

Artigo original

Confidencialidade e privacidade em planos de saúde

Luissaulo Cunha
Zuleica Maria Patrício

Resumo: A expansão das operadoras de planos de saúde torna relevantes as questões da privacidade e da confidencialidade das informações dos clientes. A partir desse pressuposto foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa, em 2004, tendo como objetivo conhecer o processo de aplicação dos princípios da confidencialidade e da privacidade que funcionários administrativos de uma operadora de planos de saúde de Santa Catarina realizam no manuseio das informações de seus beneficiários. A análise dos dados evidenciou cinco fluxos de informações: guia de consulta, solicitação (autorização) de exames, autorização para internação hospitalar, procedimento cirúrgico e fluxo de autorização de outros procedimentos. Esses fluxos mostram a circulação dos dados, dentro e fora da operadora, entre diversos profissionais, inclusive não pertencentes à área da saúde, evidenciando uma complexa teia de microrredes de informações. Em decorrência, o risco de exposição e quebra de confidencialidade e privacidade das informações torna-se mais elevado.

Palavras-chave: Confidencialidade. Privacidade. Planos de saúde. Operadoras de planos de saúde. Bioética. Qualidade de vida.



Luissaulo Cunha

Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pelo Conselho Federal de Medicina, com Residência Médica em Pediatria no Hospital Nossa Senhora da Penha, São Paulo, mestre em Ciências Médicas, área de concentração pediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), professor de Pediatria e Coordenador do Sistema Saúde Materno-Infantil do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), em Tubarão, Santa Catarina.

O conceito de privacidade é compreendido como a proteção de informações ou condição de inacessibilidade às informações, abrangendo também os objetos e os relacionamentos íntimos entre pessoas¹. Esse conceito baseia-se na definição sobre quem pode ou não ter acesso e a quais informações, determinando o que pode ou não ser revelado sem que haja perda ou violação da privacidade.

O que constitui perda de privacidade varia de acordo com o indivíduo, com a sociedade, tipo e grau de acesso e depende de quem tem o acesso às informações¹. Pode-se permitir o acesso à privacidade a outra pessoa, dependendo do tipo de relacionamento que se tem ou deseja ter com a mesma. Ao médico, se permite examinar nosso corpo e conhecer nossos segredos, esperando-se, com isso, proteger ou restaurar a saúde¹.



Zuleica Maria Patrício

Doutora em Enfermagem, professora e pesquisadora na área de Saúde Coletiva e de métodos qualitativos de pesquisa na Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) e colaboradora no Mestrado em Ciências Médicas da UFSC, Coordenadora do Transcriar - Núcleo de Estudos Participativos do Processo de Viver e Ser Saudável.

Quando, deliberadamente, concedemos a outras pessoas acesso a informações ou permitimos exames em nosso corpo, compartilhamos voluntariamente nossa privacidade, mas acreditamos ter controle sobre os limites desse ato. Supomos e esperamos que as informações fornecidas em confiança permaneçam restritas às pessoas a quem as confiamos². A diferença entre violação da confidencialidade e violação da privacidade é que essa ocorre quando alguém obtém as informações sem que lhe sejam fornecidas voluntariamente².

Um dos maiores valores éticos da prática médica, se não o maior, é a confidencialidade. Hipócrates, em seu juramento, recomendava que qualquer conhecimento advindo da função profissional, obtido privadamente, não deveria ser revelado a ninguém, mas mantido em segredo². Como regra geral, um médico deverá guardar sigilo sobre todas as informações que obtiver no âmbito do exercício profissional ou fora dele. A preservação do segredo sobre os dados de saúde, ou quaisquer fatos relacionados ao paciente, é dever do médico e direito do paciente, somente podendo ser revelado por autorização expressa, ordem judicial ou dever legal³: *Não há possibilidade do exercício da medicina sem a existência e a estrita observância do sigilo médico. Ele é a segurança do paciente*⁴.

Na área da saúde são várias as situações que sugerem interferência na privacidade. Ao ingressar em um hospital estamos sujeitos a expormos nossa privacidade, pressupondo, de antemão, um consentimento implícito, pois inúmeras pessoas terão acesso a nossas informações de saúde e vida privada¹.

Confidencialidade e privacidade são preceitos conhecidos de longa data pelos médicos e demais integrantes da equipe de saúde, mas, mesmo assim,

continuam exigindo estudos constantes, especialmente no âmbito da prática, nos diversos cotidianos das atividades que envolvem atenção à saúde da população.

Em 2004, o número de operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) era de 3.273. Na região Sul havia, nesse ano, 387 operadoras e o número de beneficiários totalizava 4.467.828 para uma população de 26.635.629 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com percentual de cobertura de 16,8%. Quanto ao número de beneficiários, o total do Brasil era de 38.756.702 para uma população de 181.581.024, segundo o mesmo conjunto de dados do IBGE, de 30 de agosto de 2004, que apontavam um grau de cobertura de 21,3%. Santa Catarina tinha, na mesma época, 966.499 beneficiários para uma população de 5.774.178, com percentual de cobertura de 16,7%⁵.

A preocupação quanto aos custos dos planos de saúde impele as operadoras a criar mecanismos de controle, o que produz significativa quantidade de informações burocráticas. A necessidade de controle faz com que os documentos que contêm dados de saúde dos beneficiários trafeguem entre prestadores, contratantes e operadoