o que bem entende, sem nenhuma interferência. Tal questão relativa à privacidade é encontrada em nossa Constituição Federal, em seu artigo 5º. Inciso X, que diz que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. A comunidade científica, por sua vez, tem proporcionado outros exemplos de mecanismos que visam garantir a proteção da individualidade de cada um. Dentre eles, destaca-se o Código de Nuremberg, publicado em 1947, que consiste em uma declaração contendo 10 pontos, que procuram resumir o que pode ser permitido quando de pesquisas e experimentos médicos realizados com seres humanos.

Outro mecanismo de fundamental valor é a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e ratificada em 1975, 1983 e 1989, a qual cita em um de seus princípios básicos que “a integridade do participante de pesquisas médicas deve ser sempre respeitada e todas as precauções devem ser tomadas para que sua privacidade seja protegida”. O Brasil, por sua vez, reflete a mesma preocupação na apresentação da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Estas medidas visaram, entre outros motivadores, a humanização e garantia dos direitos individuais em pesquisas científicas que envolvessem seres humanos. Além disto, o Código Penal Brasileiro, de 1941, em seu artigo 154, sobre Violação do Segredo Profissional: “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”.

Outra questão relevante é colocada por Pupulim e Sawada (2002), quando falam sobre os sentimentos de incapacidade e dependência que acometem o indivíduo quando este se encontra em uma condição de enfermidade. Tal situação gera naturalmente sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controle sobre si mesmo, uma

vez que os pacientes encaram uma eventual hospitalização como fator de perda de personalidade, de identidade, além de observarem dificuldade para manter intimidade e privacidade.

Atualmente, tem-se vida privada tanto no mundo real quanto o virtual. Deste modo, necessário se faz que este universo virtual esteja igualmente regulado e protegido por leis que garantam os mesmos direitos àqueles que se sentirem lesados em qualquer momento, uma vez que, devido à integração da sociedade em rede e pelo imenso fluxo de informações que vem sendo constantemente transferido, armazenado e manipulado na *internet*, os governos dos mais diversos países vem sido compelidos a reexaminar e redefinir seus conceitos a respeito da privacidade e observar esta questão com uma maior atenção. Contudo, cabe ressaltar que alguns países têm demonstrado um maior interesse em reivindicar seus direitos que outros (GAERTNER e SILVA, 2005).

Um dos exemplos que se pode citar é o Canadá, onde o direito à privacidade possui, além do significado visto em Westin (1967) e Rose (2006), a particularidade de conceder ao indivíduo ainda o direito de decidir para quem suas informações pessoais serão fornecidas, além da finalidade de sua utilização. Este país possui duas leis federais a respeito da privacidade. São elas a “*Privacy Act*” e a “*Personal Information Protection and Electronic Documents Act*”, também conhecida como PIPEDA. Na União Européia, por sua vez, existe uma diretiva, chamada de Diretiva 95/46/CE, que vem a ser o texto de referência no que diz respeito à proteção de dados pessoais para aquela comunidade. Esta diretiva institui um quadro regulamentar no sentido de estabelecer um equilíbrio entre um nível elevado de proteção da vida privada e a livre circulação de dados pessoais no interior da União Européia. Os Estados Unidos e a Austrália são outros exemplos. Estes países também estão discutindo o tema, cada um deles à sua maneira particular. Mas o Brasil ainda carece de regulamentação a esse respeito, pois não há leis sobre o tema privacidade, apenas projetos de lei, os chamados PL's.

O chamado “Livro Verde do Programa Sociedade da Informação” cita em seu capítulo 2 que a “proteção da privacidade de pessoas e instituições” é um dos fatores críticos do *e-commerce*. Já no que diz respeito a novos serviços e à infra-estrutura avançada, o documento defende a adoção de práticas, políticas e mecanismos de privacidade e segurança. Contudo, na prática este tema tem sido pouco discutido e os usuários da rede não têm recebido a devida instrução referente ao que se entende por privacidade e de que formas é possível perdê-la ou preservá-la (TAKAHASHI, 2000).

### 2.2.2 Aspectos relacionados à Tecnologia da Informação

Apesar das inegáveis vantagens da utilização da *internet* e da integração da sociedade em rede, é preciso ter em conta que esta integração também representa uma grande ameaça à privacidade. De acordo com Whitaker (2000), o processo de digitalização de informações e a existência e manutenção de bancos de dados são as duas principais causas do que o autor chama de “fim da privacidade”. A maior ameaça consiste na ausência de conhecimento por parte do usuário com relação ao que realmente ocorre quando ele se conecta a uma rede como a *internet*, uma vez que nem sempre é possível ter conhecimento de quando e de que maneira as informações a seu respeito são manipuladas.

Mas muitas vezes a aparente magia relacionada ao universo *on-line* e os benefícios em manter-se conectado a rede global faz com que os usuários deixem de ficar atentos sobre quais informações a seu respeito estão sendo reveladas durante sua navegação.

A *internet* não é a única fonte de ameaça à privacidade das informações. Alguns mecanismos isolados já o fazem, uma vez que diversas tecnologias de informação e comunicação passaram a fazer parte do dia-a-dia das sociedades, infiltrando-se de maneiras as vezes sutis. Pode-se dizer que a privacidade foi pouco a pouco sendo violada. Muitas destas violações aconteceram em nome da segurança. Nem é necessário o acesso direto a um computador, para tanto basta interagir com algum dos atores sociais, como o governo, uma empresa ou uma instituição hospitalar.

Assim, a privacidade de um indivíduo é claramente um aspecto de relevante importância em qualquer contexto social. Não é diferente na relação destes com aspectos relacionados à sua saúde a as informações decorrentes de atividades deste tema. Com a crescente informatização dos métodos e procedimentos médicos, fica claro que os Sistemas que contém estas informações devem igualmente garantir a privacidade daqueles que recorrem às instituições hospitalares. Arnoldo (1993) destaca a importância da informatização e dos sistemas, aplicativos e ferramentas desenvolvidos especificamente para a área da saúde. Tais ferramentas e sistemas têm se tornado indispensáveis para o gerenciamento da qualidade dos serviços médicos.

Em virtude dos avanços das Tecnologias de Informação e Comunicação, surgem novos meios de armazenamento de dados que vêm sendo explorados por vários serviços de saúde. Além das facilidades de armazenamento, as novas tecnologias de informação possibilitam que os dados sejam também processados, transmitidos e publicados, viabilizando

as trocas eletrônicas de informações, muitas vezes do interesse do médico e do próprio paciente (ABRAHÃO, 2003).

Quando se fala do campo de conhecimento relacionado à saúde, dentre as atividades em que o uso da Tecnologia da Informação em saúde é utilizado, pode-se destacar o desenvolvimento dos sistemas de informação hospitalar, as redes de comunicação digital para a saúde, as aplicações voltadas para a saúde comunitária, os sistemas de apoio à decisão, o processamento de imagens e sinais biológicos, a avaliação e controle de qualidade dos serviços de saúde, a tele-medicina, as aplicações voltadas para a área educacional e, finalmente, de modo a integrar estas atividades, o chamado Prontuário Eletrônico do Paciente. Tendo em vista sua importância e relevância, ele pode ser considerado o elemento nuclear de toda a informação em saúde.

### 2.3 PRIVACIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE

A importância das informações em saúde para o gerenciamento da qualidade dos serviços médicos atualmente é algo reconhecido e de consenso entre os gestores de instituições (OLIVEIRA e JANSSEN, 2007). Somando-se a isso o fato de que cada vez mais se tem uma maior quantidade de informações armazenadas sobre o histórico de saúde dos pacientes. Neste contexto, a privacidade das informações médicas de um paciente é um direito da mesma forma em que é igualmente uma obrigação do profissional de saúde que o atende. E este direito não se extingue com a morte da pessoa. A Declaração de Genebra, de 1924, diz que “os segredos confiados ao profissional de saúde deverão ser respeitados mesmo após a morte do paciente”. Desta forma, o dever de confidencialidade que todos os profissionais de saúde devem observar se mantém mesmo após a morte do paciente (GOLDIN e FRANCISCONI, 2004).

Na área da saúde, a informação em meio digital assume diferentes aspectos relativos à segurança. Sua maior importância reside na guarda e manuseio de informações médicas em meios eletrônicos, tendo em vista a crescente demanda de sistemas de informação para o controle de dados de saúde do paciente, nos diversos provedores de serviços de saúde, sejam clínicas, hospitais ou laboratórios. Assim, a informação em saúde é um ativo que, como qualquer outro ativo importante para procedimentos de saúde, tem um valor para o meio e conseqüentemente necessita ser adequadamente protegido (ABRAHÃO, 2003).



A preocupação com a preservação das informações obtidas de seus pacientes por parte dos profissionais de saúde já é citada, no caso dos profissionais médicos, desde o Juramento Hipocrático, que em seu texto afirma: “qualquer coisa que eu veja ou ouça, profissional ou privadamente, que deva não ser divulgada, eu conservarei em segredo e contarei a ninguém”. A garantia da preservação das informações do paciente, além de uma obrigação legal, presente em códigos legais como o Código Penal Brasileiro, o Código de Direito Civil e em diversos Códigos de Ética Profissional é um dever fundamental de todos estes profissionais, bem como das instituições em que estes atuam. Assim, a preservação destas informações pode ser abordada tanto pelo aspecto da privacidade quanto pelo aspecto da confidencialidade. Goldin e Francisconi (2004) dizem que a privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, é a garantia à preservação do seu anonimato, do seu resguardo, afastamento ou solidão. Ela se constitui na liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização. Da mesma forma que a privacidade, a confidencialidade é definida como a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança, bem como a proteção para sua eventual revelação não autorizada.

No ambiente médico, uma das maiores preocupações existentes relativas ao registro eletrônico e a transmissão de dados dos pacientes é relativa ao sigilo profissional. Com o advento do registro eletrônico das informações dos pacientes, novos desafios à preservação da privacidade destes dados bem como da relação médico-paciente surgem em função da manipulação destes registros. O atual estágio desenvolvimento da tecnologia da informação permite inclusive a transmissão destes dados via *internet*, com a tomada das devidas medidas de segurança. Quando consideramos um ambiente restrito, como uma clínica ou hospital, onde há apenas a transmissão interna das informações armazenadas eletronicamente, os mecanismos de segurança presentes nos Sistemas devem ser adequados e suficientes para a preservação da privacidade e confidencialidade de todas as informações destes pacientes. Além disso, cuidados devem ser tomados para a integridade destas informações seja preservada. Desta forma, caso sejam observadas com o devido rigor todas as normas técnicas dos sistemas para guarda e manuseio destas informações, com certeza níveis de segurança tão ou mais eficientes do que aqueles utilizados para a preservação dos prontuários em papel serão alcançados (ABRAHÃO, 2003).

Ao se falar ainda em privacidade das informações dos pacientes, um aspecto na relação médico-paciente deve ser observado, pois existem exceções sob o ponto de vista legal. De acordo com Goldin e Francisconi (2004), existem três formas distintas onde a preservação à informação pode ser rompida, quais sejam:

- a) Exceções à preservação;
- b) Quebra de privacidade; e
- c) Quebra de confidencialidade.

As exceções à privacidade amparadas legalmente e sob justa causa são referentes à comunicação para autoridade competente a respeito da ocorrência de patologias de notificação compulsória ou ainda quando ocorre suspeita por parte do profissional de saúde acerca de abusos cometidos contra crianças, adolescentes ou idosos. Todavia, em algumas localidades no exterior, o abuso contra o cônjuge pode ser considerado equivalente no que diz respeito às exceções legais de preservação da privacidade das informações médicas.

É relevante registrar, ainda, que, em caso de ocorrência de qualquer uma destas duas situações, a autoridade a ser comunicada tem o mesmo dever em preservar as informações, da mesma forma que os profissionais que realizam a comunicação o têm. Contudo, tal atitude não deve ser colocada em igualdade com uma simples denúncia, já que visa cientificar uma autoridade, que está vinculada a outra esfera de atividades, para que esta possa tomar decisões baseadas nestas informações, tendo sempre em vista a proteção daqueles que eventualmente estiverem em situação de risco. Todavia, a situação de testemunhar em juízo, pela legislação brasileira atual, não se constitui em uma justa causa para revelação de informações obtidas profissionalmente. Se acontecer de um profissional revelar estas informações, seja de forma espontânea, seja através de algum tipo de constrangimento, esta situação pode ser tipificada como violação do sigilo profissional. Porém, em alguns países, existe a exigência que o profissional testemunhe e comunique fatos e informações em corte judicial.

Quando se trata de quebras de confidencialidade ou de privacidade, conforme o caso, estas podem ocorrer em situações muito comuns entre os profissionais de saúde, quando estes tecem comentários a respeito de pacientes em corredores, refeitórios, elevadores ou qualquer outro ambiente não apropriado, onde outras pessoas, não diretamente relacionadas ao atendimento do paciente podem obter fragmentos de informações ou mesmo informações completas que relacionem um indivíduo a uma determinada patologia ou procedimento a que este esteja sendo submetido (GOLDIN e FRANCISCONI, 2004). Neste contexto, toda atenção deve ser dispensada para que pessoas que não necessitam ou não devam saber possam obter informações sobre pacientes que eventualmente estejam em atendimento.

Outra situação onde pode existir risco de vazamento de informações privadas é a utilização destes dados para exemplificar situações clínicas ou mesmo administrativas. Tal utilização, que pode ser motivada pela necessidade de informações para ensino, por exemplo,

deve sempre ser permeada pelo cuidado constante em descaracterizar completamente a identificação do paciente, para que sua individualidade possa se preservada, uma vez que, nas atividades de pesquisa, muitas vezes, são utilizados dados constantes em bases de dados médicos e prontuários clínicos. Assim, esta utilização deve ser resguardada e permitida apenas para projetos que tenham sido previamente analisados e aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Junkerman e Schidermayer (1993) citam que, para que se configure eticamente a quebra de confidencialidade, quatro critérios devem estar presentes, conforme a seguir:

- a) Quando existir uma grande possibilidade de ocorrência de dano físico e sério a um indivíduo que possa ser especificamente identificado;
- b) Quando a quebra de confidencialidade resultar em um benefício real;
- c) Quando, após a utilização de meios de persuasão ou abordagem similar, este se configurar como último recurso estante e aplicável; e
- d) Quando o procedimento puder ser aplicado em outra situação que apresente as mesmas características, independentemente de quem seja a pessoa envolvida.

Ainda assim, nas ocasiões em que estes quatro critérios estejam contemplados, é recomendável, sempre que possível, que o caso em questão seja apresentado ao Comitê de Bioética da instituição, onde todos os esclarecimentos a respeito dos fatos envolvidos sejam prestados. Cabe ainda ressaltar que, tanto nas exceções legais quanto na quebra de confidencialidade eticamente admitida, a preservação da vida e proteção dos pacientes foi a justificativa principal utilizada quando do não cumprimento do dever de confidencialidade.

Assim, é de fundamental importância a preservação da privacidade do paciente, bem como de todas as suas informações, juntamente com o desenvolvimento de metodologias de como lidar de maneira adequada nas situações onde a ética deve ser o fio condutor das ações do profissional. Assim, a consciência deste dever tem que permear as ações de todos os profissionais, quer sejam eles formados ou ainda em formação.

### **2.3.1 Aspectos Éticos**

O desenvolvimento e a crescente incorporação de tecnologias aplicadas à saúde trazem para os profissionais que atuam na área situações e questionamentos sobre os quais não existe

ainda uma reflexão sedimentada em suas instituições (TAQUETTE et al., 2005). Esta evolução tecnológica, traduzida também no aumento das informações relacionadas com a atividade médica, tem impulsionado a informatização desta prática. A discussão sobre privacidade da informação está apenas em seu estágio inicial. É necessário que a sociedade esteja atenta e envolvida nesta questão, pois esta e outras afetam e vão afetar cada vez mais a vida privada. Um dos problemas é a ausência de um consenso quanto à categoria de informações, já que, como visto, o conceito de privacidade é algo que varia entre sociedades ou até mesmo entre indivíduos. As informações necessitam ser categorizadas. Necessário se faz, também, definir que espécies de informações são consideradas privadas e que grau de privacidade pode ser conferido a cada tipo de informação. Outro aspecto que necessita ser determinado diz respeito a quem tem direito a acessar que tipo de informações e baseado em que necessidade ou motivo. Neste sentido, muito tem se discutido o comportamento ético, moral e legal, referindo-se a questões políticas, conflitos religiosos e a influência do avanço tecnológico. Pupulim e Sawada (2002) citam que ética é a ciência da moral, o que implica em juízo de valores. A moral, por sua vez, refere-se à conduta e ao comportamento do indivíduo. Neste contexto, a invasão da privacidade dos pacientes e de suas informações se traduz em uma questão ética a ser encarada com mais seriedade e importância pelos profissionais de saúde.

Lidar com a informação dos pacientes é um fato que exige bastante profissionalismo e dedicação. Existem tipos diferentes de informação, com esferas distintas. Cada uma destas esferas tem um valor e grau de importância atribuídos, de acordo com o tipo da informação e sua origem. Esta classificação está disposta no Quadro 1.

<b>Tipo de Informação</b>	<b>Acesso Provável</b>	<b>Característica Associada</b>	<b>Dever Associado</b>
Públicas	Todos	Publicidade	Confidencialidade
Privadas	Alguns	Privacidade	Confidencialidade
Íntimas	Poucos	Intimidade	Confidencialidade
Segredos	Ninguém	Sigilo	Não Revelação

Quadro 1 – Tipos de Informação e suas características

Fonte: Goldin e Francisconi (2004)

Situações onde a ética é questionada atormentam os profissionais de saúde desde sua formação. Taquette et al. (2005) citam que 64% dos estudantes já vivenciaram situações eticamente conflituosas durante o curso, e apenas 44% destes tiveram oportunidade ou preocupação em discutir com terceiros seu conflito, sendo que, na maioria das vezes, o debate permanece somente no espaço discente. Nesse estudo, os temas de Ética Médica mais sugeridos para discussão pelos estudantes são relação médico-paciente, aborto, eutanásia, sigilo médico, erro médico, iatrogenias, omissão de socorro, doação de órgãos e ética e sexualidade. Percebe-se pela presença dos itens sigilo médico e relação médico-paciente que a Bioética é um tema de relevância para a formação dos futuros profissionais de saúde, ao lidarem com a privacidade das informações de seus pacientes.

A atuação destes profissionais também é acompanhada por duas entidades distinta, presentes em Instituições Hospitalares, que são os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e as Comissões de Ética Hospitalar. Os primeiros têm a finalidade de orientar, instruir, analisar a validade das pesquisas e deliberar sobre assuntos éticos pertinentes aos protocolos, além de “receber e apurar denúncias e determinar a interrupção de projetos de pesquisa quando necessário”. Os últimos, por sua vez, têm a função de analisar, interpretar e adequar as atividades dos profissionais, diante de valores éticos, direitos, deveres, à legislação de cada categoria profissional.

Para regulamentar os aspectos éticos das diversas práticas profissionais no âmbito da saúde, os Códigos de Ética profissional existem em todas estas atividades. Um exemplo é o Código de Ética Médica, de 1988, que diz em seu artigo 102: “(É vedado ao médico:) revelar fato que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente” complementado por seu Parágrafo único, que cita: “Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido;
- e
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante autoridade e declarará seu impedimento”.

### 2.3.2 Visão Internacional

Após diversos escândalos financeiros ocorridos em grandes corporações internacionais, a confiança geral dos investidores ficou abalada. Tal fato obrigou os legisladores destes países a adaptar suas legislações de modo a evitar novos escândalos. As novas leis prescreviam como as empresas deveriam gerenciar seus negócios, inclusive no campo da Segurança da Informação. Tome-se como exemplo os Estados Unidos. Naquele país, algumas leis e regulamentações foram criadas neste sentido, como a *Sarbanes-Oxley Act* (SOx), de 2002 e a *Health Insurance and Portability Accountability Act* (HIPAA), de 1996. A primeira define regulamentos a respeito de boas práticas na gestão corporativa e de ética profissional, enquanto que a última visa à proteção da informação pessoal utilizada e informada na prestação de serviços de saúde.

Neste campo da saúde, a informatização dos registros médicos e das demais informações dos pacientes teve como efeito colateral a diminuição da privacidade dos pacientes e de suas informações, além de ter propiciado, ainda, o aumento do potencial de sua utilização abusiva, sobretudo sob a forma de utilização secundária e não permitida de registros de informações pessoais. Assim, neste cenário, as instituições que armazenam e utilizam registros médicos foram obrigadas a estabelecer procedimentos e mecanismos de segurança. Tal obrigação demandou em parte das diversas jurídicas que variam de país a país e, no caso dos EUA, variando de estado para estado. Nos Estados Unidos há um reconhecimento entre os ordenadores jurídicos e legisladores em relação à necessidade de uma reforma jurídica.

A aprovação do HIPAA, em 1996, obrigou o governo americano a desenvolver e padronizar novos regulamentos relativos ao controle de registros e informações médicas. Este ato foi a resposta oficial para as considerações éticas e morais e a preocupação com a proteção da informação do indivíduo expressadas pela sociedade americana (BAUMER, EARP e PAYTON, 2000).

### 2.3.3 Panorama Nacional

No Brasil, a exemplo de outros países, também existe a preocupação com a privacidade e o sigilo das informações médicas. Contudo, esta preocupação ainda não foi

suficiente para que alterações na legislação surgissem neste sentido. Algumas entidades tem se movimentado, como por exemplo, o Conselho Federal de Medicina (CFM). Ele é a entidade representativa da classe médica e que fundou a Sociedade Brasileira de Informática na Saúde (SBIS). Esta sociedade tem como finalidade elaborar normativas similares às existentes nos Estados Unidos. Contudo, cabe ressaltar que o CFM é um órgão de classe que não congrega nenhuma das entidades jurídicas relativas ao ato médico, tais como hospitais, clínicas e laboratórios. Igualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão do governo brasileiro que regula e fiscaliza as ações das instituições de saúde, não tem ainda nenhuma ação concreta no sentido de definir normativas que venham a garantir a devida proteção da informação médica dos indivíduos. Criada pela Lei 9.996/2000, é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Tem como finalidades a promoção e defesa do interesse público na assistência suplementar de saúde, regular as instituições deste setor, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. Este mercado compreende, no Brasil, atualmente mais de 1.700 operadoras privadas de planos de saúde (BRASIL, 2009). A saúde assistencial compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença, à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos da Lei. A regulamentação sobre saúde é bastante extensa, complexa e sofre constantes alterações e desdobramentos (JANSSEN, 2008). Dentre as competências da ANS, podemos citar:

- a) Expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira;
- b) Proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) Monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos;
- d) Requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede hospitalar e aos demais prestadores de serviços médicos; e
- e) Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando à eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços assistência à saúde.

Existem ainda regulamentações sobre o acesso e disponibilização das informações médicas no ambiente hospitalar e a transferência para e as operadoras privadas de planos de assistência à saúde através de um padrão de comunicação denominado TISS (Troca

Eletrônica de Informações para a Saúde Suplementar (BRASIL, 2008). Com relação a este tema, inclusive, a ANS aprovou uma resolução que cria normas para o fornecimento de informações dos pacientes dos hospitais e beneficiários das operadoras privadas de planos de assistência suplementar à saúde. Contudo, esta resolução, apesar de estabelecer a transferência de informações das operadoras para o departamento de informática do Ministério da Saúde, via arquivo magnético, não menciona nenhum mecanismo referente à segurança destas informações. Neste momento cabe ressaltar conflito de definições existente entre os diferentes órgãos reguladores do segmento de saúde. O CFM determina normativas para a proibição aos médicos da divulgação e disponibilização de informações do ato médico. Na outra ponta, a ANS e o Ministério da Saúde determinam a prestação de informações dos pacientes, oriunda dos médicos. Deste modo, uma grande discussão no setor de saúde no Brasil em relação ao fornecimento e proteção das informações se configura, sem que tenha se chegado ainda a uma solução definitiva.

Neste sentido, na busca de minimizar este problema, uma resolução da ANS estabelece que estas informações devem ficar sob a responsabilidade de um profissional médico dentro das instituições hospitalares e das operadoras. A Lei 9.656/1998 tem, então, a finalidade de preservar o sigilo da informação dos indivíduos (BRASIL, 2009). Esta lei estabelece a figura do Coordenador Médico de Informações em Saúde, profissional responsável pela segurança dessas informações. Outro exemplo é a RN 88, que define normas para o envio de informações dos indivíduos à ANS, estabelecendo a sistemática de geração, transmissão e de controle da segurança das informações. Este padrão (TISS) é obrigatório para as informações trocadas que define alguns mecanismos de Segurança da Informação. Finalmente, apesar de a ANS reconhecer a necessidade de padrão essencial de troca e Segurança da Informação, o setor carece de mais ações sobre a Segurança da Informação e necessita, acima de tudo, encontrar o equilíbrio entre estas entidades reguladoras e as instituições de saúde no país.

As informações privadas que são armazenadas em um Prontuário Médico do Paciente, seja qual for o meio de seu armazenamento, se constitui em propriedade física da instituição, a quem cabe o dever de guarda do documento. Ao paciente pertencem os dados ali contidos, que só podem ser divulgados com a sua autorização ou dever legal (ABRAHÃO, 2003). Assim, é direito do paciente a disponibilidade permanente de suas informações, como é do médico e da instituição o dever de guarda destas informações, conforme expresso na Resolução CFM 1.605/2000. O sigilo profissional e a preservação da privacidade do indivíduo devem estar sujeitos às normas estabelecidas na legislação e nos Códigos de Ética



Profissional em qualquer que seja o meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja ele eletrônico ou em papel. Neste sentido, o Conselho Federal de Medicina publicou duas resoluções que tratam especificamente deste assunto. A primeira delas, a resolução CFM 1638/2002 define formalmente o que é prontuário eletrônico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Já a segunda, chamada de CFM 1639/2002 publica as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”. Esta última dispõe ainda sobre tempo de guarda dos prontuários, além de estabelecer critérios para certificação dos sistemas de informação.

Estas resoluções ressaltam a importância da integridade da informação e qualidade do serviço, especificando diversos critérios relacionados com a segurança, como o *backup* de dados, características técnicas dos bancos de dados de informação médica, definição de critérios de privacidade e de confidencialidade, autenticação, auditoria, transmissão de dados e digitalização destes registros. A Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) possui um grupo de trabalho para estudar e desenvolver o processo de certificação de sistemas informatizados para a guarda e manuseio das informações médicas. Desta forma, é de fundamental importância que a informação médica seja tratada com segurança e protegida por mecanismos de controle de qualidade.

## 2.4 COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL

A definição literal da palavra comportamento pode ser apresentada como a maneira ou modo particular que um indivíduo age ou conduz determinada situação. Pode também ser definida como o conjunto de ações de um indivíduo observável objetivamente ou ainda como o conjunto de reações de um sistema dinâmico em face às interações e realimentações propiciadas pelo meio onde está inserido. Skinner (1968) diz:

“A espécie humana, como todas as outras espécies, é um produto da seleção natural. Cada um de seus membros é um organismo extremamente complexo, um sistema vivo, objeto da anatomia e da fisiologia. Campos como a respiração, a digestão, a circulação e a imunização foram separados como objetos de estudo especiais e entre

eles está o campo que chamamos comportamento. Este envolve comumente o ambiente.”

A análise do comportamento é essencialmente objeto de estudo da Psicologia. Todavia, alguns conceitos necessitam ser delineados neste momento para o correto posicionamento desta pesquisa.

O primeiro conceito é o da expressão behaviorismo. Ela consiste em um termo genérico para consolidar distintas e contraditórias correntes de pensamento, dentro do estudo da Psicologia, e que têm como unidade de estudo o comportamento, mesmo que com diferentes concepções sobre o que seja o comportamento. Este termo deriva da palavra de origem inglesa behavior, que significa comportamento ou conduta. Alguns dos pesquisadores da área trabalham com o princípio de que a conduta de cada indivíduo pode ser observada, medida e controlada, da mesma maneira como acontece em outras ciências naturais e exatas. Comportamento também pode ser definido como o conjunto de procedimentos e razões do indivíduo em relação ao ambiente. Neste contexto, pode-se citar como exemplos de comportamentos o comportamento social, o comportamento humano, o comportamento organizacional, comportamento do consumidor e até mesmo o comportamento atmosférico.

O segundo conceito que merece ser clarificado é o que diz respeito a uma corrente de pensamento do behaviorismo intitulada Behaviorismo Radical. Este consiste em uma filosofia da Psicologia, que se propõe a explicar especificamente o comportamento animal (dentre eles o humano) com base em um modelo chama de seleção por conseqüências.

Desta forma, a Análise do Comportamento é uma ciência do comportamento fundamentada na filosofia do Behaviorismo Radical, que possui como objeto de seu estudo a interação do indivíduo com o ambiente a sua volta (ABREU-RODRIGUES e RIBEIRO, Org, 2005).

Dentre os diversos tipos de comportamento aqui elencados, um deles é o comportamento organizacional. Este tipo de comportamento tem, alguns aspectos relevantes para o contexto desta pesquisa, na medida em que esclarecem e contextualizam o tipo específico de comportamento abordado pelo pesquisador.

O Comportamento Organizacional tem como objeto de seu estudo, a previsão, explicação, compreensão e modificação do comportamento humano dentro do contexto organizacional (WAGNER III e HOLLENBECK, 2002). Ele tem como foco aqueles comportamentos ditos observáveis, como por exemplo, as conversas entre amigos ou colegas de trabalho e a elaboração de documentos, bem como lidar com as ações internas externas. Os

autores ainda dividem este tipo de comportamento em Microorganizaional, Mesoorganizacional e Macroorganizacional.

O comportamento microorganizacional, derivado da psicologia e da pesquisa comportamental, tem por objeto de estudo o indivíduo dissociado de seus pares, no exercício de suas atividades individuais. Neste contexto, ele passa a ser analisado por meio da aprendizagem, motivação, percepção e do nível de *stress*. Já o comportamento mesoorganizacional é originado da psicologia social e da sociologia interacionista, e seu foco está voltado para o trabalho em equipe, bem como nos grupos internos da organização. A ele cabe o estudo dos aspectos do cumprimento da hierarquização constituída.

O comportamento macroorganizacional, por sua vez, origina-se da sociologia estrutural e da antropologia cultural. Neste terceiro segmento, o objeto de análise volta-se agora ao profissional que compõe os grupos e equipes de trabalho, analisando a organização em um perfil geral.

Diante da complexidade do tema, é necessário o aporte de uma teoria comportamental para sustentar a pesquisa proposta. Neste sentido, para este estudo, dada a natureza do mesmo, elege-se o Comportamento Organizacional, especificamente nos segmentos microorganizaional e mesoorganizacional para alinhar os elementos coletados nos demais conteúdos do referencial teórico e nas entrevistas realizadas.

Outro segmento desta ciência é o estudo do comportamento do elemento central das organização, o indivíduo. O estudo do comportamento humano tem como objetivo ajudar a entender as ações realizadas pelas pessoas em determinadas situações, bem como os elementos motivadores condicionantes destas ações, assim como todas as possíveis alterações que o meio e as relações sociais proporcionam a cada indivíduo ao longo de sua vida. Ele pode ser definido também como a expressão da ação manifestada pelo resultante da interação de inúmeros aspectos, tanto externos quanto internos, como a cultura, a personalidade, os papéis sociais que são desempenhadas e as experiências vividas.

Somando-se a isto, têm-se a disposição de variáveis envolvidas no comportamento modelo de resultados desenhado a partir do estudo de Luciano, Mahmood e Maçada (2010), que diz que o comportamento de um indivíduo é fortemente influenciado por dois aspectos distintos. O primeiro deles diz respeito aos princípios, valores, convicções e crenças pessoais. Confirmado nas entrevistas e análises posteriores. O segundo é o ambiente, com a cultura organizacional, a opinião dos colegas e a cultura organizacional, também apoiado pela literatura juntamente com as entrevistas realizadas. Desta forma, combinou-se este com a

conexão dos construtos princípios, valores e crenças e ambiente, dos construtos intenção, hábito e atitude, na proposição desta relação das variáveis envolvidas no comportamento.

## 2.5 MODELO TEÓRICO

Este capítulo, que apresenta o embasamento teórico que sustentará a pesquisa proposta, iniciou a discussão sobre privacidade em informações em saúde com a apresentação do tema informação, seus conceitos e importância da mesma para o contexto da segurança da informação. Em seguida o tema privacidade foi apresentado, com destaque para os aspectos relacionados morais e legais, para os relacionados à tecnologia e, especificamente na informação em saúde, discutiram-se os aspectos éticos e os panoramas nacional e internacional. Complementarmente, com vistas a estabelecer os construtos a serem considerados na pesquisa, um ensaio sobre comportamento foi trabalhado, com vistas a situar esta pesquisa dentro deste tema.

O próximo capítulo traz o método que será utilizado neste estudo.

### 3 MÉTODO DE PESQUISA

Este capítulo tem como finalidade descrever o método que foi utilizado para se atingirem os objetivos traçados nesta pesquisa. Assim, a seguir é apresentada a estratégia de pesquisa que foi adotada bem como a definição da unidade de análise. Em seguida será apresentado o desenho de pesquisa. Após, a coleta de dados será descrita em detalhes e o planejamento da condução da análise dos dados.

#### 3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Em uma pesquisa, o método apresenta um conjunto de regras para que um pesquisador possa desenvolver um trabalho de investigação e produzir conhecimento, garantindo que as etapas de trabalho e os resultados obtidos possam ser entendidos, interpretados e até repetidos por terceiros se praticados em condições similares à original (MALHOTRA, 2006). Por sua vez, Gil (1999), define método científico como “um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”.

Desta forma, o método vem a ser a seqüência de etapas realizadas em uma pesquisa pelas quais são desvendadas novas relações entre fenômenos que são de interesse a um determinado ramo da ciência ou ainda aspectos não descobertos de um determinado fenômeno. Ele apresenta um conjunto de regras para que um pesquisador possa desenvolver sua investigação, produzindo assim conhecimento e garantindo que todas as etapas do seu trabalho, assim como seus resultados obtidos, possam ser entendidos, interpretados e repetidos por outros, caso sejam realizados em condições similares à original (MALHOTRA,

2006). É por meio dele que novas conclusões são incorporadas ao conhecimento das diversas ciências, ao tempo em que conhecimentos prévios são revistos e modificados continuamente, a partir dos resultados obtidos em novas investigações.

Gil (1999) diz que, em uma pesquisa, os dados podem ser apresentados através de uma abordagem qualitativa ou quantitativa. Para a primeira, é considerado tudo o que se diz como “quantificável”. Isto quer dizer que os dados coletados devem ser colocados numericamente, para que, em seguida, sejam classificados e analisados. Já a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Assim, sob este foco, os principais itens a serem abordados são o problema de pesquisa e seu significado. Isto é obtido através da realização de entrevistas não-estruturadas, que são mais espontâneas e têm um desenvolvimento mais informal. Isto possibilita ao pesquisador / entrevistador uma maior compreensão do problema pesquisado. Desta forma, nesta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, que pode ser vista como “uma metodologia de pesquisa não-estruturada e exploratória baseada em pequenas amostras que proporcionam percepções e a compreensão do contexto do problema” (MALHOTRA, 2006).

Quanto aos seus objetivos, a pesquisa pode ser classificada como exploratória, descritiva ou explicativa. A primeira, chamada de pesquisa exploratória, tem como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, de modo a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Possui como principal motivação a identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, suas causas (FACHIN, 2002). Já a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relações entre duas ou mais variáveis. Ela ainda procura observar, analisar, registrar, interpretar e classificar os fatos ou fenômenos, sem que para tal o pesquisador necessite interferir. Finalmente, a pesquisa explicativa visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, explicando a razão e o “por que” das coisas (GIL, 1999). Malhotra (2006) diz que a pesquisa exploratória possui com características de destaque a flexibilidade e a versatilidade em seus métodos, já que protocolos e procedimentos formais não são utilizados. Raramente utilizam questionários estruturados, grandes amostras ou planos por abordagem de probabilidade. O caráter exploratório do trabalho também se justificou em Malhotra (2006), que cita que o objetivo principal da pesquisa exploratória é demonstrar o problema com precisão, identificar caminhos alternativos de ação, prover o desenvolvimento de hipóteses, isolar e classificar variáveis para identificação e análise de critérios que ajudem no desenvolvimento de interpretações e possíveis soluções de problemas.

Diante disto, esta pesquisa se apresenta em uma única etapa exploratória, com a finalidade da elaboração de dois instrumentos distintos de investigação, elaborados especificamente para cada área estudada, seguidos por uma série de entrevistas realizadas com profissionais da área da saúde em suas diversas atividades. Posteriormente, nas contribuições do estudo, é proposta uma relação das variáveis envolvidas no comportamento, com vistas ao entendimento da percepção dos profissionais com relação à privacidade das informações de saúde. Com relação ao tempo de análise, na pesquisa, foi definido o corte do tipo transversal.

A definição da unidade de análise em uma pesquisa tem por finalidade representar o objeto que será entendido e se relaciona diretamente com a maneira pela qual é definida a questão de pesquisa. Desta forma, a correta especificação da questão de pesquisa nos traz como consequência, a seleção da unidade apropriada de análise (YIN, 2005). Assim, uma vez que a finalidade deste estudo é analisar a percepção do profissional da saúde com relação à privacidade das informações de saúde, este profissional tornou-se, desta forma, sua unidade de análise. A seguir apresenta-se o desenho de pesquisa utilizado neste estudo, com o intuito de propiciar uma visualização das etapas e passos metodológicos adotados, de acordo com o apresentado na Figura 3, a seguir:



Figura 3: Desenho de Pesquisa

## 3.2 COLETA DOS DADOS

A etapa exploratória deste trabalho teve como finalidade principal a criação e validação de dois instrumentos de pesquisa distintos, que visavam à investigação da realidade e desafios relacionados à privacidade das informações dos pacientes. Tal atividade se justificava uma vez que não foi localizado na literatura instrumentos adequados aos objetivos desta pesquisa, além de permitir ao pesquisador ampliar significativamente o seu conhecimento sobre o tema deste estudo. Da mesma forma, a decisão por aplicar dois instrumentos distintos dá-se pela necessidade de capturar as nuances necessárias de cada grupo de respondentes, de acordo com suas características de atuação, seja na gestão ou na assistência.

Desta forma, foram elaborados dois instrumentos de pesquisa. O primeiro deles foi direcionado para Gestores de Saúde e Bioética, chamado de instrumento A1. Este mesmo instrumento foi adaptado e deu origem ao instrumento A2, direcionado para a investigação de Profissionais de Assistência Multidisciplinar, especificamente Médicos, Enfermeiros e psicólogos.

Ambos os instrumentos estão dispostos nos apêndices A e B, apresentados no final deste estudo. Para o processo de criação destes instrumentos foi seguido o processo detalhado a seguir.

### 3.2.1 Elaboração dos instrumentos semi-estruturados A1 e A2

A elaboração dos instrumentos de pesquisa passou, em primeiro lugar, pela composição de um quadro de dimensões e variáveis que se desejava investigar. Assim, em seqüência a este quadro, foi elaborado o primeiro roteiro de entrevistas, semi-estruturado, para aplicação com as categorias pré-definidas, que nesta parte da pesquisa forma os Gestores de Saúde e de Bioética. A partir deste primeiro instrumento foi então definido o segundo instrumento, direcionado aos Profissionais de Assistência Multidisciplinar à Saúde. Para esta última categoria foram selecionados Médicos, Enfermeiros e Psicólogos, por melhor



atenderam à finalidade proposta no estudo e por serem estes os que têm, em grande parte de sua atividade assistencial diária, um contato direto com os pacientes e, conseqüentemente, acesso a uma maior quantidade de informações destes. Este roteiro foi proposto com a finalidade de investigar práticas e conceitos utilizados por profissionais de saúde e instituições hospitalares nos quesitos Segurança da Informação e Privacidade de Registros Médicos.

Malhotra (2006) diz que esta é uma técnica para coleta de dados que consiste de uma série de perguntas verbais ou escritas que um entrevistado deve responder. Ele permite a comparação de dados, aumentando a velocidade e precisão do registro, além de facilitar o processamento dos dados. Todas as entrevistas foram gravadas.

Assim, os dois instrumentos, que estão apostos ao final do trabalho, na seção de apêndices, foram elaborados a partir das dimensões privacidade, aspectos organizacionais e aspectos comportamentais, de modo que os entrevistados possam expressar suas percepções e experiência de modo livre. Esta divisão para a coleta de dados está demonstrada a seguir, no Quadro 2 (dimensões e variáveis).

DIMENSÕES E VARÁVEIS PARA ROTEIRO DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO	VARIÁVEL	FONTE
Privacidade	Percepção	Arnoldo (1993) Pinto (2006) Gaertner e Silva (2005)
	Desafios	Gama e Martinelo (2006) Son e Kim (2008) Junkerman e Schidermayer (1993)
Aspectos organizacionais	Políticas de acesso às informações	Abrahão (2003) Whitaker (2000) Janczewski e Shi (2002) Baumer, Earp e Payton (2000)
	Atores e Papéis	Goldin e Francisconi (2004) Fontes (2006)
Aspectos comportamentais	Conduta profissional	Acquisiti e Grossklags (2007) Taquete et al (2005) Pupulim e Sawada (2002)
	Uso da informação pelo profissional de	Oliveira e Janssen (2007) Kelloway et al (2009)

	saúde	
--	-------	--

Quadro 2 – Dimensões e Variáveis para a Coleta de dados

### 3.2.2 Validação dos Instrumentos semi-estruturados

Após a elaboração dos instrumentos de pesquisa, estes foram então submetidos a especialistas na área, para validação de face e de conteúdo. Somente após esta etapa a versão definitiva esteve pronta para aplicação.

De acordo com Cooper e Schindler (2003), o propósito da validação de um instrumento de pesquisa é revisar o conteúdo e a estrutura deste, além de treinar o pesquisador para a realização das entrevistas necessárias para o estudo.

A validação foi então realizada com 05 profissionais selecionados e escolhidos pelo seu reconhecido conhecimento acadêmico e experiência profissional, tanto na área de Tecnologia da Informação quanto na área de Saúde, conforme apresentado no Quadro 3.

ESPECIALISTA	ATUAÇÃO	ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA
1	Gestão em Saúde	Especialista	35 anos
2	Tecnologia da Informação	Mestre	10 anos
3	Tecnologia da Informação	Mestre	22 anos
4	Tecnologia da Informação	Doutor	15 anos
5	Saúde	Especialista	10 anos

Quadro 3 – Perfil dos Especialistas

Suas contribuições foram relevantes para a construção do modelo final de cada um dos instrumentos de pesquisa.

Estes especialistas foram contatados com o intuito de esclarecer os objetivos da pesquisa e a validação foi realizada individualmente. Neste contato, foram explicados pelo pesquisador os objetivos da validação, a estrutura do instrumento e a condução pretendida para as entrevistas.

A versão definitiva foi então utilizada na pesquisa, em entrevistas com profissionais,

como pode ser observado no desenho de pesquisa anteriormente mostrado.

### 3.2.3 Aplicação dos Instrumentos de Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas individualmente com os gestores e com os profissionais de saúde das instituições hospitalares, dentre os profissionais de assistência das três especialidades de atendimento a saúde. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise e seus resultados embasam as conclusões desta pesquisa.

Com relação ao perfil dos entrevistados, teve-se o cuidado de selecionar membros distintos e destacados em suas áreas de atuação, todos com experiência tanto nacional quanto internacional. Estes respondentes foram divididos em dois grupos distintos, de fundamental importância ao correto entendimento do tema. Cabe ainda destacar que estes profissionais atuam em três grandes instituições de saúde do Rio Grande do Sul e foram selecionados segundo o critério de conveniência.

Estes grupos abrangem os Gestores de Instituições de Saúde e de Bioética, seguidos do grupo dos Profissionais de Assistência Multidisciplinar – em três formações distintas, o que possibilita uma visão ampla do campo de assistência à saúde. Estes profissionais serão de agora em diante referidos no texto por siglas de acordo com sua área de atuação, seguidos de um número seqüencial de acordo com a quantidade de respondentes em cada um dos grupos. Assim, para os profissionais respondentes do primeiro grupo, têm-se as siglas no intervalo entre GES1 a GES4. Para o segundo grupo, as siglas são de AMP1 a AMP7.

Isto posto, estes agrupamentos de profissionais são os elementos selecionados dentro do universo da assistência à saúde e um resumo destes respondentes, cujos instrumentos foram aplicados nos dois grupos distintos, é apresentado de acordo com o Quadro 4 a seguir.

ÁREA DE ATUAÇÃO	RESPONDENTE	INSTRUMENTO
Gestão	GES1	A1
	GES2	
	GES3	
	GES4	
Assistência Multidisciplinar	AMP1	A2
	AMP2	
	AMP3	
	AMP4	
	AMP5	
	AMP6	
	AMP7	

#### Quadro 4 – Aplicação dos Instrumentos por grupo de Respondentes

Para cada um destes grupos foi aplicado um instrumento diferente, cada um deles preparado especificamente para investigar as práticas e conceitos utilizados por estes profissionais nos quesitos Privacidade e Segurança da Informação de saúde.

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos acontece, conforme Yin (2001), levando-se em consideração os resultados descobertos nas fontes adicionais. Todavia, as análises realizadas têm a possibilidade de sofrer adaptação, a partir dos resultados encontrados durante o transcorrer dos estudos de caso.

Em seguida, os dados obtidos passaram por uma análise de conteúdo, com a utilização da técnica de análise categorial, que utiliza como base a decodificação de um texto em diversos elementos, também chamados de unidades de registro. Em seguida, estes elementos foram classificados e formaram agrupamentos, de acordo com o sugerido por Bardin (1977). Estas unidades foram selecionadas segundo o critério de tema. Também é chamada de análise temática e tem a finalidade de identificar os chamados núcleos de sentido nas entrevistas transcritas.

Bardin (1977, p.105) afirma que “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que servem de guia à leitura”. A autora define que a maneira de contagem das unidades de registro é chamada de regra de enumeração. Possíveis regras de enumeração são a presença ou ausência, a frequência, a frequência ponderada, a intensidade, a direção e a ordem. Para esta análise foi considerada a regra de frequência, trazendo o enunciado de que “a importância de uma unidade de registro aumenta com a frequência de aparição” (BARDIN, 1977, p.108).

## **4 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Este capítulo apresenta a análise dos resultados obtidos a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas. Tal análise permitiu relatar os resultados e suas relações com os objetivos do estudo. Para isto, o capítulo será apresentado em cinco seções distintas. A primeira apresenta a caracterização dos grupos de respondentes utilizados na pesquisa. As três próximas seções – segunda, terceira e quarta – visam atender pontualmente aos objetivos específicos do estudo. Dentro de cada uma destas seções, são apresentados os resultados de cada grupo, seguidos por uma breve interpretação destes resultados e sua proximidade da literatura apurada na fundamentação teórica apresentada como pilar desta pesquisa. Na quinta e última seção, uma análise consolidada é apresentada, onde se destacam os pontos de contato das entrevistas com o quadro de dimensões e variáveis e suas interconexões.

Para os instrumentos aplicados, as respostas foram analisadas de acordo com as dimensões contidas em cada um dos dois instrumentos de coleta de dados, aplicados nos grupos de respondentes qualificados acima.

De forma a facilitar o entendimento, cada uma das seções deste capítulo procura atender a um objetivo específico proposto e, para cada seção, apresentam-se as análises de cada um dos grupos de entrevistados, caracterizados a seguir.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE RESPONDENTES**

Assim, no primeiro grupo de profissionais, estão contemplados não apenas os gestores Hospitalares, representantes da gestão administrativa e técnica de diversas

instituições da área de saúde, mas também Gestores de Bioética. Estas áreas de atuação foram escolhidas pela significância no contexto do compromisso da gestão hospitalar e da ética profissional no âmbito da Privacidade de informações de saúde.

Os profissionais entrevistados para este grupo são destacados gestores em suas instituições, onde desempenham suas atividades profissionais com grande reconhecimento da comunidade acadêmica. O Quadro 5 descreve as áreas de atuação, formação e experiência desses respondentes.

RESPONDENTE	ATUAÇÃO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA	FUNÇÃO ATUAL
GES1	Gestão e Docência	Doutor	Medicina	35 anos	Diretor Médico
GES2	Gestão e Docência	Doutor	Medicina	32 anos	Coordenador de SAMIS <sup>2</sup>
GES3	Docência	Doutor	Filosofia	20 anos	Professor de Bioética
GES4	Docência	Doutor	Medicina	30 anos	Coordenador de Setor de Bioética

Quadro 5 – Atuação e Experiência dos Respondentes do grupo de Gestores de Saúde e Bioética

As entrevistas foram analisadas divididas nos três grupos distintos, correspondentes às dimensões investigadas no instrumento de pesquisa.

Já no segundo grupo de profissionais, todos os profissionais de assistência multidisciplinar selecionados para este estudo estão incluídos. Assim, apresentam-se aqui Médicos, Enfermeiros e Psicólogos com suas visões particulares sobre o tema. As características destes respondentes estão no Quadro 6.

RESPONDENTE	ATUAÇÃO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA	FUNÇÃO ATUAL
AMP1	Gestão, Assistência e Docência	Especialista	Medicina	35 anos	Professor de Medicina
AMP2	Gestão, Assistência e Docência	Mestre	Medicina	26 anos	Professor de Medicina
AMP3	Gestão e Docência	Doutor	Enfermagem	26 anos	Coordenador de Enfermagem
AMP4	Assistência e Docência	Doutor	Enfermagem	19 anos	Coordenador de Enfermagem

<sup>2</sup> O SAMIS, também conhecido como SAME – é o Setor de Arquivo Médico e Informações de Saúde – é o setor da instituição hospitalar que detém a guarda e conservação dos prontuários médicos e, conseqüentemente, das informações contidas nele. É um Banco de Dados sobre o perfil e evoluções dos pacientes atendidos. Neste setor também são consolidadas as estatísticas de atendimento e funcionamento da Instituição.

AMP5	Gestão e Assistência	Especialista	Enfermagem	19 anos	Coordenador de Enfermagem
AMP6	Docência	Mestre	Psicologia	4 anos	Professor de Psicologia
AMP7	Gestão e Docência	Doutor	Psicologia	23 anos	Coordenador da Psicologia

Quadro 6 – Atuação e Experiência dos Respondentes do grupo de Profissionais de Assistência Multidisciplinar

Os profissionais entrevistados para este grupo são igualmente destacados em suas áreas de atuação, bem como nas instituições em que desempenham suas atividades.

Desta forma, para o primeiro e segundo grupos, as dimensões são: Privacidade, Aspectos Organizacionais e Aspectos Comportamentais.

Ao final, será apresentado um agrupamento destes resultados, de onde originarão as conclusões deste estudo.

Assim, a seguir serão iniciadas as análises, em seções divididas a partir das dimensões construídas para os instrumentos de coleta de dados, contendo cada uma delas os dois dos grupos de respondentes, divididos por suas respectivas áreas de atuação.

#### 4.2 PERCEPÇÃO ACERCA DA PRIVACIDADE

Nesta primeira seção, que tem como finalidade atender ao disposto no primeiro objetivo específico apresentado para este estudo, procura-se entender o discurso dos entrevistados a respeito do tema. Neste sentido, as análises serão realizadas segundo a divisão dos grupos de respondentes. Assim, o primeiro item desta seção contempla os Gestores Hospitalares e os Gestores de Bioética, respondentes estes já caracterizados no início deste capítulo.

Em seguida, são dispostos os dados significativos das entrevistas dos profissionais do segundo grupo, profissionais estes, assim como os do primeiro grupo, igualmente caracterizados no início deste capítulo. Por fim, o terceiro e último item desta seção procura consolidar e interpretar os dados coletados.

#### 4.2.1 Profissionais da área de Gestão Hospitalar e Bioética

Os respondentes foram bastante convergentes em suas respostas para os questionamentos desta dimensão de perguntas, de acordo com segmentos de suas falas exposto a seguir.

Um dos primeiros aspectos a serem abordados no contexto das entrevistas foi o conceitual. Desta forma, pode-se resgatar a percepção dos entrevistados sobre suas convicções pessoais sobre a Privacidade especificamente tratada no ambiente das instituições de saúde, como percebemos claramente na fala do respondente GES1:

“[...] é o direito de um determinado paciente de não ter as suas informações divulgadas, de ser apenas uma fonte de informações pra benefício do próprio individuo e não do conhecimento do público.”

E também verificada no depoimento do respondente GES2:

“[...] é o direito do paciente, e dos profissionais também [...] de manter a informação a seu respeito somente ao alcance daquelas pessoas que tem o direito e necessitam ter conhecimento dela [...]”

Outro pensamento que reflete as convicções conceituais dos entrevistados pode ser verificado no depoimento do respondente GES3, ao falar que:

“[...] os dados de pacientes internados são dos pacientes, então quem está ali cuidando desses dados, prontuários, protocolos, são fiéis *salva-guardadores* desses dados que são dos pacientes, portanto nós temos com uma responsabilidade muito grande.”

Pode-se perceber aqui o reconhecimento do direito do paciente como proprietário de toda a informação a seu respeito, sendo os profissionais da saúde responsáveis pela guarda destas informações. O entrevistado GES4 apresenta, na mesma linha dos demais respondentes, uma visão convergente desta percepção, ao depor:

“[...] é um direito que o paciente tem de que as informações que ele der e a vida que ele tem [...] esse caráter que ele escolheu para ser íntimo seja respeitado.”



Desta forma, pode-se dizer que a percepção dos entrevistados é na mesma linha da literatura, em especial Atheniense (2005) e Moreira (2001), ao dissertarem sobre os direitos do indivíduo e a propriedade conferida a ele sobre suas informações pessoais.

Outra questão levantada foi a respeito de quais as informações os respondentes acreditam serem as mais importantes dentre os grupos, tipos e níveis de informações sobre pacientes.

Esta questão procurou trazer para análise uma questão de grande importância, uma vez que pode ser percebido que os profissionais da área de saúde às vezes julgam quais as informações de seus pacientes que deveriam ser resguardadas e quais poderiam ser divulgadas sem prejuízo àqueles. As opiniões aqui foram conflitantes, uma vez que as respostas foram bastante divergentes em seus conteúdos. Podemos verificar isso através de todos os respondentes do grupo, especialmente no que foi registrado pelo respondente GES4:

“[...] é aquela que o paciente achar mais sigilosa [...] toda a informação que é colhida no âmbito duma relação profissional é sigilosa por si só. [...] o grau de segredo dessa informação quem quantifica é o paciente.”

Na mesma linha e com mais propriedade e concisão, GES1 afirmou categoricamente que *“todas as informações que estão em um prontuário médico são informações sigilosas”*, o que mais uma vez vai de encontro à declaração anterior.

Na revisão bibliográfica, bem como no consenso acadêmico geral, vê-se uma clara alusão a que toda informação de saúde é sigilosa, conforme visto em Abrahão (2003), contudo abrindo exceções no caso da preservação da identidade do paciente, como podemos verificar nas palavras do respondente GES2:

“[...] toda informação que vem acompanhada da identificação do paciente é sigilosa, então o nome e o endereço são as informações mais preservadas de tudo e todos.”

A discussão sobre privacidade igualmente se apresentam como um tema relevante e de destaque nos depoimentos colhidos. Contudo, é de senso comum que esta discussão praticamente inexistente, ou se muito, é realizada pontual e minimamente no ambiente de formação e se esvai quase que por completo no exercício profissional, na qual o acúmulo de

tarefas e a necessidade de rapidez no atendimento aceleram o processo. Mesmo assim esta importância pode ser percebida claramente no relato do respondente GES4, ao citar:

“[...] essa discussão é pequena, quase que irrelevante em alguns casos. [...] no ambiente acadêmico, por exemplo, onde exista ensino ligado à área da saúde, eu acho que talvez isso até seja mais trabalhado [...] mas em um contexto geral de assistência, em outros lugares onde só existe o exercício, não existe a área acadêmica, eu acho que isso é muito pouco discutido.”

O respondente GES4 ainda complementa seu depoimento, realizando uma ligação do conceito de segredo, como percebido em Goldim e Francisconi (2004), com a privacidade conceitual anteriormente discutida, ao citar:

“[...] essa discussão, na verdade, passa muito mais segredo da informação do que exatamente sobre a privacidade [...] do que é íntimo, do que é privado dele, ou um direito dele de manter isso. [...] na verdade, a confidencialidade ainda é mais trabalhada, mas a privacidade, conceitualmente, não é trabalhada.”

Cabe ressaltar a existência da chamada comissão de prontuários, órgão presente na grande maioria das instituições de saúde e que tem sua existência garantida, por exigência legal ou por normativas, resoluções ou outras determinações de órgãos de fiscalização profissional e institucional, em todas as instituições conhecidas pelos respondentes, inclusive nas que os mesmos desempenham suas atividades profissionais. Estas comissões têm, como um de seus principais objetivos, o de regular o modo e a qualidade da informação coletada pelo profissional de saúde em seu atendimento, além do uso posterior que este profissional faz da informação previamente coletada. Isto colabora com o nível de detalhe explorado por estes profissionais, minimizando a coleta desnecessária de informações privadas ou sigilosas.

A preocupação da comissão de prontuários das instituições em ditar regras e procedimentos para a manutenção das informações dos pacientes pode ser atestada pelas palavras do respondente GES2:

“[...] no dia-a-dia a gente faz um trabalho bastante grande, a comissão de prontuários principalmente. [...] no momento que a gente coloca regras muito firmes de acesso a informação, de uso da informação do paciente no prontuário de papel ou no prontuário eletrônico, essas regras começam a ser discutidas, ser entendidas melhor.[...]”

Este mesmo respondente expressa em suas palavras a confirmação de que o tema ainda é pouco discutido, conforme a seguir:

“[...] Eu acho que é muito pouco discutido [...] é um tema que não se aprende na faculdade, deveria se discutir isso desde a faculdade, desde a formação na graduação, deveria ser mais discutido com os residentes e com o corpo clínico do hospital, eu acho que se discute pouco no ambiente hospitalar. [...] que é dever do médico garantir a privacidade, o sigilo das informações, tem que aplicar isso no dia-a-dia [...] as pessoas não se dão conta do que seja quebrar esse sigilo, essa privacidade das informações. [...]”

Outro aspecto levantado nos questionamentos realizados aos entrevistados foi com relação aos desafios geralmente encontrados pelos profissionais de saúde em manter estas informações privadas fora do alcance de outros. Além disso, foram investigados, igualmente, fatores motivadores destas dificuldades relatadas. Neste sentido, pode-se atestar uma das principais dificuldades nas palavras do entrevistado GES2:

“[...] independente do meio físico onde a informação esteja, os desafios que nós temos é manter primeiro, a integridade, a segurança desta informação [...] fazer com que ela exista durante toda a vida ativa daquele paciente dentro da instituição e aquele tempo legal que é exigido. [...]”

Somadas a esta, diversas outras variáveis, em sua maioria ligadas, de uma forma ou de outra, ao comportamento dos profissionais. Isto pode ser verificado nas inúmeras questões levantadas no depoimento do respondente GES4:

“[...] são muitos fatores [...] a quebra do segredo, ou até a possibilidade das pessoas alcançarem aquelas informações dentro das instituições de saúde é bastante grande seja qual for a maneira com que elas são registradas e guardadas. [...] E o que a gente tem visto é que os profissionais de saúde não se dão conta da importância dessa questão. [...] a gente vê preceptores dando a sua senha para o aluno ir buscar o resultado do exame [...] isto é um delito, uma violação ética. [...]”

É importante ressaltar que atualmente, o atendimento médico de uma maneira geral tem se especializado, com a formação de médicos especialistas em diversas áreas. Essa mudança de perfil do profissional de saúde se reflete diretamente no modo como um paciente

é atendido dentro de uma instituição hospitalar, por exemplo, onde vários especialistas examinam o mesmo caso clínico, o mesmo paciente. Este tipo de atendimento ao paciente termina por colocar suas informações privadas à disposição deste corpo clínico, ao contrário de um passado não muito distante, onde a figura do médico de família ainda era presente até mesmo dentro das instituições. Esta presença tinha um efeito centralizador, por assim, dizer, no tocante ao acesso às informações de seus pacientes.

Em consoante a este fato, outro ponto lembrado nas entrevistas foi sobre a mudança no atendimento a pacientes como motivador de um aumento no risco de que informações dos pacientes se tornem públicas ou vazem para pessoas que não deveriam ter acesso às mesmas. Ainda nas palavras do entrevistado GES1:

“[...] A questão da especialização na medicina foi outra coisa que fez com que essa informação passe por mais olhos. [...] porque hoje em dia raramente um paciente que é internado, por exemplo, ou que é atendido num posto de saúde ele é atendido por um profissional só. [...] fora as outras coisas informais [...] a educação dos profissionais que vão [...] pra cantina e, e inadvertidamente, às vezes inconscientemente comentando o caso com o colega [...] num elevador que pode ter um familiar, que pode ter um vizinho, que pode estar alguém que o conheça. [...]”

Outro fato levantado foi sobre a cultura como motivador de um comportamento hoje considerado como anti-profissional. A percepção geral sobre informação sigilosa mudou, assim como a consciência sobre a propriedade destas informações, como relatado pelo respondente GES3:

“[...] A mudança de uma cultura, essencialmente de onipotência, da capacidade daquele que é o cuidador de saúde que aquele paciente que está ali não é um objeto, pelo fato de estar ali sobre seus cuidados [...] nem por isso perde a sua autonomia, nem por isso perde a sua condição. [...]”

Ainda no que se refere ao quesito sigilo, este comentário é reforçado ainda pelo depoimento do entrevistado GES2:

“[...] mas o sigilo, a privacidade de se manter esse sigilo, essa privacidade, é muito mais uma questão humana [...] é comportamental e cultural [...]”

Pode-se verificar que, somada à preocupação com o sigilo, outra questão comum nos depoimentos dos respondentes vem a ser sobre a importância da informatização como determinante na manutenção da privacidade das informações dos pacientes e sempre presente nas discussões realizadas entre os profissionais. Tal preocupação se manteve presente, à medida que permeava suas respostas sobre a questão.

Assim, vê-se nas palavras do entrevistado GES4:

“[...] Com a informatização crescendo cada vez mais, existe outro desafio [...] se esses sistemas não tiverem um sistema de segurança adequado, essas informações ficam tão fragilizadas quanto no papel. [...]”

O processo de informatização já aconteceu em algumas instituições e ainda vem acontecendo gradativamente em outras. Pode-se perceber, dentre os profissionais entrevistados que, mesmo com todas as dúvidas sobre a eficácia deste novo processo, não se tem dúvida sobre a necessidade da informatização como determinante evolutivo na garantia da privacidade das informações dos pacientes e das vantagens deste processo. Isso pode ser comprovado no depoimento do entrevistado GES1:

“[...]dentro da informatização, manter códigos que impeçam que essas informações venham ser obtidas de maneira indevida. A informática tem uma série de vantagens, mas assim como acontece em outras áreas, temos certa dúvida [...] sobre a possibilidade de manter o sigilo das informações do paciente [...]”

Esta consciência dos desafios presentes neste processo passa não apenas por fatores operacionais, como a informatização de registros, mas também por fatores comportamentais, independente do meio onde tais informações estejam armazenadas. Os entrevistados apontam, com maior ou menor intensidade, em suas falas, alguns destes desafios, como por exemplo, o respondente GES4:

“[...] um grande desafio é sensibilizar qualquer profissional [...] as especialidades de todas as profissões da área da saúde, que entendam a importância de manter essas informações realmente confidenciais. [...] o desafio é esse, no contexto de hoje, que é uma mistura de informatização com prontuário antigo [...] é especialmente sensibilizar cada vez mais que essa informação, na verdade, é de propriedade do paciente. [...]”

Os entrevistados, de modo geral, têm uma visão equilibrada e consciente dos conceitos de privacidade, como pode ser comprovado nos pensamentos aqui expostos. Na análise das perguntas deste construto, pôde-se verificar uma visão concisa a respeito da necessidade de informatização de registros médicos, bem como a evolução percebida no atendimento do profissional de saúde em si. Assim a evolução profissional deve caminhar em sintonia com a evolução tecnológica, seguidas de perto por uma mudança cultural e comportamental dos próprios profissionais de saúde no trato com seus pacientes e com o conjunto de informações a respeito destes.

#### **4.2.2 Profissionais de Assistência Multidisciplinar**

Assim como no grupo anterior, neste grupo de respondentes o primeiro aspecto a ser abordado no respectivo instrumento de pesquisa foi com relação à percepção individual do conceito de privacidade na área da saúde.

Desta forma, este grupo apresenta opiniões complexas, alinhadas aos respondentes do primeiro grupo. Por estarem mais próximo dos pacientes, estes entrevistados expõem valores de seu relacionamento com os mesmo, e sentimentos como o respeito pelo indivíduo vêm à tona, como pode ser verificado no depoimento do respondente AMP7:

“[...] é tudo aquilo que diz respeito a esse paciente, da vontade dele, do que ele deseja compartilhar, o que ele não deseja, do respeito por essa pessoa. [...]”

Na mesma linha de pensamento, coloca-se o depoimento do respondente AMP5:

“[...] é você ter aquele respeito de não expor o paciente em nenhum das áreas, quer seja a área física quer seja a área emocional ou mesmo a própria patologia do paciente. [...]”

Neste grupo de entrevistados, em adição às considerações coletadas no anterior, os respondentes consideraram a questão legal como relevante desde a conceituação da privacidade, como pode ser verificado no depoimento do respondente AMP4:

“[...] é um direito assegurado pela constituição, por algumas resoluções já internacionais e nacionais, de que toda informação da pessoa é um direito seu e a

pessoa gerencia como quiser como achar melhor essas informações e as pessoas que tem acesso a essa informação tem que respeitar esse direito. [...]"

Percebe-se desde já o reconhecimento do direito e a propriedade por parte do paciente de toda a informação que lhe diz respeito, sendo apenas os profissionais da saúde responsáveis por sua guarda. O entrevistado AMP6 apresenta uma visão na mesma linha dos colegas:

"[...] é tudo aquilo que diz respeito a esse paciente, da vontade dele, do que ele deseja compartilhar, o que ele não deseja, do respeito por essa pessoa, e com ela ter os cuidados mínimos. [...]"

A próxima questão levantada diz respeito às informações dos pacientes que os entrevistados acreditam serem as mais importantes.

Neste grupo registra-se uma percepção mais apurada sobre a privacidade das informações dos pacientes, chegando até mesmo à preocupação com sua própria integridade física, como bem a ser protegido tanto quanto suas informações.

De um modo geral, o paciente é o determinante daquilo que é privado. Como dono das informações a seu respeito, cabe a ele autorizar o que pode ou não ser revelado, e a quem. Apresenta-se a declaração do entrevistado AMP3:

"[...] quem delimita o âmbito da privacidade é o próprio paciente, porque às vezes uma informação eu posso achar que é uma informação que pode ser comentada, pode ser divulgada, mas para aquele indivíduo é importante que aquele aspecto não seja mencionado. [...]"

A despeito de, em alguns casos, os respondentes afirmarem que todas as informações são sigilosas, em depoimentos mais precisos tem-se uma preocupação que vai além do que está apenas no papel ou em registros eletrônicos, perpassando até o contexto social onde o paciente, proprietário da informação, está inserido. Assim, vê-se nas palavras do respondente AMP1:

"[...] qualquer informação passa a ser sigilosa, dependendo apenas da vontade do paciente em contrário. [...] do meu ponto de vista, são aquelas que tocam os valores morais, como sexualidade, opção religiosa, mas isso dependendo da sociedade onde o paciente está inserido. [...]"

Em consonância a esta resposta, no direcionamento do cunho social da preocupação dos profissionais com a privacidade pode-se ainda complementar com o dito pelo respondente AMP7:

“[...], quem nos diz o que é mais sigiloso é o paciente. [...] eu posso achar que para ele é o mais sigiloso um diagnóstico de HIV, e pra ele isso pode não ser tão sigiloso assim, como ele não querer que apareça que ele tenha outro filho fora do casamento. [...] ele não quer que apareça que ele ta desempregado. [...]”

Na mesma linha de pensamento, segue a resposta do entrevistado AMP2:

“[...] a própria identificação do paciente e as questões de foro íntimo. [...] no nosso caso, pacientes com HIV [...] tem toda aquela questão da sexualidade, tem a questão de pacientes casados com vida dupla. [...]”

Em seqüência, é retomada a discussão sobre privacidade igualmente se apresentam como um tema relevante e de destaque nos depoimentos colhidos. Neste grupo, percebe-se claramente a distinção existente entre a academia e a prática profissional, como ambientes fomentadores desta discussão. Entretanto, é compartilhada por todos a percepção do pouco que se faz o do que falta ser feito nesta área. Essa diferenciação é percebida no relato do entrevistado AMP6:

“[...] ainda falta muito o que fazer, pois eu vejo muito poucas conversações a esse respeito. [...] a gente tem auditorias de prontuários, mas se discute pouco em cima disso, tem muita coisa para fazer. [...]”

Outro ponto levantado pelos respondentes é a respeito da intensidade desta discussão e do ambiente alcançado por ela. Isto fica claro no depoimento do entrevistado AMP7:

“[...] ela tem que se incrementar, tem que acontecer muito mais, tem que deixar de ser muito intra-equipes, e tem que circular mais de forma mais multidisciplinar. [...]”



Há ainda quem perceba esta discussão e a maneira como ela vem sendo realizada em seus diversos ambientes, tanto o acadêmico quanto o profissional. Pode-se citar o entrevistado AMP3:

“[...] os eventos científicos que a gente tem normalmente tem um espaço dentro do evento onde são tratadas questões éticas [...] tem sido contemplado durante os cursos de graduação, com os alunos [...] e também quando ocorre uma situação, quando é relacionado com aluno a gente como professor trabalha isso com o aluno.[...]”

Não passaram despercebidas as fontes de onde estas discussões se originam. É importante ressaltar esta questão através do entrevistado AMP2:

“[...] tem sido feita a partir dos comitês de ética, e dentro da escola na disciplina de ética médica e dos conselhos de cada profissão. [...]”

Cabe ainda destacar que nem todos os profissionais percebem a aplicação prática de tudo o que é discutido. O entrevistado AMP5 cita esta realidade ao declarar que *“a gente não vê essa privacidade sendo colocada em prática. Às vezes a gente vê o paciente sendo muito exposto”*.

O próximo questionamento realizado com este grupo, à mesma forma do primeiro, foi também com relação aos desafios encontrados pelos profissionais de saúde em manter estas informações privadas apenas ao alcance daqueles que estão devidamente autorizados para tal. Ainda foram investigados os eventuais fatores geradores destas dificuldades relatadas.

Em maior ou menor grau, a educação recebida por este profissional em sua formação pesa para seu comportamento futuro e principalmente no processo de construção destes desafios. Neste sentido, pode-se citar como sendo uma das principais dificuldades, como dito pelo entrevistado AMP3:

“ [...] o maior desafio é essa dimensão educacional de como se lida com a informação do outro. [...]”

Somadas a esta, outras questões foram levantadas, como a falta de tempo por parte dos profissionais, em seu dia-a-dia. Registra-se o colocado pelo entrevistado AMP1:

“[...] acredito que os mais importantes seriam a falta de interesse e a falta de tempo dos profissionais envolvidos. [...]”

Mas não apenas de fatores educacionais e de tempo são formados os desafios presentes na manutenção da privacidade das informações de saúde identificados pelos entrevistados. Cita-se o respondente AMP5:

“[...] a conscientização da própria equipe de saúde, de ter ética nesse sentido de não expor o paciente. Alguns casos é a questão física mesmo, de dar condições de estrutura para você poder dar uma assistência para o paciente, que não venha expor, que não venha tirar a privacidade dele. [...]”

Outro fator levantado pelos entrevistados deu-se com relação não somente a existência de prontuários ainda em papel, mas a outros critérios que sobrepõe essa questão. Assim, são facilitadores da quebra de privacidade, segundo o respondente AMP4:

“[...] esse sistema aberto favorece com certeza que essas informações não sejam mantidas em sua privacidade. [...] tem várias lacunas, mas a maior de todas não é essa questão do prontuário ser manual, ou do prontuário ser eletrônico, mas é de realmente as pessoas entenderem esse direito das outras pessoas. [...] desenvolver essa cultura de respeito aos direitos da pessoa, de respeito aos direitos de que a informação é do paciente. [...] é mais do trabalho realmente de educação das pessoas que convivem na área da saúde, com suas intromissões. [...]”

Como última questão desta parte do instrumento aplicado, questionou-se sobre os motivadores dos desafios elencados pelos entrevistados. Neste sentido, apura-se a relevância na existência de políticas nas instituições, na busca de “*uniformidade de condução*”, citando a expressão utilizada pelo entrevistado AMP4.

Apesar deste fato, não se deixou de verificar que, de um modo geral, tanto a existência de políticas quanto o comportamento apurado dos profissionais, ambos os fatores são decisivos e se completam na consecução de práticas tidas como seguras nas instituições. Pode-se verificar esta afirmação através do respondente AMP1:

“[...] eles envolvem tanto as políticas das instituições como o comportamento dos profissionais. [...]”

Contudo, o comportamento, por sua característica intrínseca ao ser humano, recebeu um peso maior na coleta dos depoimentos, como se pode perceber na fala do entrevistado AMP2:

“[...] Mudar o comportamento é muito difícil. Então acho que é mais o comportamento profissional. Por que você pode ouvir como deve se comportar numa aula de ética, mas dependendo do seu entendimento e da sua consciência você fala, independente do que você aprendeu. [...] Então acho que você tem que criar mesmo uma cultura e modificar o comportamento. [...]”

A questão da formação pessoal e profissional, nesta questão, se faz presente na medida em que um dos papéis dos educadores vem a ser o despertar destes conceitos em seus alunos.

#### 4.2.3 Considerações sobre as evidências coletadas nas entrevistas

De acordo com o exposto acima, de maneira geral os entrevistados apresentam uma visão tanto balanceada quanto sensata dos conceitos de privacidade, como pode ser comprovado nos pensamentos aqui expostos. Analisando-se as perguntas desta dimensão, pôde-se verificar uma visão concisa a respeito da necessidade de informatização de registros médicos, bem como a evolução percebida no atendimento do profissional de saúde em si. Assim a evolução profissional deve caminhar em sintonia com a evolução tecnológica, seguidas de perto por uma mudança cultural e comportamental dos próprios profissionais de saúde no trato com seus pacientes e com o conjunto de informações a respeito destes. O Quadro 7 apresenta um resumo das considerações extraídas a partir das entrevistas.

PRIVACIDADE		
VARIÁVEL	GESTÃO HOSPITALAR E BIOÉTICA	ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
PERCEPÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento a um direito do paciente</li> <li>• Informações são de propriedade do paciente</li> <li>• Paciente decide o que é sigiloso</li> <li>• Responsabilidade na guarda das informações</li> <li>• Pouco discutida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurado pela Constituição Federal</li> <li>• Respeito ao paciente</li> <li>• Não exposição das informações</li> <li>• São as informações que tocam os valores morais</li> <li>• Delimitada pelo próprio paciente</li> </ul>
DESAFIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vários profissionais atendem o mesmo paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de interesse</li> <li>• Falta de tempo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança da cultura da onipotência</li> <li>• Sistema de segurança adequado</li> <li>• Sensibilizar o profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscientização sobre o comportamento ético</li> <li>• Dificuldade em se mudar o comportamento profissional</li> </ul>
--	---	---

Quadro 7 – Resumo das considerações sobre Privacidade segundo os respondentes

Na análise geral desta primeira arte do instrumento, alguns aspectos chamam especial atenção na construção das respostas, como por exemplo, a cultura como determinante de um comportamento ético. O comportamento foi ressaltado como o mais importante fato que leva a um profissional a quebrar a privacidade das informações de seus pacientes.

### 4.3 PRÁTICAS ADOTADAS PELAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Esta seção, da mesma forma que a primeira, procura atender a um dos objetivos específicos apresentados para esta pesquisa. Deste modo, o alvo agora é o segundo objetivo específico, investigado a partir das respostas coletadas nos grupos de entrevistados. Assim, em acordo com o apresentado na seção anterior, as análises são dispostas conforme a divisão dos grupos de respondentes. Desta forma, o primeiro item vem a ser sobre os Gestores Hospitalares e os Gestores de Bioética, já caracterizados no início deste capítulo.

Na seqüência, os dados das entrevistas dos profissionais do segundo grupo, quais sejam, os Profissionais de Assistência Multidisciplinar, seguidos, no terceiro item, pelas considerações e interpretações dos dados coletados.

#### 4.3.1 Profissionais da área de Gestão Hospitalar e Bioética

Os respondentes foram bastante convergentes em suas respostas. Ao discorrer sobre a parte do questionário que aborda a experiência pessoal dos respondentes a respeito de diversos aspectos organizacionais, os respondentes se mostram particularmente pragmáticos desde as primeiras perguntas.

Um bom exemplo, percebido já na primeira pergunta, foi a respeito do conhecimento e experiência individuais sobre a existência de políticas de acesso às informações dos pacientes nas instituições pelas quais estes profissionais passaram ou estejam atuando no presente momento de suas carreiras profissionais.

Desta forma, os relatos trouxeram à tona, em maior ou menor grau, mas sempre presentes, a preocupação das instituições em manter e seguir políticas e normativas como Códigos de Ética profissional e legislações específicas. Pode-se citar como exemplo destas políticas as do Conselho Federal de Medicina, que regulam o exercício profissional, preocupadas também com o sigilo das informações que estes profissionais têm acesso.

Contudo, apesar de ter sido observada concordância quanto a presença de políticas de acesso nas instituições por parte de alguns entrevistados, nem todos eles acreditam que tais políticas, aplicadas de maneira isolada, sejam suficientemente adequadas para se manter a privacidade das informações de pacientes. Como reforço desta afirmação, em uma realidade onde a teoria e a prática por vezes divergem em sua aplicação nas instituições, apresenta-se o citado pelo respondente GES3:

“ [...] existem desde o código de ética médica, até os códigos de ética profissional, de enfermagem, até os regulamentos internos de hospitais [...] teoricamente tudo isso está já bem embasado. [...] isso é uma coisa, outra coisa é o que de fato acontece no dia-a-dia [...] muitas vezes há a tendência de pensar que porque se está em lei, existe [...] o Brasil tem uma das melhores legislações do mundo, mas realmente quando se vai observar, não é aplicado dessa forma. [...]”

Nesta mesma linha, podem-se observar opiniões divergentes no tocante a este ponto específico, na medida em que se acredita que a simples existência de políticas, sejam elas próprias ou aquelas oriundas de órgãos maiores, garantem a eficácia destas em seus objetivos, como o destacado pelo respondente GES2:

“[...] em menor ou maior grau, eu vejo que quase todos os hospitais que eu visitei, tem algum grau, tem alguma política de acesso, mas a maioria delas, mesmo em hospitais universitários de grande porte são abissalmente inadequadas. [...]”

Em contraponto a esta situação estabelecida, pode-se observar a contribuição da informatização como ferramenta de auxílio na preservação dos dados dos pacientes, como no depoimento do respondente GES4:

“[...] a partir do momento que a informatização foi incluída para guardar as informações, isso melhorou no sentido institucional [...] agora assim, tem segurança no sistema, tem senha de acesso, tem hierarquia de senha [...] se eu sou o médico do paciente eu posso acessar o prontuário dele e os exames, já se eu sou um funcionário

administrativo não é todo prontuário que eu posso acessar. [...] a informatização ela veio garantir um pouco mais desse tipo de segurança. [...]"

Em seqüência, outra questão investigada a partir do instrumento de pesquisa para este grupo de respondentes foi sobre o conhecimento dos mesmos a respeito do processo de criação e revisão destas políticas nas instituições de saúde.

Neste grupo, de uma maneira geral, percebe-se a existência de fontes externas às instituições de onde emana o cerne das normas internas, como registrado no depoimento do entrevistado GES2:

"[...] para estabelecer as nossas políticas de segurança e acesso a informação foi feita uma busca bastante abrangente de toda a legislação referente a esse aspecto [...] código penal, código civil, código de direito do consumidor, estatuto da criança e do adolescente, código de ética médica, resoluções direta ou indiretamente relacionados a essa questão, pareceres de conselhos regionais, outros que não o do Rio Grande do Sul [...] uma série de aspectos que nos levaram a definir os deveres básicos que nós tínhamos em relação ao prontuário e a informação nele existente. [...]"

Independentemente do processo interno de criação e revisão destas normativas, verificou-se a existência da figura do comitê ou comissão de prontuários e do Setor de Arquivo Médico nas instituições de conhecimento de todos os entrevistados, como observado na entrevista do respondente GES1:

"[...] Nós temos nosso SAME, Serviço de Arquivo Médico, e ali são armazenadas todas informações de nossos pacientes [...] nós temos um comitê de prontuários que se preocupa com o correto preenchimento dos mesmos [...] também com a guarda das informações. [...] Esse comitê se reúne com freqüência, sempre trabalhando nesse tipo de informação. [...]"

Em complemento ao depoimento acima, além da presença destes comitês nas instituições de saúde ainda é reforçada pela utilização de normas externas de mercado, nacionais e até mesmo internacionais, como balizadoras das ações internas, percebido na resposta do entrevistado GES4:

"[...] a maioria ou talvez a totalidade das instituições utilizam as normas do Conselho Federal de Medicina como balizador dessas questões [...] mas atualmente

as questões do mercado, como a Acreditação [...] tem a ONA, tem outros que fazem com que a luta por aquele nicho do mercado faz com que esses critérios que são colocados pra a Acreditação das instituições comecem a ser levados em conta. [...]"

Outra questão levantada foi sobre a efetividade destas normativas e dos processos internos das instituições. Neste sentido, perguntou-se aos entrevistados sobre suas experiências pessoais a respeito do tema e como se percebe o atendimento das políticas adotadas nas instituições. Destaca-se a observação do entrevistado GES2:

"[...] mesmo com tudo que a gente faz, com campanhas, com o manual do prontuário, as pessoas se comportam mal às vezes [...] o elemento humano é imponderável e, por mais que se queira a gente não consegue impedir algumas quebras, a gente consegue, sim, penalizar ou identificar quem são os responsáveis, principalmente no sistema eletrônico [...] no registro de todos acessos que são feitos, se faz auditoria mensalmente, para verificar se alguém está vendo mais prontuários do que devia, ou se algum prontuário está sendo muito olhado. [...]"

Contudo, existe o reconhecimento do mérito no estudo e na estruturação destes documentos, que são elaborados na tentativa de conter os vazamentos das informações privadas dos pacientes. Mas juntamente com este reconhecimento se faz presente a incerteza. Estes sentimentos estão endossados nas palavras do respondente GES4:

"[...] essas questões são estudadas por comissões, elas não são documentos vazios, quer dizer, são documentos que são pensados e que são estruturados e depois revisados e aí colocados [...] daqui um pouco aquela resolução é substituída por outra [...] a medida que as coisas também vão mudando. Mas eu não sei se isto é suficiente. [...]"

Outro ponto importante vem a ser como acontece o atendimento destas políticas nas instituições e, neste sentido, o entrevistado GES 1 resume o processo:

"[...] O comitê discute, se reúne, propõe, e a direção da instituição, de um modo geral, aceita as decisões e as executa. [...]"

De uma maneira mais detalhada, o entrevistado GES2 procura enquadrar o processo de atendimento às políticas de segurança instituídas através da descrição de quatro deveres do

profissional de saúde. Estes deveres são assim categorizados: o dever da execução, o dever da segurança, o dever da disponibilidade e o dever da manutenção do sigilo e da privacidade.

O primeiro deles, o da execução, determina a obrigatoriedade das instituições para que ocorra a abertura de um prontuário para cada novo paciente e garantir que seu corpo clínico registre todos os atendimentos ao paciente e que cada visita dele seja registrada de forma adequada no prontuário. O segundo dever, da segurança, é o de garantir a segurança física do prontuário – e das informações privadas nele contidas – garantindo sua guarda, só saindo do setor responsável quando deva sair e que seu retorno seja realizado sem que haja qualquer destruição, modificação, alteração no seu conteúdo.

O terceiro dever, da disponibilidade, determina que o responsável pela guarda das informações garanta que elas estejam disponíveis sempre para quem delas necessitar. Por fim, o quarto dever, o da manutenção do sigilo e da privacidade, com a adoção de políticas e rotinas, determinadas pela comissão de prontuários, permite um maior controle e garante o sigilo, a privacidade e a segurança das informações dos pacientes.

Neste sentido, as instituições de saúde, por meio da gestão das comissões de prontuário, já possuem regras que vinham sendo aplicadas aos registros realizados em papel e mais recentemente estas foram transcritas e adaptadas para atingir as informações resguardadas através de processos eletrônicos.

Portanto, no que diz respeito às práticas existentes nas instituições de seu conhecimento, o entrevistado GES2 depõe:

“[...] existem auditorias, a comissão de prontuários, que audita prontuários, que verifica e exige a direção do hospital. [...] O Diretor Técnico exige dos médicos, cobra esse preenchimento e o registro adequado e completo e isso é auditado, inclusive os residentes não recebem o certificado no final do ano se tiver na sua equipe algum prontuário incompleto, faltando algum registro ou algum documento de paciente que eles tenham atendido. [...]”

Em seqüência ao tema das práticas existentes foi colocado aos entrevistados questionamento sobre a percepção destes em relação às responsabilidades dos profissionais de saúde direcionadas à preservação da privacidade das informações dos pacientes no desempenho de suas funções.

Percebe-se, por parte destes profissionais, uma atitude mais abstrata neste quesito, com o desejo de atender às políticas de maneira geral, em seu conceito mais amplo sem,



contudo, se preocupar com questões pontuais, como pode ser conferido na resposta do entrevistado GES1:

“[...] Essas responsabilidades são mais subjetivas, não existe um acordo tácito, mas se procura respeitar a legislação vigente. [...] A responsabilidade do profissional é seguir a boa prática médica e seguir a legislação. [...]”

Nesta mesma linha, onde as responsabilidades dos profissionais são descritas com conceitos mais amplos e abrangentes, cabe citar o respondente GES3:

“[...] a responsabilidade é total, uma vez que a guarda dessas informações está em cada momento mudando de mão. [...] aquelas pessoas que realmente estão ali com os doentes são os que fazem passar o bastão da responsabilidade, da preservação desses dados de um para outro. [...] Mas na verdade a questão da cultura é da equipe, não é de uma classe. [...]”

Em contraponto, identificaram-se também instituições onde as ações são pontuais, com procedimentos alinhados às políticas metodicamente adotadas, como nas palavras do respondente GES2:

“[...] quando os funcionários são admitidos no hospital eles assinam um termo de compromisso com o sigilo das informações, eles podem ser demitidos se quebrarem esse sigilo. [...] um termo de compromisso com várias penalidades incluídas ali, no sentido de respeitar o sigilo e a privacidade das informações, além de outros comportamentos. [...] Além disso, a gente tem fóruns de discussão, treinamento de novos residentes sobre a questão do sigilo e dos cuidados com o prontuário e tem diversas palestras de modo a lembrá-los do compromisso. [...]”

Cabe registrar que, apesar do destaque dado à presença de políticas concretas de restrição ao acesso às informações privadas, tais documentos devem ser levados a sério através das atitudes práticas dos profissionais. Através dos depoimentos colhidos, percebe-se que a mera assinatura de termos de compromisso ou documentos similares, *per si*, não é garantia do cumprimento destas políticas e normativas internas, nem assegura um comportamento livre de quebras de privacidade. Vê-se a necessidade de mecanismos fiscalizadores, punitivos ou restritivos de direito na tentativa de se alcançar este fim. Cita-se o entrevistado GES4:

“[...] o atendimento dessas políticas passa muito pelo perfil das pessoas que estão trabalhando ali, porque você pode ter uma legislação perfeita, mas [...] o atendimento das políticas dentro das instituições depende muito dos perfis dos profissionais. [...] mas se as leis são estritas e com punições, não é agradável trabalhar. [...] então a maioria das instituições também não penalizam as transgressões. [...] uma das maneiras que o atendimento dessas políticas pode ser uma coisa adequada é realmente através de mecanismos dentro da instituição que se preocupem com isso, fiscalizadores no sentido da excelência das informações. [...]”

Outra questão vem a ser sobre a presença e atuação dos comitês de ética dentro das instituições de saúde, no que se destacam as palavras do entrevistado GES1:

“[...] O comitê de ética só é acionado quando solicitado, se existe alguma denúncia relativa a qualquer quebra desse sigilo, ou qualquer atitude de um profissional médico, daí então o comitê de ética é acionado e vai fazer a averiguação do caso. [...] Existem regras e sistemáticas, mas de um modo geral ele é atuado pela demanda. [...]”

Verificou ainda que o comitê de ética não é o único presente nas instituições, sendo acompanhado, em alguns casos, por outros comitês compartimentalizados ou ainda aqueles oriundos de exigência legal. Cita-se, neste sentido, o respondente GES2:

“[...] nós temos vários comitês [...] de ética médica, comitê de ética de enfermagem, comitê de ética pública, que é uma exigência do governo para órgãos públicos, e um comitê de bioética, que é o mais abrangente deles, ética da pesquisa. [...] mas vai muito além, esses diversos comitês tem uma preocupação muito grande e um papel de retaguarda muito importante para a comissão de prontuários. [...] para garantir as nossas políticas, assim como a consultoria jurídica, que nos dá muito apoio nesse sentido. [...] Mas é fundamental a existência de comitês de ética funcionantes e representativos. [...]”

Como se pode perceber, as instituições, a despeito da qualidade, em sua maioria adota políticas que visam à proteção da privacidade das informações dos pacientes. Contudo, apesar da aparente deficiência na qualidade dos processos de criação dessas normativas, percebe-se também que esforços vêm sendo despendidos no sentido de evoluir continuamente essas políticas e processos.

Da mesma forma, ficou evidenciado que existem responsabilidades claras por parte dos profissionais de saúde na manutenção da privacidade das informações de seus pacientes. Neste sentido, o papel do comitê de ética é fundamental no exercício de controle sobre estas ações e relações.

#### **4.3.2 Profissionais de Assistência Multidisciplinar**

Nesta segunda parte do instrumento dedicado a este grupo de entrevistados, os questionamentos são a respeito da existência de políticas de acesso às informações dos pacientes, além dos atores e dos papéis a eles inerentes dentro das instituições.

Neste sentido, a existência de políticas de guarda e acesso às informações foi informada como verdade na maioria das instituições de conhecimento dos entrevistados. Nestas políticas os processos são bem definidos. Cite-se o respondente AMP4:

“[...]tem todo um sistema de controle da retirada do prontuário, mas sendo um profissional da área da saúde e um pesquisador ele solicita e ele tem acesso a esse prontuário. [...] tem um regramento de quem pode retirar esse prontuário, mas não é um acesso livre, então o responsável por uma pesquisa faz a solicitação e a retirada e depois a devolução desses prontuários. Compromete-se com o manuseio da informação desse prontuário e também com a guarda do sigilo com relação as informações do paciente.[...]”

Neste direcionamento, outras instituições de conhecimento dos respondentes estão avançando no tema com a criação de mais documentos, como se vê através do respondente AMP7:

“[...] a gente tem trabalhado há algum tempo com protocolos por equipe, a equipe da psicologia tem um protocolo, a enfermagem tem vários protocolos de atendimento, protocolos técnicos de atendimento, nós temos protocolos de entrevistas, de triagem. [...] o desafio da instituição agora é fazer protocolos multiprofissionais, frente a uma determinada demanda como é que todos profissionais vão se inserir, a gente tem isso num organograma, tem num papel, tem em algumas ações. [...]”

Quando se fala em departamentos internos às instituições, o mais comum a ser lembrado é a comissão de prontuários, conforme se pode apurar a partir do depoimento do respondente AMP3:

“[...] normalmente os hospitais têm a comissão de prontuários, que estabelece as regras de acesso às informações. [...]”

Ainda com relação às políticas existentes, foi questionado aos respondentes se os mesmos acreditavam serem estas suficientes para garantir a privacidade das informações de seus pacientes. De um modo geral, os entrevistados percebem como suficientes, mas alguns fazem ressalvas importantes, como visto no entrevistado AMP7:

“[...] elas são suficientes, mas eu sinto na prática que as pessoas interpretam essas políticas conforme interesses próprios até dificuldades pessoais. [...] as políticas estão postas e se a gente fizesse pelo menos o que elas propõem no mínimo, eu acho que as coisas seriam bem mais tranquilas. [...]”

Nesta linha de pensamento se pode verificar o que diz o respondente AMP3:

“[...] muitas coisas a gente tem no papel e as pessoas ignoram, se aquilo que está no papel fosse realmente respeitado, não teria problema. [...] é preciso que as pessoas sigam aquilo que está estabelecido. [...]”

Outro ponto levantado foi sobre as punições recebidas pelos profissionais em caso de não seguirem as políticas. Neste sentido, o entrevistado AMP4 complementa:

“[...] só a legislação e as orientações não dão conta. A gente tem toda a questão também comportamental que muitas vezes também não é levada tão a sério e às vezes nem todas as pessoas são punidas pelas ações incorretas que fazem. [...]”

A questão seguinte apresentada aos entrevistados deste grupo diz respeito ao atendimento destas políticas instituídas e a existência de práticas nas instituições de saúde. A presença de fiscalização interna é mostrada como essencial para o atendimento dessas políticas. Esses núcleos são apontados pelo entrevistado AMP1:

“[...] as instituições mantêm núcleos de controle do exercício profissional. Esses núcleos se apresentam na forma de conselhos internos de ética. [...]”

Percebe-se ainda entre os entrevistados um senso comum de que existem padrões em todas as instituições e para todas as especialidades profissionais que lidam com o paciente e suas informações privadas. Percebe-se ainda uma necessidade constante de controle e acompanhamento. Além disso, é notado um comprometimento de uma categoria específica de profissionais, conforme pode ser comprovado pelo respondente AMP4:

“[...] os integrantes da comissão de prontuários, por participarem dessa parte dinâmica, tem o “compromisso” de tentar visualizar e identificar falhas no processo. Mas de forma geral acho que todos têm que ter esse comprometimento de tentar mudar esse processo. [...]”

Outro ponto levantado com relação à prática profissional vai de encontro à necessidade de adequação a normas impostas por órgãos governamentais, como percebido no depoimento do respondente AMP2:

“[...] a gente tem que seguir essas recomendações que são do próprio ministério da saúde com relação a esses atendimentos. [...]”

Prosseguindo na aplicação do instrumento, foi perguntado aos entrevistados sobre sua opinião a respeito das responsabilidades dos profissionais de saúde direcionadas à preservação da privacidade das informações dos pacientes no desempenho de suas funções.

Neste quesito percebe-se, por parte dos entrevistados, conhecimento sobre o correto comportamento a ser adotado no sentido da garantia da privacidade das informações de seus pacientes. Como exemplo destes cuidados a serem tomados, coloca-se o comentário do respondente AMP4:

“[...] saber o local onde se está verbalizando essas informações, que não seja em locais públicos que dão direito a outras pessoas tomarem conhecimento de informações que não lhe dizem respeito. [...]”

E complementado pelo respondente AMP2, que ainda cita a necessidade de acompanhamento por parte dos órgãos internos:

“[...] não estar conversando ou falando dos casos, discutindo, sem necessariamente identificar a pessoa. [...] e trazer sempre junto os comitês de ética. [...]”

Outra situação relevante colocada nas respostas colhidas para esta questão foi com relação aos eventos científicos que estes profissionais tomam parte. Estas são situações onde naturalmente se discute casos clínicos, e cuidados devem ser adotados. Cita-se o respondente AMP3:

“[...] num evento, num congresso, citar a situação do paciente sem elementos que permitam a identificação. [...] colocar paciente, feminina, adulta, com esse quadro. [...] a gente tem que cuidar para nesses estudos de caso não haver a identificação do paciente. [...] o estudo de caso ele é importante, como mecanismo de aprendizado pro aluno, e para a evolução do conhecimento científico. [...]”

A última questão desta parte do instrumento vem a ser sobre a presença e atuação dos comitês de ética nas instituições de saúde. Neste contexto, destaca-se o texto do entrevistado AMP3:

“[...] manter viva essa preocupação com a privacidade, com a ética, embora isso seja, ou devesse ser uma preocupação de todos dentro da instituição. [...]”

Retomando a linha de pensamento de fomento à pesquisa, o entrevistado AMP2 aponta:

“[...] o comitê tem como objetivo organizar as questões de pesquisa e defender o pesquisado. [...]”

Outro papel destes comitês, não identificado pelo primeiro grupo de respondentes, é o de conselheiro e fonte de orientação em casos onde o profissional tem dúvida sobre o correto comportamento a ser adotado em determinada situação. Cite-se o entrevistado AMP7:

“[...] são comitês que a gente geralmente busca, ou pra ter algum tipo de informação que se está precisando, ou para se aconselhar até. [...] eu entendo esses comitês como elementos de auxílio nesse sentido. [...]”

O Papel dos comitês de ética profissional como fontes de orientação tem sido bem-vindo pelos profissionais, que podem contar com este benefício em caso de necessidade.

### 4.3.3 Considerações sobre as evidências coletadas nas entrevistas

Como se pode perceber, as instituições, a despeito da qualidade, em sua maioria adota políticas que visam à proteção da privacidade das informações dos pacientes. Contudo, apesar da aparente ausência de qualidade, percebe-se também que esforços vêm sendo despendidos no sentido de evoluir continuamente essas políticas e processos.

Da mesma forma, ficou evidenciado que existem responsabilidades claras por parte dos profissionais de saúde na manutenção da privacidade das informações de seus pacientes. Neste sentido, o papel do comitê de ética é fundamental no exercício de controle sobre estas ações e relações. As considerações coletadas através das entrevistas, para cada grupo de respondentes, estão consolidadas no Quadro 8.

ASPECTOS ORGANIZACIONAIS		
VARIÁVEL	GESTÃO HOSPITALAR E BIOÉTICA	ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
POLÍTICAS DE ACESSO ÀS INFORMAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Códigos de ética profissional</li> <li>• Regulamentos internos das instituições</li> <li>• Existe em maior ou menor grau nas instituições</li> <li>• Melhorou com a informatização</li> <li>• Conhecimento sobre a criação de políticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de processos definidos</li> <li>• O controle do exercício profissional é percebido</li> <li>• Comissão de prontuários constituída em todas as instituições</li> </ul>
ATORES E PAPÉIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São conhecidos dos gestores</li> <li>• Conselhos profissionais</li> <li>• Existência de auditorias</li> <li>• Documentos construídos de maneira estruturada e pensada</li> <li>• Assinatura de Termo de Compromisso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretação pessoal das normas estabelecidas</li> <li>• Desrespeito à norma estabelecida</li> <li>• Profissional que participa da gestão destas políticas é mais consciente</li> <li>• Percepção do onde e do que se pode falar</li> </ul>

Quadro 8 – Resumo das considerações sobre os Aspectos Organizacionais segundo os respondentes

É clara a percepção de que as instituições adotam políticas e que seus profissionais têm, em grande parte, muitos cuidados a tomar para garantir a privacidade das informações dos pacientes. Finalmente, nos dois grupos de entrevistados ficou destacado que estes acreditam no discernimento dos profissionais no certo e errado, mas é apontado também o

papel fundamental do comitê de ética no acompanhamento destas práticas e como demandadora de políticas institucionais de acesso às informações de saúde.

#### 4.4 EVIDÊNCIAS E MOTIVADORES DO COMPORTAMENTO

Para esta terceira seção, mantém-se a finalidade de se atender à proposição realizada na seção dos objetivos específicos deste trabalho, desta feita voltada ao atendimento do terceiro objetivo específico. Assim, a partir da coleta de dados realizada nas entrevistas, procura-se entender o discurso dos respondentes sobre o tema. Desta forma, as análises serão realizadas igualmente segundo a divisão dos grupos de respondentes. Assim, o primeiro item desta seção contempla os Gestores Hospitalares e os Gestores de Bioética, entrevistados estes devidamente caracterizados no início deste capítulo.

Posteriormente são dispostos os dados das entrevistas dos profissionais do segundo grupo, profissionais estes igualmente caracterizados no início deste capítulo. Finalmente, o último item desta seção vem consolidar e interpretar os dados coletados.

##### 4.4.1 Profissionais da área de Gestão Hospitalar e Bioética

Nesta terceira e última parte do instrumento de pesquisa, investigam-se os aspectos comportamentais da pesquisa, onde o estudo se direciona, agora, para a conduta do profissional de saúde bem como o uso das informações privadas dos pacientes por parte deste.

A primeira questão, sobre a existência de capacitações voltadas à garantia da privacidade das informações dos pacientes, mostra um panorama onde inexistem capacitações específicas que abordem a privacidade. Somado a este fato, tais treinamentos, quando abordam o tema, são direcionados para o contingente administrativo das instituições, como apresentado pelo respondente GES4:

“[...] existe um treinamento maior, mas apenas treinamentos para funcionários administrativos, onde essa questão da privacidade, da confidencialidade é sempre colocada junto com outras questões, mas não especificamente para isso. [...]”



Contudo, o tema é recorrente nas capacitações periódicas que estes profissionais realizam em algumas privilegiadas instituições, como se pode verificar na fala de GES2:

“[...] os contratados passam por um período de treinamento de duas semanas, e nessas duas semanas são dadas diferentes palestras, aulas, atividades, onde são apresentadas as questões de conduta profissional. [...] a gente tem essa preocupação que todos os níveis de profissionais e os residentes tenham treinamento. [...]”

Apesar dos bons exemplos, pode-se dizer que estes são exceção à regra, pois de maneira geral, o sistema de saúde é percebido como desprovido de recursos e estrutura para lidar com este tipo de preocupação e lidar com o assunto. Cite-se o depoimento do respondente GES3:

“[...] não acredito que haja tempo e organização suficiente pra que isso aconteça, pois essa carência é muito grande, a carência da saúde como um todo é muito grande [...] a saúde na verdade está num sistema carente, onde o gestor muitas vezes tem que com boa vontade complementar aquilo que falta na política geral de saúde. [...]”

Contudo, a informatização é um fator que tem mudado com este *status quo*, tendo contribuído para a disseminação do tema, haja vista a mudança na maneira de se lidar com as informações dos pacientes, sobretudo as privadas. Assim, questões sobre privacidade se juntaram ao conteúdo de treinamento de utilização dos novos sistemas. Pode-se perceber este fato outra vez no texto do entrevistado GES4:

“[...] o início da informatização na maioria dos hospitais trouxe à baila essa questão [...] vários hospitais em Porto Alegre quando começaram a informatização dos seus prontuários tinham nos cursos de treinamento para utilização, módulos sobre privacidade e confidencialidade [...] essa questão da mudança do *modus operandi*, trouxe isso de volta. [...]”

Quando se fala sobre formação profissional, é consenso entre os entrevistados a insuficiência de abordagem nas questões sobre privacidade. Este sentimento se apresenta clara e concisamente através do respondente GES2:

“[...] ainda é uma lacuna nas faculdades de Medicina, e mesmo durante a residência médica, acho que deveria haver uma preocupação, um tempo ainda maior dedicado a esse tipo de ensino. [...]”

Visão esta que é corroborada pelo respondente GES3:

“[...] eu acredito que não, a gente vê muitas vezes que surgem questões das pessoas que denunciam, que na verdade coisas elementares e alguns elementos, digamos assim, básicos, são descuidados, mas não por má vontade ou contravenção, mas por desconhecimento, por pressa ou por hábito. [...]”

Percebe-se, porém, uma mudança neste panorama para as novas gerações que estão sendo formadas nos últimos anos. O respondente GES4 afirma:

“[...] quando eu fui formada praticamente não se falava nisso [...] mas a era da informação instantânea e do compartilhamento da informação, está fazendo de novo surgir esta questão da necessidade da confidencialidade e da privacidade em algumas questões. Foi uma volta a se preocupar com isso. [...]”

Outra questão preponderante sobre comportamento vem a ser sobre a formação social e dos valores destes profissionais de saúde, como provocadores de um comportamento inadequado. Mais uma vez houve consenso entre os respondentes sobre a relevância da influência destes valores na conduta profissional, como disposto pelo respondente GES4:

“[...] Não tem como se normatizar uma coisa dessas sem se contar também com esta atitude de seriedade, de honestidade de respeito pelo teu paciente, de respeito pelos teus outros colegas, então é obvio que alguém que não tenha esse perfil, não tenha valores bem definidos nessa questão, não vai levar este comportamento à frente. [...]”

Pensamento prontamente ratificado pelo respondente GES2:

“[...] não tenho dúvida nenhuma a esse respeito, o fator humano é fundamental. [...]”

Este fator é de fundamental relevância, uma vez que, como visto em Dutta e Roy (2008), os fatores humanos tanto quanto os organizacionais exercem um papel crucial na

efetividade da Segurança da Informação e, conseqüentemente, na privacidade destas.

Dada a importância destes valores pessoais, cabe ainda registrar, sobre o mesmo tema, o pensamento do respondente GES3:

“[...] primeiro as pessoas tem que ser bem resolvidas, no ponto de vista psíquico, moral, equilibradas, porque senão elas vão transformar aquela situação de poder que elas têm, numa possibilidade de inter-verso, daí nós temos uma situação muito complicada. [...]”

Enveredando pelo campo do uso da informação privada pelos profissionais de saúde, foi então perguntado ao grupo de entrevistados qual sua percepção a respeito da maneira prática pela qual estes profissionais seguem as orientações recebidas para lidar com as informações privadas a quem têm acesso. Neste sentido, cita-se o pragmático pensamento do respondente GES1:

“[...] Eu acredito que todo médico, todo profissional que trabalha dentro de uma instituição tem essa percepção de que o sigilo é importante e que o manuseio das informações não pode ser feito assim, num acordo. [...]”

Nesta questão também são percebidos os valores pessoais como norteadores das atitudes diárias destes profissionais. Os valores pessoais aqui se mostram presentes e basilares no comportamento. Cite-se o respondente GES4:

“[...] alguns se preocupam bastante, realmente se preocupam com isso, dentro da instituição. [...] As pessoas que costumam ser profissionais de saúde já têm esses valores de proteger e de ajudar, e de ser honestos. Claro que em qualquer profissão a gente sempre vai encontrar aqueles que na verdade querem retirar vantagem. [...] eles procuram ser bons profissionais e entre as características de fidelidade ao seu paciente, de honestidade, de guardar aquilo que o paciente confia em te contar. [...]”

A motivação de uma conduta inadequada também foi explorada no instrumento de pesquisa. Neste quesito, os respondentes se pronunciaram todos com opiniões formadas, contudo divergindo em suas causas, passando desde a formação até a intenção, como pode ser visto inicialmente com o respondente GES1:

“[...] Quando alguém não leva a sério é porque não tem o conhecimento [...] o principal motivo de uma quebra de sigilo é não ter a informação, mas uma vez tendo a informação [...] a não ser que se tenha um interesse muito específico. [...]”

Na mesma linha tem-se o respondente GES4 que afirma:

“[...] Uma atitude profissional de desrespeito não é a maioria, mas tem gente que acha que não faz mal você contar por aí. [...] Uma pequena fração faz por desconhecimento, ou até por uma formação falha. [...]”

Porém outras situações são encontradas. Em instituições voltadas para o ensino e que abrigam profissionais que também são pesquisadores, por exemplo, outros fatores foram apontados, como a necessidade acadêmica do profissional, apontado pelo entrevistado GES2:

“[...] o principal motivo é o acesso para pesquisa [...] às vezes para montar um projeto de pesquisa, tem que submeter ao comitê de pesquisa, ao comitê de ética na pesquisa, ser aprovado, é até um mês que se passa, então não se tem tempo pra isso[...] tenta burlar, mas acho que isso não é má fé, não é pra quebrar sigilo.[...]”

A próxima questão diz respeito a fatores como pressão do trabalho ou stress como motivos de um comportamento inseguro ou falhas na preservação da privacidade das informações dos pacientes. Para este questionamento, foram encontradas respostas conflitantes, que merecem uma análise posterior mais profunda, uma vez que os pontos de vista são diametralmente opostos, como percebido no respondente GES1:

“[...] O stress ou pressão pode atuar em qualquer situação, inclusive num ato médico. [...] uma pessoa sobrecarregada que tenha responsabilidade poderia com isso abrir mão da privacidade [...] se houvesse pressão isso poderia sim afetá-los. [...]”

Esse ponto de vista é seguido de maneira ainda mais forte pelo respondente GES3:

“[...] existe a famosa questão: quem cuida dos cuidadores? [...] os cuidadores por tradição já são gente que tem muita dificuldade de se cuidar, de se deixar cuidar, isso aí faz com que o nível de estresse do dia-a-dia vá se avolumando de tal forma que à partir de um certo momento se vê que pessoas das quais não se esperaria tais ou

quais atitudes, acabam tomando essas atitudes em função de sobrecargas[...] situações como por exemplo, o excesso de plantões. [...]

Contudo esta opinião não é compartilhada por todos os entrevistados, conforme se pode comprovar pelo respondente GES4:

“[...] não acho que isso seja um motivo pra quebra de confidencialidade, não é pressão, não é *stress*, o correr, fazer as coisas rápido, um certo grau de *stress* e pressão é incorporado no dia-a-dia e ele não tende a facilitar a quebra. [...] a quebra de confidencialidade, privacidade, é muito mais uma questão de postura do profissional do que *stress*.[...]”

Por fim, para este grupo de respondentes, foi perguntado sobre o tratamento dado pelas instituições nos casos de quebra de privacidade das informações dos pacientes. Para esta resposta se pode extrair o comentário do respondente GES4:

“[...] raramente a gente vê, por quebra de confidencialidade, alguma medida. Às vezes uma medida geral de reforçar a necessidade de se manter a privacidade. [...] Quando a coisa envolve uma pessoa famosa[...] o Comitê de Bioética recebeu um pedido institucional pra estudar essa questão, foi feito todo um estudo e um documento que serve até hoje pra regular essas questões. [...] Mas se houver uma representação para o Conselho Regional esse caso é levado a um processo ético profissional. [...]”

Esse depoimento se mostra alinhado também ao que foi referenciado pelo respondente GES1:

“[...] certamente seria solicitado ao profissional que explicasse os motivos e o caso seria levado ao comitê de ética para análise. [...]”

E igualmente ao declarado pelo respondente GES2:

“[...] Se abre sempre um processo junto ao comitê de ética da área: médica, de enfermagem ou comitê de bioética, comitê de ética pública [...] se abre uma investigação, se consegue sempre que possível se identificar com certeza o autor da violação, e existem diferentes níveis de punição de acordo com a gravidade do fato, que podem ser até a demissão. [...]”

Como se pode verificar, na maioria das situações existe tratamento aplicado em caso de quebra de privacidade, sem que estes sejam deixados de lado sem as devidas providências.

#### **4.4.2 Profissionais de Assistência Multidisciplinar**

Na última parte deste instrumento de pesquisa, o foco recai sobre os aspectos comportamentais do estudo, investigando a conduta profissional por parte do trabalhador da saúde e a utilização que este faz das informações a que tem acesso no desempenho de suas funções.

Assim, a questão inicial deste conjunto fala sobre a existência de capacitações voltadas à manutenção da privacidade das informações dos pacientes. Os respondentes são claros ao destacar a existência de eventos específicos para o tema. Contudo, o assunto é abordado em alguns eventos de algumas instituições, onde o assunto é discutido de forma mais madura. O respondente AMP4 cita:

“[...] tem momentos que nós temos cursos, temos eventos que discutem isso. [...] é um tema que está sempre em alta, cada vez mais. Então quando a gente fala na semana de enfermagem, por exemplo, a sempre tem um tema ligado à bioética, à privacidade. [...]”

De acordo com os entrevistados, o principal momento onde os profissionais recebem capacitações ou treinamentos sobre o tema privacidade é quando eles são contratados nas instituições seguidos de algumas situações isoladas de capacitação. Coloca-se o relatado pelo respondente AMP3:

“[...] quando o funcionário entra tem o Treinamento Introdutório, uma programação que fala sobre privacidade das informações, acesso às informações dos pacientes, ética no local de trabalho. [...] quando tem esses eventos, de vez em quando, na programação tem uma mesa sobre ética, um palestrante falando. [...]”

Contudo, conforme destacado, ações deste tipo não costumam acontecer na quantidade e com a qualidade desejada, como apontado pelo entrevistado AMP2:

“[...] Dentro da instituição foi algo mais pontual. [...] Foi só uma informação e não um treinamento dirigido. [...]”

Pode-se perceber, através do depoimento acima, que o profissional percebe sua necessidade em capacitações na área de privacidade, na medida em que é consciente da carência destas nas instituições em que desempenham suas funções. Essa conscientização é um dos pré-requisitos para a proteção adequada da informação (GOODHUE e STRAUB, 1991). Com relação à formação destes profissionais, percebe-se igualmente a presença de elementos voltados tanto à ética quanto a preservação da privacidade já na graduação, como destacado pelo respondente AMP5:

“[...] A gente ouve e aprende quando estuda sobre ética do paciente. E dentro da ética a questão do sigilo e da privacidade do paciente. [...]”

O próximo questionamento lançado aos entrevistados leva para este grupo a discussão sobre valores individuais dos profissionais de saúde e se estes influenciam seu comportamento profissional. Os respondentes apresentam unicidade em sua linha de pensamento, como podemos detectar em alguns trechos das entrevistas, como no respondente AMP2:

“[...] O que você traz do berço, a educação que você teve em casa vai lhe ajudar na vida e em tudo. A ética que você recebe em casa, a educação mesmo. Isso vale para tudo, não apenas para ser um bom profissional, mas pra ser um cidadão de bem. [...]”

Pode-se ainda perceber o mesmo posicionamento nas palavras do respondente AMP4:

“[...] quem não tem esses valores morais bem estabelecidos não vai dar muito importância a questão da privacidade. Vai colocar a questão científica do ensino a ser feita acima de qualquer coisa. [...] se você não tem bem estabelecido esses princípios morais, não consegue valorizar a questão da privacidade do outro como alguma coisa muito importante. [...]”

Outro ponto importante é que o profissional mantenha-se em constante vigília no sentido de manter a privacidade das informações de seus pacientes. Mas isso demanda valores intrínsecos de valorização deste ato. Assim, a quebra da privacidade das informações fica

mais suscetível para profissionais que não tenham desde cedo carregados em si estes valores. Isto pode ser corroborado pelo respondente AMP3:

“[...] se o profissional não valoriza determinados aspectos, ter presente no dia-a-dia que aquilo que para mim não tem problema nenhum ser comentado, para outra pessoa pode ter problema, transita em um campo que eventualmente pode estar divulgando alguma informação que não deveria. [...]”

Em seguida, perguntou-se aos entrevistados sobre sua motivação a respeito das quebras de privacidade que ocorrem. Neste sentido, alguns aspectos diferentes são levantados, desde a formação individual do profissional até motivados por fatores de pesquisa, ou até mesmo para garantir a integridade dos próprios pacientes, como no caso de informações levantadas através de um atendimento psicoterapêutico. Neste caso, apoiados pela legislação específica do conselho de classe que rege sua área de atuação, o profissional se encontra resguardado para efetuar essa possível quebra de privacidade. Assim, inicialmente coloca-se então o declarado pelo entrevistado AMP4:

“[...] O primeiro deles talvez seja o não entendimento dessa questão de privacidade. [...] a pessoa não refletiu sobre isso e não chegou a essa denominação de que privacidade é importante. [...]”

Em outra ponta de depoimentos, o caráter do profissional também foi levantado como um motivador de atitudes impróprias, como revelado pelo entrevistado AMP5:

“[...] tem muito a ver com a própria personalidade da pessoa. Se uma pessoa gosta muito de fofoca, sai cutucando, expandido e espalhando. Se for uma pessoa que é mais contida, um profissional mais compromissado com o paciente, então a gente já vê que ele não tem esse desejo de querer falar. [...] tem muito a ver até com o caráter e com a personalidade da pessoa. [...]”

Os fatores relacionados às pesquisas dos profissionais, conforme citado, também foram lembrados como possíveis motivadores de uma quebra de privacidade. Pode-se ver um exemplo no relato do entrevistado AMP3:

“[...] A necessidade do profissional de discutir com o colega o caso do paciente, às vezes até para ter outra opinião sobre a conduta que ele esteja tendo. [...] tem



profissionais que não valorizam essa questão da privacidade e outros que misturam suas coisas pessoais, os seus valores, o seu julgamento sobre o que deve e o que não deve ser falado, nem considera que o paciente possa ter uma opinião diferente da dele. [...]"

Esse sentimento de propriedade sobre o paciente e suas informações tem sido destacado com frequência pelos entrevistados, se tornando um item de importância para o contexto desta pesquisa.

Por fim, os entrevistados destacam que outro importante motivador vem a ser o aspecto acadêmico daqueles profissionais que também trabalham com pesquisas, onde foi destacado pelo entrevistado AMP6:

"[...] especialmente se o paciente pode se colocar ou colocar em risco um terceiro. Essas situações são previstas dentro do código e aí se quebra. [...] Casos de violência também. Se o paciente está sendo abusado ou está sendo abusador, eu preciso quebrar o sigilo. [...] estou protegido por lei também dessa quebra de sigilo. Eu tenho a obrigação legal de fazer isso. [...] Se o paciente não está tomando a medicação e que nos relata isso em terapia, não deixa de ser colocar em risco a integridade dele. [...]"

Outro questionamento lançado é sobre o impacto do *stress* ou pressões no trabalho como influência no comportamento dos profissionais de saúde. Apesar das diferenças entre as respostas, é correto afirmar que a maioria dos entrevistados acredita que o *stress* ou o excesso de trabalho pode afetar o julgamento, a performance e o discernimento do profissional de saúde na guarda da privacidade das informações de seus pacientes.

Neste contexto, cabe destacar o registrado pelo respondente AMP4:

"[...] a complexidade hoje na área hospitalar, a demanda de trabalho e muitas vezes um dimensionamento de pessoal inadequado, que leva muitas vezes à sobrecarga de trabalho, pode impedir sim o profissional de seguir esses princípios, às vezes até sem perceber acaba banalizando esses aspectos bioéticos que envolvem privacidade do paciente. [...]"

De um modo geral, os que concordam que estes fatores possam realmente afetar o comportamento dos profissionais, acreditam que a desatenção seria a consequência principal a afetar seu julgamento, como se pode verificar através das palavras do entrevistado AMP3:

“[...] as pessoas mais estressadas ou com mais pressão não estão tão atentas a essas questões de privacidade. [...]”

Por fim, com vistas a apresentar o encerramento para este instrumento, apresenta-se aos respondentes a questão de como acontecem os processos internos com relação à quebra de privacidade nas instituições e quais as conseqüências para seus atores.

Apesar de serem identificados poucos casos onde ocorreu quebra de privacidade, consideradas as experiências individuais e respostas dos entrevistados, se pode afirmar que os casos eventualmente identificados não ficam sem o competente processo de apuração e até mesmo punição de seus envolvidos. Em primeiro lugar, destaca-se a falha no processo de identificação destas ocorrências, uma vez que elas muitas vezes não chegam a ser registradas, conseqüentemente não recebendo o tratamento adequado.

Outra situação comum apurada a partir dos depoimentos vem a ser a não formalização de reclamações contra os profissionais. Isso acontece, segundo os entrevistados, devido à banalização que incide sobre as ações de quebra de privacidade, conseqüência de resquícios comportamentais do passado recente, onde a gratidão pelos cuidados recebidos por vezes gerava um comportamento condescendente por parte daqueles que porventura tivessem a privacidade de suas informações pessoais reveladas por um profissional de saúde no exercício de sua função de cuidador. Assim, o caminho mais comum identificado através das respostas coletadas nas entrevistas segue uma escala de tratamento onde em primeiro lugar se configuram providências educativas, como apurado com o entrevistado AMP3:

“[...] normalmente se tenta fazer primeiro uma abordagem educativa, onde se chama a pessoa, se conversa, explica, mostra pra ela todas as conseqüências daquela situação, que ela não tem o direito de abrir o prontuário de qualquer pessoa e olhar. [...] outra situação é quando vai para o comitê de ética, onde esse comitê de ética faz recomendações de até para o desligamento do profissional. [...]”

Em outras situações relatadas, cabe ao comitê de ética da instituição o papel conduzir as providências necessárias. Cite-se o depoimento do respondente AMP7:

“[...] o Comitê de Ética chama os envolvidos, mas muitas vezes começa lá pela ouvidoria essa informação, mas depois chega à nossa Comissão. [...] mas não é um número tão grande assim, realmente não é freqüente. [...]”

Neste ponto, surge, através dos relatos dos entrevistados, a figura da Ouvidoria como ponto de o contato entre os pacientes ou seus familiares e os profissionais, na figura de seus gestores. Ela desempenha um papel fundamental como setor de coleta de informações e fatos sobre eventuais quebras de privacidade, tendo como uma de suas funções principais encaminhar estas ocorrências para os setores competentes, como por exemplo, os comitês de ética das instituições hospitalares. Além disso, as Ouvidorias têm o papel de acompanhar o andamento destas denúncias e suas conseqüências. Isto pode ser atestado nas palavras do respondente AMP2:

“[...] aqui dentro do hospital a gente tenta trabalhar com a ouvidoria hoje, por que eu acho que a gente ganhou com relação a isso. [...]”

Desta forma, as Ouvidorias passam a atuar em um papel fundamental neste processo, inclusive nos casos onde são identificadas quebras de privacidade das informações dos pacientes.

#### 4.4.3 Considerações sobre as evidências coletadas nas entrevistas

Como se pode verificar, apesar de incomuns, os casos detectados onde houve quebra da privacidade das informações dos pacientes receberam o devido tratamento, não tendo sido deixado de lado, o que demonstra a seriedade com que estes profissionais tratam o tema. O Quadro 9 apresenta as considerações retiradas do discurso dos respondentes.

ASPECTOS COMPORTAMENTAIS		
VARIÁVEL	GESTÃO HOSPITALAR E BIOÉTICA	ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
CONDUTA PROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento da carência de Treinamentos específicos</li> <li>• O processo de informatização trouxe a necessidade de capacitação</li> <li>• Pressa e hábito são motivadores de falhas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem capacitações de tema geral que abordam aspectos da privacidade</li> <li>• Nem sempre os processos estabelecidos são seguidos</li> <li>• O tema é sempre tratado acessório à outros</li> <li>• É necessário que o profissional tenha valores pessoais bem construídos</li> </ul>
USO DA INFORMAÇÃO PELO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesses pessoais podem levar à quebra intencional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O profissional deve ter a convicção de que a privacidade é um fator importante</li> </ul>

PROFISSIONAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de pesquisas aparece como motivador</li> <li>• Pressões no trabalho não são reconhecidas como influência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenciado pela personalidade</li> <li>• A eventual punição é precedida por aconselhamento, apenas aplicada em caso de reincidência</li> </ul>
-----------------------	--	---

Quadro 9 – Resumo das considerações sobre os Aspectos Comportamentais segundo os respondentes

Como pode se verificar, também entre este grupo de entrevistados comprova-se a atenção dada pelas instituições aos casos onde são identificadas quebras de privacidade das informações dos pacientes.

#### 4.5 CONSOLIDAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta seção expõe os resultados obtidos a partir da análise das entrevistas. Deste modo, apresenta-se nos três próximos quadros um apanhado dos principais pontos apontados pelos entrevistados, dispostos pelas dimensões que eles representam, a partir dos instrumentos de pesquisa.

O primeiro quadro apresenta as categorias emanadas das entrevistas, que servem de base para proposição das variáveis que se relacionam no comportamento percebido dos profissionais de saúde, no Quadro 10.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	CATEGORIA	EVIDÊNCIAS ORIUNDAS DAS ENTREVISTAS
Privacidade	Entendimento	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “direito de um determinado paciente de não ter as suas informações divulgadas” (GES1)</li> <li>• “respeito de não expor o paciente em nenhum das áreas, quer seja a área física quer seja a área emocional ou mesmo a própria patologia do paciente” (AMP5)</li> <li>• “toda informação que vem acompanhada da identificação do paciente” (GES2)</li> <li>• “essa privacidade é muito mais uma questão humana” (GES2)</li> </ul>

		Crenças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “é aquela que o paciente achar mais sigilosa” (GES4)</li> <li>• “os dados de pacientes internados são dos pacientes” (GES3)</li> <li>• “direito assegurado pela constituição” (AMP4)</li> <li>• “quem delimita o âmbito da privacidade é o próprio paciente” (AMP3) “são aquelas que tocam os valores morais, como sexualidade, opção religiosa, mas isso dependendo da sociedade onde o paciente está inserido” (AMP1)</li> <li>• “discussão é pequena, quase que irrelevante em alguns casos” (GES4)</li> <li>• “a confidencialidade ainda é mais trabalhada, mas a privacidade, conceitualmente, não é trabalhada” (GES4)</li> <li>• “eu vejo muito poucas conversações a esse respeito” (AMP6) “todo profissional que trabalha dentro de uma instituição tem essa percepção de que o sigilo é importante” (GES1)</li> </ul>
	Desafios	Princípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “é dever do médico garantir a privacidade, o sigilo das informações” (GES2)</li> <li>• “o maior desafio é essa dimensão educacional de como se lida com a informação do outro” (AMP3)</li> <li>• “sensibilizar cada vez mais que essa informação, na verdade, é de propriedade do paciente” (GES4)</li> </ul>
		Valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “manter primeiro, a integridade, a segurança desta informação” (AMP5)</li> <li>• “desenvolver essa cultura de respeito aos direitos da pessoa, de respeito aos direitos de que a informação é do paciente” (AMP4)</li> </ul>

Quadro 10 – Principais pontos levantados pelos respondentes sobre a dimensão Privacidade

Observando-se a questão da privacidade das informações, procede-se uma reflexão sobre as categorias emanadas a partir das variáveis detectadas para esta dimensão, que são entendimento e desafios, com base na interpretação dos dados destacados das entrevistas. A primeira e segunda categorias dizem respeito ao conhecimento e as crenças que os profissionais da saúde têm a respeito do que é privacidade, entendimento este bastante flexibilizado em termos de o que pode e o que não pode ser feito em termos de acesso e uso das informações privadas.

A próxima variável se dá em relação aos desafios relacionados à privacidade de informações de pacientes da área médica. Observa-se que, na visão dos respondentes, não se trata de um problema relacionado à tecnologia, mas sim a aspectos comportamentais dos indivíduos envolvidos. Neste sentido, necessário se faz uma análise mais aprofundada quais

são os princípios e valores, bem como as possíveis formas de modificar este comportamento e introduzir, paulatinamente, uma mudança cultural. Da mesma forma, a definição de mecanismos de proteção apenas funcionará com uma cultura que respeita e valoriza a privacidade de informações de pacientes.

Em seguida apresentam-se as categorias emanadas da dimensão Aspectos Organizacionais, como pode ser verificado no Quadro 11.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	CATEGORIA	EVIDÊNCIAS ORIUNDAS DAS ENTREVISTAS
Aspectos Organizacionais	Políticas de acesso às informações	Segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “a informatização ela veio garantir um pouco mais desse tipo de segurança” (GES4)</li> <li>• “a gente tem trabalhado há algum tempo com protocolos por equipe” (AMP7)</li> <li>• “A questão da especialização na medicina foi outra coisa que fez com que essa informação passe por mais olhos” (GES1)</li> <li>• “saber o local onde se está verbalizando essas informações” (AMP4)</li> </ul>
		Existência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “a gente tem fóruns de discussão” (GES2)</li> <li>• “os hospitais têm a comissão de prontuários, que estabelece as regras de acesso às informações” (AMP3)</li> <li>• “existem desde o código de ética médica, até os códigos de ética profissional, de enfermagem, até os regulamentos internos de hospitais” (GES3)</li> <li>• “quase todos os hospitais que eu visitei, tem algum grau, tem alguma política de acesso” (GES2)</li> <li>• “O comitê de ética só é acionado quando solicitado” (GES1)</li> <li>• “as instituições mantêm núcleos de controle do exercício profissional. Esses núcleos se apresentam na forma de conselhos internos de ética” (AMP1)</li> </ul>
		Observância	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “elas são suficientes, mas eu sinto na prática que as pessoas interpretam essas políticas conforme interesses próprios até dificuldades pessoais” (AMP7)</li> <li>• “muitas coisas a gente tem no papel e as pessoas ignoram, se aquilo que está no papel fosse realmente respeitado, não teria problema” (AMP3)</li> <li>• “manter viva essa preocupação com a privacidade, com a ética, embora isso seja, ou devesse ser uma preocupação de todos dentro da instituição” (AMP3)</li> </ul>
		Compleitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “o atendimento dessas políticas passa muito pelo perfil das pessoas que estão trabalhando ali” (GES4)</li> <li>• “para estabelecer as nossas políticas de segurança e acesso a informação foi feita uma busca bastante abrangente de toda a</li> </ul>

			legislação referente a esse aspecto” (GES2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• “são os comitês que a gente geralmente busca, ou pra ter algum tipo de informação que se está precisando, ou para se aconselhar até” (AMP7)</li> </ul>
	Atores e Papéis	Intenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “a gente tem que seguir essas recomendações que são do próprio ministério da saúde com relação a esses atendimentos” (AMP2)</li> <li>• “não estar conversando ou falando dos casos” (AMP2)</li> <li>• “tem todo um sistema de controle da retirada do prontuário” (AMP4)</li> <li>• “só a legislação e as orientações não dão conta” (AMP4)</li> </ul>
		Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “tem como objetivo organizar as questões de pesquisa e defender o pesquisado” (AMP2)</li> <li>• “existe um treinamento maior, mas apenas treinamentos para funcionários administrativos” (GES4)</li> <li>• “a saúde na verdade está num sistema carente, onde o gestor muitas vezes tem que com boa vontade complementar aquilo que falta na política geral de saúde” (GES3)</li> </ul>

Quadro 11 – Principais pontos levantados pelos respondentes sobre a dimensão Aspectos Organizacionais

Observando-se a questão destes aspectos organizacionais, verifica-se a existência de duas variáveis. Com relação à existência de políticas de acesso e uso de informações privadas como sendo algo bem mais presente nas organizações. No entanto, isto não significa que estas sejam adequadamente seguidas pelos profissionais, seja por questões culturais ou valores pessoais. Desta variável emanaram as categorias segurança, existência, observância e completude.

Estas políticas passam tanto por aquelas emanadas dos diversos conselhos profissionais, comitês de ética e comitês de prontuários, quanto aquelas elaboradas pela área de Tecnologia da Informação, que compreendem as Políticas de Segurança da Informação (PSI) e outras normas técnicas, tais como ISO's ou *frameworks* eventualmente adotados pelas instituições em seus sistemas de informação de saúde.

Com relação aos atores e papéis deste processo, na medida em que os profissionais estejam preparados para os desafios relacionados à privacidade de informações de pacientes, há a necessidade de desenvolver programas de capacitação adequados para cada grupo de profissionais, no sentido de que cada um destes entenda claramente qual o seu papel e suas responsabilidades no processo. Assim, a partir da análise realizada, as categorias emanadas foram Intenção e Ambiente.

A seguir destacam-se as categorias emanadas da dimensão Aspectos Comportamentais, com base na interpretação dos dados coletados nas entrevistas e de acordo com o exposto no Quadro 12.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	CATEGORIA	EVIDÊNCIAS ORIUNDAS DAS ENTREVISTAS
Aspectos Comportamentais	Conduta profissional	Atitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “a gente tem essa preocupação que todos os níveis de profissionais e os residentes tenham treinamento” (GES2)</li> <li>• “tem momentos que nós temos cursos, temos eventos que discutem isso” (AMP4)</li> <li>• “quando tem esses eventos, de vez em quando, na programação tem uma mesa sobre ética, um palestrante falando” (AMP3)</li> <li>• “ainda é uma lacuna nas faculdades de medicina” (GES2)</li> <li>• “se esses sistemas não tiverem um sistema de segurança adequado, essas informações ficam tão fragilizadas quanto no papel” (GES4)</li> <li>• “uma medida geral de reforçar a necessidade de se manter a privacidade” (GES4)</li> <li>• “solicitado ao profissional que explicasse os motivos e o caso seria levado ao comitê de ética para análise” (GES1)</li> <li>• “se abre sempre um processo junto ao comitê de ética da área” (GES2)</li> <li>• “normalmente se tenta fazer primeiro uma abordagem educativa” (AMP3)</li> </ul>
		Manutenção do Sigilo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “é obvio que alguém que não tenha esse perfil, não tenha valores bem definidos nessa questão, não vai levar este comportamento à frente” (GES4)</li> <li>• “o fator humano é fundamental” (GES2)</li> <li>• “o que você traz do berço, a educação que você teve em casa vai lhe ajudar na vida e em tudo” (AMP2)</li> <li>• “quem não tem esses valores morais bem estabelecidos não vai dar muito importância a questão da privacidade” (AMP4)</li> <li>• a quebra de confidencialidade, privacidade, é muito mais uma questão de postura do profissional do que stress” (GES4)</li> </ul>



	Uso da informação pelo profissional de saúde	Hábito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “stress ou pressão pode atuar em qualquer situação, inclusive num ato médico” (GES1)</li> <li>• “</li> <li>• “a sobrecarga de trabalho pode impedir sim o profissional a ferir esses princípios às vezes até sem perceber” (AMP4)</li> <li>• “quando alguém não leva a sério é porque não tem o conhecimento” (GES1)</li> <li>• “uma pequena fração faz por desconhecimento, ou até por uma formação falha” (GES4)</li> <li>• “o principal motivo é acesso para pesquisa” (GES2)</li> <li>• “o primeiro deles talvez seja o não entendimento dessa questão de privacidade” (AMP4)</li> <li>• “tem muito a ver com a própria personalidade da pessoa” (AMP5)</li> </ul>
--	--	--------	---

Quadro 12 – Principais pontos levantados pelos respondentes sobre a dimensão Aspectos Comportamentais

Observando-se a dimensão dos Aspectos Comportamentais, diz respeito à conduta profissional e o uso que este faz das informações de pacientes a que tem acesso. A relativização das regras por parte dos profissionais é preocupante, uma vez que pode ocorrer o balanço entre punição e recompensa, o que pode comprometer ainda mais a manutenção do sigilo das informações. Desta forma, as políticas elaboradas pelos Gestores das Instituições, apoiados por suas áreas de TI podem se tornar ineficazes, deixando as informações dos pacientes desprotegidas. Tal comportamento estimula um Hábito inadequado e em dissonância às políticas estabelecidas.

Esse processo de conscientização pela privacidade das informações em saúde está relacionado com o os três níveis de conscientização na Segurança da Informação, dispostos por Shaw et al. (2009), quais sejam o entendimento, a compreensão e a projeção.

O entendimento diz respeito à capacidade de detecção e identificação de riscos potenciais na segurança da informação, permitindo o entendimento, por parte do profissional, da presença de ameaças através de um comportamento inadequado. A compreensão diz respeito à habilidade em identificar corretamente todas as potenciais origens de ameaças à Segurança da Informação. Por fim, a projeção é a capacidade do profissional de saúde em prever futuras situações.

Isto posto, na próxima seção serão colocadas as considerações finais desta pesquisa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez realizada a análise, são apresentadas neste capítulo as considerações finais a respeito desta pesquisa, apresentadas em quatro seções, a seguir. A primeira destas seções apresenta as conclusões da pesquisa, bem como os pontos observados no decorrer deste estudo.

A segunda seção deste capítulo final procura discorrer sobre as contribuições desta pesquisa ao tema proposto. Já a terceira seção traz observações a respeito das limitações contidas nesta pesquisa. Por fim a quarta e última seção apresenta sugestões de pesquisas futuras que podem ser realizadas no sentido de complementar esta pesquisa, enriquecendo ainda mais o tema Privacidade, especificamente relativo às informações de saúde.

### 5.1 CONCLUSÕES

Assim como em outras áreas, a onda da informatização já chegou à área da saúde, e seus processos e controles têm evoluído em ritmo acelerado. As informações que antes eram em papel, agora se apresentam digitalizadas e acessíveis em qualquer lugar, a qualquer tempo. Contudo, este é um caminho natural e os gestores devem se cercar de cuidados para garantir a ausência de acidentes de percurso e situações de perda de controle sobre este ativo (GAERTNER e SILVA, 2005).

O problema da privacidade, como visto, não se trata de uma situação relacionada tão somente à tecnologia da informação, mas ao comportamento dos profissionais de saúde. Desta forma, a garantia da efetividade da Segurança da Informação está relacionada à atuação de seus usuários e, no caso específico desta pesquisa, dos profissionais de saúde (NG, KANKANHALLI e XU, 2008). Importante se faz, também, destacar o componente humano como principal gerador de falhas na segurança e quebra da privacidade das informações de saúde.

Mais que em outras atividades, onde a informação é ativo valioso, na área da saúde isto se mantém verdadeiro e necessita de proteção (ABRAHÃO, 2003). Porém nesta atividade ela possui uma característica que a diferencia das outras áreas: a privacidade das informações médicas deve estar resguardada pelo caráter sigiloso das mesmas. Os danos causados pela quebra do sigilo e da privacidade destas informações podem ser irreversíveis, caso sejam acessadas por pessoas não autorizadas ou até mesmo divulgadas por indivíduos mal-intencionados. Além disso, os profissionais e as instituições, em casos como estes, estariam responsáveis civil e criminalmente pelos eventuais danos morais, psicológicos, emocionais, pela integridade física e outros prejuízos decorrentes deste vazamento.

A busca pelo equilíbrio entre privacidade, segurança e controle deve ser almejada com bom senso. Todavia, nesta equação pesa mais um fator, humano, dos profissionais de saúde que acessam e se utilizam destas informações para o desenvolvimento de suas atividades profissionais.

A problemática da quebra de privacidade não se restringe aos atributos tecnológicos, mas principalmente, a aspectos comportamentais dos indivíduos envolvidos. Neste sentido, faz-se necessário analisar de maneira mais aprofundada quais são as possíveis formas de modificar este comportamento com a introdução gradual de uma mudança cultural. Conseqüentemente, mecanismos de proteção, da mesma maneira, só funcionarão com uma cultura de valorização e respeito à privacidade das informações dos pacientes.

Foi percebido que, de uma maneira geral nas instituições de saúde, existem políticas de acesso definidas para as informações e estas são percebidas pelos profissionais da área de saúde. Contudo, isto não significa que aquelas sejam adequadamente seguidas pelos profissionais de saúde e demais usuários. É neste ponto que entra o tema desta pesquisa, uma vez que estes profissionais nem sempre lidam com esta informação privada de maneira adequada, independente dos cuidados com que tenha se cercado a instituição de saúde com relação a acessos eletrônicos e permissões de manipulação. A partir deste comportamento em eventual desalinho, não necessariamente consciente com políticas e processos estabelecidos

pelas instituições e o comportamento organizacional destes profissionais no desempenho de suas atividades foi construída a questão de pesquisa deste estudo. Ela busca verificar qual o comportamento percebido pelos profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar em relação à privacidade na coleta, armazenamento e manipulação das informações de seus pacientes.

Em busca desta resposta foram entrevistados profissionais da saúde, de diversas especialidades, além de Gestores da área da Saúde e da área de Bioética. A partir da análise dessas entrevistas, responde-se aos objetivos específicos da pesquisa.

Assim, com relação ao primeiro objetivo específico, que é o de analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca dos conceitos de privacidade, foi identificado que os profissionais de saúde, assim como os Gestores da área da saúde e da Bioética, possuem um elevado grau de conhecimento a respeito destes conceitos. Isto foi possível a partir do confronto da literatura com as entrevistas realizadas. Estes reconhecem inclusive um dos pontos onde ocorre, na opinião dos entrevistados, uma das principais mudanças de paradigma, a respeito da percepção de poder e propriedade sobre as informações dos pacientes e de sua real condição de guardadores. Isto pode ser verificado a partir da observação dos quadros contendo as considerações de cada dimensão identificada na construção da fundamentação teórica desta pesquisa. Contudo, pode ser verificado também que, na prática, pela própria natureza crítica das atividades diárias que estes profissionais possuem, não há evidência suficiente que este sentimento esteja presente, permanecendo apenas no sentimento dos Gestores da área.

Para atender o segundo objetivo específico, que vem a ser identificar as práticas adotadas pelas instituições hospitalares quem visam garantir a proteção da privacidade das informações dos pacientes, a estratégia se manteve igual ao primeiro objetivo. A partir das entrevistas é possível identificar a origem das políticas institucionais de privacidade, seu processo de criação e evolução. Contudo, identificou-se ainda uma deficiência na área de capacitações e divulgação destas políticas.

Por fim, para o atendimento do terceiro objetivo específico, que é o de depreender evidências e motivadores de comportamento não-seguro por parte dos profissionais de saúde nas instituições hospitalares, a estratégia adotada foi a de confrontar o levantamento teórico, juntamente com as entrevistas realizadas, combinando este resultado com os aspectos apresentados em Luciano, Mahmood e Maçada (2010). Analisando o comportamento observado dos profissionais de saúde através de seus depoimentos, pode-se perceber que estão alinhados com os conceitos de comportamento organizacional, na relação do indivíduo com

seus pares, o que se encaixa, da mesma maneira, no segmento classificado como microorganizacional. Desta forma, o atendimento do objetivo geral da pesquisa será tratado a seguir.

## 5.2 LIMITAÇÕES

Além das limitações de generalização dos resultados características dos estudos de caso, esta pesquisa possui alguns limites:

- a) os resultados alcançados não podem ser generalizados, devido ao número limitado de respondentes;
- b) os entrevistados pertencem à um número limitado de instituições hospitalares, pela limitação geográfica do estudo e conveniência do pesquisador;
- c) as medidas tendem a ser mais objetivas, uma vez que os objetivos da pesquisa podem ser contaminados pelo viés do pesquisador
- d) O reduzido acesso às informações.

## 5.3 CONTRIBUIÇÕES

À despeito de temas cuja discussão já está mais amadurecida na área, como o vazamento de informações através de *pen drives*, impressoras e outros dispositivos, ou outros aspectos de natureza técnica, a exploração deste tema procura trazer à tona aspectos subjetivos da Administração da Informação, como a privacidade e o comportamento dos profissionais de saúde em seu trato diário com informações privadas e sigilosas de seus pacientes, confrontado com a realidade das instituições hospitalares e a formação recebida por estes profissionais, uma vez que estes temas ainda são pouco discutidos no ambiente acadêmico.

Os resultados deste trabalho têm como finalidade complementar o conhecimento sobre aspectos técnicos e comportamentais sobre a gestão da Segurança da Informação (normalmente abordados via Política de Segurança da Informação) já existente na área. O resultado da pesquisa pode contribuir na melhor compreensão de aspectos periféricos, contudo de grande importância, acerca de Segurança da Informação, na medida em que

colaboram na elaboração de políticas de segurança mais efetivas.

Da mesma forma, como contribuição à Área de Administração da Informação, pode-se afirmar que o planejamento destas ações de capacitação e conscientização profissional passa pelo entendimento do comportamento destes e pela capacidade de dar as respostas práticas corretas através de políticas mais efetivas. Estas políticas devem ser baseadas não apenas em conceitos, mas nos exemplos de sucesso na gestão da Segurança da Informação. Neste sentido, os resultados mostraram deficiências significativas acerca do encaminhamento dado para o problema da capacitação em relação à privacidade das informações de saúde.

A confirmação de alguns fatores, tais como a carência de capacitações dos profissionais de saúde com relação à privacidade, somados ao desalinhamento entre os conceitos absorvidos, os valores individuais e o efetivo comportamento destes profissionais também são contribuições desta pesquisa para o conhecimento acadêmico. Isto se fez possível através do levantamento da literatura e da realização das entrevistas.

Complementarmente, como principal contribuição desta pesquisa e visando o atendimento do objetivo geral, que é identificar o comportamento organizacional percebido dos profissionais de saúde com relação à privacidade na coleta, armazenamento e manipulação das informações de pacientes no âmbito de instituições hospitalares, a Figura 4 a seguir expõe os resultados alcançados por este estudo exploratório.



Figura 4: Variáveis envolvidas no Comportamento

Assim, o comportamento percebido pelos profissionais de saúde é influenciado pelos princípios, valores, crenças, além do conhecimento, do ambiente e do hábito praticado. Finalmente, cabe a colocação de que a relevância do tema Privacidade de Informações de Saúde permeia todo este trabalho.

#### 5.4 SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS

O tema apresentado nesta pesquisa e o modo como foi apresentada enseja a elaboração de futuros trabalhos sob o mesmo ou diferentes aspectos da Segurança da Informação médica e do comportamento dos profissionais de saúde que lidam com as mesmas em suas atividades profissionais.

Deste modo, como sugestão de pesquisas futuras e no sentido de corroborar os resultados aqui levantados, propõe-se:

- a) a realização de outras pesquisas qualitativas, com um maior número de respondentes de outras regiões do país, com vistas a enriquecer os resultados alcançados nesta pesquisa;
- b) outra sugestão seria a realização de uma pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, com profissionais da área médica, no sentido de verificar entre os profissionais de saúde comportamentos seguros ou inseguros em sua atuação profissional e no trato diário com informações de seus pacientes. Para tal, se faz necessária a elaboração de um instrumento estruturado com base no modelo exposto na Figura 4, no item 5.3, a fim de investigar a continuidade do tema proposto, visando ampliar a visão e o conhecimento acerca do tema.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, M. S. **A Segurança da Informação Digital na Saúde**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, 2003. Disponível em <http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/131%20132.pdf>. Acesso em 16 de agosto de 2009.

ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. **Análise do Comportamento – Pesquisa, Teoria e Aplicação**. Artmed: Porto Alegre, 2005.

ACQUISTI, A; GROSSKLAGS, J. **Losses, gains and hyperbolic discounting: An experimental approach to information security attitudes and behavior**, in Camp, J. Lewis, S. eds. *The economics of information security*, 2004. Originally presented at the 2003 workshop on economics and information security (WEIS '03).

ACQUISTI, A; GROSSKLAGS, J. **What can behavioral economics teach us about privacy?**, *Digital Privacy: Theory, Technologies and Practices*, Taylor and Francis Group, 2007.

ALTER, S. **Information Systems: a Management perspective**, 3a. ed. EUA: Addison-Wesley Educational Publishers Inc, 1999.

ALBRECHTSEN, E. **A qualitative study of users' view in Information Security**. *Computers & Security*, vol. 26, issue 4, pp. 276-289: Junho, 2007.



ARNOLDO, L. E. A. Sistemas de Informação Hospitalar: a importância do serviço de arquivo médico e estatística. **Dissertação de Mestrado do Programa de pós-graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo**: São Paulo, 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS-ABNT. NBR ISO/IEC 17799: Tecnologia da Informação: código de prática para a gestão da segurança da informação. Rio de Janeiro, 2001. **NBR ISO/IEC 17799:2005**: Tecnologia da informação: código de prática para a gestão da segurança da informação, 2005. **NBR ISO/IEC 17799**: Tecnologia da informação: Código de pratica para gestão da informação. Rio de Janeiro: ABNT, 2003.

ATHENIENSE, A. R. **A privacidade na Icp-Brasil**. Disponível em <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/5450/5019>. Acesso em 14.08.2009.

AUDY, J. L. N.; BRODBECK, A. F. **Sistemas de Informação: Planejamento e Alinhamento Estratégico nas organizações**, Porto Alegre, Bookman, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUMER, D.; EARP, J.; PAYTON, F. **Privacy of Medical Records: IT implications of HIPAA**, New York: ACM Press, 2000.

BOAR, B. **Tecnologia da Informação: A arte do planejamento estratégico**, 2. ed. São Paulo: Berkley, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. São Paulo, 2008. Disponível em <[http://abnt.iso.org/livelihood/livelihood/fetch/2000/2827/4728629/8911901/8911902/8911692/8912018/8911747/SPIS2008\\_-\\_Modelos\\_de\\_informa%C3%A7%C3%A3o\\_para\\_o\\_Minist%C3%A9rio\\_da\\_Sa%C3%BAde\\_-\\_DATASUS\\_-\\_M%C3%A9rcia\\_Elizabeth\\_Marinho\\_da\\_Silva.pdf?nodeid=8912084&vernum=0](http://abnt.iso.org/livelihood/livelihood/fetch/2000/2827/4728629/8911901/8911902/8911692/8912018/8911747/SPIS2008_-_Modelos_de_informa%C3%A7%C3%A3o_para_o_Minist%C3%A9rio_da_Sa%C3%BAde_-_DATASUS_-_M%C3%A9rcia_Elizabeth_Marinho_da_Silva.pdf?nodeid=8912084&vernum=0)>. Acesso em 20 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Brasília, 2009. Disponível em <[http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss\\_perfil\\_setor.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss_perfil_setor.asp)>. Acesso em 19 de agosto de 2009.

CHANG, S. E.; HO, C. B. **Organizational factors to the effectiveness of implementing information security management**, in *Industrial Management & Data Systems*, vol. 106, no. 3, pp. 345-361, 2006.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORONADO, A. S.; MAHMOOD, M. A.; PAHNILA, S.; LUCIANO, E. M. **Measuring Effectiveness of Information Systems Security: An Empirical Research**, 15th Americas Conference on Information Systems, 2009.

CHO, V. **A study of the roles of trusts and risks in information-oriented online legal services using an integrated model**, *Information & Management*, 43, 4, 502-520, 2006.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. São Paulo: Futura, 1998.

DAWEL, G. **A Segurança da Informação nas Empresas – Ampliando Horizontes além da Tecnologia**. Rio de Janeiro: Ed. Ciência Moderna, 2005.

DHILLON, G; BACKHOUSE, J. **Current directions in IS security research: towards socio-organizational perspectives**, *Information Systems Journal*, vol. 11, issue 2, pp. 127-154, 2001.

DUTTA, A.; ROY, R. **Dynamics of organizational Information security**, *System Dynamics Review*, 24, 3, 349-375, 2008.

DYSON, E. **Release 2.0. A Sociedade Digital. Um roteiro da vida na internet**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2002.

FERNANDES, D. A.; ABREU, A. F. **Tecnologia da Informação aplicada a Sistemas de Informação empresariais** – O papel estratégico da Informação e dos Sistemas de Informação nas empresas, 3ª. ed., São Paulo: Atlas, 2003.

FERREIRA, F. N. F.; ARAÚJO, M. T. **Política de Segurança da Informação – Guia prático para Elaboração e Implementação**. Rio de Janeiro: Editora Moderna, 2008.

FONTES, E. **Segurança da Informação: o usuário faz a diferença**, Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 2006.

FORSITH, ANNA **The Information Age: Economy, Society and Culture**, Journal of Planning Education and Research, 1999, 19, 211.

GAERTNER, A.; SILVA, H. P. **Privacidade da Informação na Internet: Ausência de Normalização**, Proceedings CINFORM - Encontro Nacional de Ciência da Informação VI, Bahia, 2005

GAMA, F. A.; MARTINELLO, M. **Análise do Impacto do Nível de Governança de Tecnologia da Informação em Indicadores de Performance de TI: Estudo de Caso no Setor Siderúrgico**, XXX ENANPAD, Salvador, 2006.

GOODHUE, D. L.; STRAUB, D. W. **Security concerns of system users: a study of perceptions of the adequacy of security**, Information and Management, 20, 1, 13-27, 1991.

GOTARDO, R. A.; RIOS, R. A.; DE GRANDE, R. E.; ZORZO, S. D. **Garantia de Políticas de Privacidade utilizando-se Certificação Digital**, 2006. Disponível em [http://www2.dc.ufscar.br/~zorzo/pagina\\_mestrado\\_robson/artigos/artigo\\_iccyber2006.pdf](http://www2.dc.ufscar.br/~zorzo/pagina_mestrado_robson/artigos/artigo_iccyber2006.pdf) e acessado em 03/07/2009.

GOLDIN, J. R.; FRANCISCONI, X. **Bioética**. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/provac.ppt#9> acesso em 01/07/2009.

ISO 27000, 2007. International Organization for Standardization, disponível em <<http://www.iso.org>>. Acesso em 26 de outubro de 2010.

JANCZEWSKI, L.; SHI, F. X. **Development of Information Security Baselines for Healthcare Information Systems in New Zealand**, Computer & Security, vol. 21, no. 2, pp. 172-192, 2002.

JANSSEN, L. A. Instrumento para avaliação de maturidade em processos de Segurança da Informação: Estudo de Caso em Instituições Hospitalares, **dissertação de Mestrado PPGAd/MAN/PUCRS**, Porto Alegre: PUCRS, 2008.

JUNKERMAN,C.; SCHIEDERMAYER, D. **Practical ethics for resident physicians: a short reference manual**. Wisconsin: MCW, 1993.

KRIPPENDORF, K. **Content analysis: an introduction to it's methodology**. Sage: Newbury Park, 1980.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Sistemas de Informação Gerenciais: administrando a empresa digital**, 3ª. Ed, São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LEÃO, B. F. A infra-estrutura brasileira para a construção do registro eletrônico de saúde. In: MARIN, H. F. et al (org). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo, 2003.

LUCIANO, E. M.; MAHMOOD, M. A.; MAÇADA, A. C. G. **The influence of human factors on vulnerability to information security breaches**, Proceedings of the Sixteenth Americas Conference on Information Systems, Lima, Peru, August 12-15, 2010.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 4ª. ed., Porto Alegre: Bookman, 2006.

MANDARINI, M. **Segurança Corporativa Estratégica**. São Paulo: Manole, 2004.

MANN, S.; EISEN, M. An internet privacy primer: Assume nothing. **Information and Privacy Commissioner**. Agosto, 2001. Disponível em <<http://www.ipc.on.ca>>. Acesso em 19 de agosto de 2009.

MIGUELES, C. **Por que os administradores precisam entender disto?** Porto Alegre: Nova Harmonia, 2003.

MITTAL, N.; NAULT, B. R. **Investments in Information Technology: Indirect Effects and Information Technology Intensity.** Information Systems Research. V. 20, Issue 1, P.:140-154: Mar, 2009.

MOREIRA, N. S. **Segurança Mínima: Uma visão corporativa da Segurança da Informação,** Rio de Janeiro: Axcel Books, 2001.

NG, B. Y.; KANKANHALLI, A.; XU, Y. **Studying users' computer security behavior: A health belief perspective,** Decision Support Systems, In Press, Corrected Proof, 2008.

OLIVEIRA, L.; JANSSEN, L. A. **Proposta para Avaliação de Maturidade de Processos de Gestão de Segurança da Informação em Instituições Hospitalares,** I Encontro de Administração da Informação, Florianópolis/SC, 24-26 de outubro de 2007.

PINTO, V. B. **Prontuário Eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde,** Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia, v. 1, 2007.

PLANALTO. Justiça Federal, Quadro da Legislação Relacionada à Segurança da Informação. Brasília, 2010. Disponível em <[http://dsic.planalto.gov.br/documentos/quadro\\_legislacao.htm](http://dsic.planalto.gov.br/documentos/quadro_legislacao.htm)>. Acesso em 13 de outubro de 2010.

PONCHIROLI, O; FIALHO, F. A. P. **Gestão estratégica do conhecimento como parte da estratégia empresarial.** Revista FAE: Curitiba, v.8, n.1, p.127-138, jan./jun. 2005.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. **O cuidado de enfermagem e a invasão de privacidade do doente: uma questão ético-moral.** Revista Latino-americana de Enfermagem. V. 10, 3, p. 483-488, 2002.

RINDFLEISCH, T. C. **Privacy, Information Technology and Health Care, Communications of the ACM**, v. 40, no. 8, august, 1997.

ROSE, E. A. **An examination of the concern for information privacy in the New Zealand regulatory context**. *Information & Management*, v. 43, 3, p. 322-335, 2006.

SÊMOLA, M. **Gestão de Segurança da Informação** – uma visão executiva. 8ª. Ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

SHAW, R. S.; CHEN, C. C.; HARRIS, A. L.; Huang, H. **The impact of information richness on information security awareness training effectiveness**, *Computers & Education*, 52, 92–100, 2009.

SKINNER, B.F. **Science and human behavior**. New York, NY: MacMillan, 1953.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, 19ª. ed. P. 206. São Paulo: Malheiros, 1997.

SON, JAI-YEOL; KIM, SUNG S. **Internet users' information privacy-protective responses: a taxonomy and a nomological model**, *MIS Quarterly*, v. 32, no. 3, pp. 503-529, September 2008.

SWANSON, J. A. **The public and the private in Aristotle's political philosophy**, Cornell University Press, p. 36, 1992.

TAQUETTE, S. R.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R.; SOARES, L. L.; CARVALHO, S. V. **Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina**, *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.51, p. 23-28, 2005.

TAKAHASHI, T. (Org.) **Sociedade da Informação no Brasil: Livro verde**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000.

TURBAN, E.; MCLEAN, E.; WETHERBE, J. **Tecnologia da Informação para Gestão**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

TURN, R. **Privacy Protection in Record-Keeping Systems**, Information & Management I, North-Holland Publishing Compant, p. 197-197, 1973.

VON SOLMS, B.; VON SOLMS, R. **The 10 deadly sins of information security management**, Computers & Security, vol. 23, issue 5, pp. 371-376: Julho, 2004.

WAGNER III, J. A.; HOLLENBECK, J. R. **Comportamento Organizacional – Criando Vantagem Competitiva**. Saraiva: São Paulo,2002.

WESTIN, A. F. **Privacy and Freedom**. New York: Atheneum, 1967.

WHITAKER, R. **The end of privacy. How total surveillance is becoming a reality**. New York: New Press, 2000.

WILLIAMS, P. A. **Information Security Governance**, Information Security Technical Report. Vol. 6, no. 3 pp. 60-70, 2001.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTAS COM GESTORES DE  
SAÚDE E BIOÉTICA - A1**

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS**

**IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS RELATIVOS À PRIVACIDADE DAS  
INFORMAÇÕES MÉDICAS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

**Sobre a Pesquisa**

Este Roteiro de Entrevistas é parte integrante da dissertação do mestrando Carlos Eduardo Barbosa de Azevedo Bragança ([braganca.ce@gmail.com](mailto:braganca.ce@gmail.com)) do Mestrado em Administração e Negócios da PUCRS, orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edimara Mezzomo Luciano ([eluciano@pucrs.br](mailto:eluciano@pucrs.br)).

A pesquisa tem por objetivo realizar uma análise do comportamento percebido por profissionais de saúde em instituições hospitalares do Rio Grande do Sul e este roteiro de entrevistas tem por finalidade apreender informações sobre o tema privacidade e seus aspectos contextuais, comportamentais e organizacionais, para a elaboração de um instrumento estruturado. Os entrevistados nesta etapa serão gestores de saúde, gestores de bioética, profissionais de saúde de atendimento multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas).

DIMENSÃO	VARIÁVEL	FONTE	QUESTÃO
Privacidade	Percepção	Arnoldo (1993) Pinto (2006) Gaertner e Silva (2005)	1 – O que você considera privacidade na área de saúde?
			2 – Quais informações dos pacientes você considera serem mais sigilosas?
	Desafios	Gama e Martinelo (2006)	3 – Em sua opinião, como vem sendo feita a discussão sobre privacidade nas instituições de saúde? 4 – Quais os principais desafios em se manter os registros dos pacientes



		Son e Kim (2008) Junkerman e Schidermayer (1993)	seguros? 5 – Estes desafios são em maior parte relacionados às políticas e sistemáticas das instituições ou ao comportamento dos profissionais? Comente.
Aspectos organizacionais	Políticas de acesso às informações	Abrahão (2003) Whitaker (2000) Janczewski e Shi (2002) Baumer, Earp e Payton (2000)	6 – As instituições de saúde, de maneira geral, possuem uma política de acesso às informações de saúde de seus pacientes?
			7 – Como acontece o processo de criação, atualização, divulgação e auditoria dessas políticas?
			8 – Quais são as fontes externas que influenciam a definição destas políticas?
			9 – Em sua opinião, em que medida estas políticas são suficientes para recomendar a proteção efetiva das informações?
Atores e Papéis	Goldin e Francisconi (2004) Fontes (2006)	10 - De maneira geral, como acontece o atendimento destas políticas nas instituições hospitalares?	
		11 – Quais as responsabilidades dos profissionais de saúde no sentido de preservar a privacidade dos registros dos pacientes? 12 - E, no mesmo sentido, qual o papel do comitê de ética das instituições hospitalares?	
Aspectos comportamentais	Conduta profissional	Acquisiti e Grossklags (2007) Taquete et al (2005) Pupulim e Sawada (2002)	13 – De um modo geral, existe nas instituições de saúde algum tipo de capacitação aplicada à conduta profissional relativa à privacidade das informações dos pacientes?
			14 – Em sua opinião, a formação que os profissionais de saúde recebem atualmente é suficiente para orientar seu comportamento para a privacidade das informações de seus pacientes?
			15 – Você acredita que os valores morais individuais dos profissionais influenciam a conduta destes com relação à privacidade das informações de seus pacientes? Como?
	Uso da informação pelo profissional de saúde	Oliveira e Janssen (2007) Kelloway et al (2009)	16 – De que maneira os profissionais de saúde procuram seguir as orientações de comportamento seguro no trato de informações de saúde recebidas dentro e fora da instituição? 17 – Quais motivos podem levar os profissionais de saúde a não seguirem os procedimentos conhecidos para garantir a privacidade das informações dos pacientes?

			18 – Em sua opinião, como fatores como <i>stress</i> ou pressões no trabalho podem afetar o julgamento do profissional de saúde sobre a privacidade das informações de seus pacientes?
			19 – Como são tratados os casos de quebra de privacidade identificados na instituição?

Esta parte tem por objetivo caracterizar os respondentes deste Roteiro de Entrevistas.

20 – Tempo de atuação: \_\_\_\_\_ anos na área. \_\_\_\_\_ anos na instituição.

21 – Sua função na organização:

- Gestor de Saúde / Gestor de Bioética / Profissional de Saúde
- Técnico Administrativo / Outra: \_\_\_\_\_

**OBRIGADO por sua importante participação!**

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE  
ASSISTÊNCIA MULTISCIPLINAR - A2**

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS**

**IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS RELATIVOS À PRIVACIDADE DAS  
INFORMAÇÕES MÉDICAS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

**Sobre a Pesquisa**

Este Roteiro de Entrevistas é parte integrante da dissertação do mestrando Carlos Eduardo Barbosa de Azevedo Bragança ([braganca.ce@gmail.com](mailto:braganca.ce@gmail.com)) do Mestrado em Administração e Negócios da PUCRS, orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edimara Mezzomo Luciano ([eluciano@pucrs.br](mailto:eluciano@pucrs.br)).

A pesquisa tem por objetivo realizar uma análise do comportamento percebido por profissionais de saúde em instituições hospitalares do Rio Grande do Sul e este roteiro de entrevistas tem por finalidade apreender informações sobre o tema privacidade e seus aspectos contextuais, comportamentais e organizacionais, para a elaboração de um instrumento estruturado. Os entrevistados nesta etapa serão os técnicos administrativos.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	FONTE	QUESTÃO
Privacidade	Percepção	Arnoldo (1993) Pinto (2006) Gaertner e Silva (2005)	1 – O que você considera privacidade na área de saúde?
			2 – Quais informações dos pacientes você considera serem mais sigilosas?
			3 – Em sua opinião, como vem sendo feita a discussão sobre privacidade na instituição que você trabalha?
	Desafios	Gama e Martinelo (2006) Son e Kim (2008) Junkerman e	4 – Quais os principais desafios em se manter os registros dos pacientes seguros?
			5 – Estes desafios são em maior parte

		Schidermayer (1993)	relacionados às políticas e sistemáticas das instituições ou ao comportamento dos funcionários? Comente.
Aspectos organizacionais	Políticas de acesso às informações	Abrahão (2003) Whitaker (2000) Janczewski e Shi (2002) Baumer, Earp e Payton (2000)	6 – As instituições de saúde, de maneira geral, possuem uma política de acesso às informações de saúde de seus pacientes? 7 – Em sua opinião, em que medida estas políticas são suficientes para recomendar a proteção efetiva das informações? 8 - De maneira geral, como acontece o atendimento destas políticas no seu dia-a-dia?
	Atores e Papéis	Goldin e Francisconi (2004) Fontes (2006)	9 – Quais as responsabilidades da sua categoria no sentido de preservar a privacidade dos registros dos pacientes? 10 – Qual a importância do comitê de ética das instituições hospitalares?
Aspectos comportamentais	Conduta profissional	Acquisiti e Grossklags (2007) Taquete et al (2005) Pupulim e Sawada (2002)	11 – De um modo geral, existe nas instituições de saúde algum tipo de capacitação aplicada à conduta profissional relativa à privacidade das informações dos pacientes? 12 – Você acredita que os valores morais individuais dos profissionais influenciam a conduta destes com relação à privacidade das informações de seus pacientes? Comente.
	Uso da informação pelo profissional de saúde	Oliveira e Janssen (2007) Kelloway et al (2009)	13 – Quais motivos podem levar os profissionais de saúde a não seguirem os procedimentos conhecidos para garantir a privacidade das informações dos pacientes? 14 – Em sua opinião, fatores como <i>stress</i> , cansaço ou pressões no trabalho podem afetar o julgamento do profissional de saúde sobre a privacidade das informações de seus pacientes? 15 – Como são tratados os casos de quebra de privacidade identificados na instituição?

Esta parte tem por objetivo caracterizar os respondentes deste Roteiro de Entrevistas.

16 – Tempo de atuação: \_\_\_\_\_ anos na área. \_\_\_\_\_ anos na instituição.

17 – Sua função na organização:

Técnico-Administrativo

Outra: \_\_\_\_\_

**OBRIGADO por sua importante participação!**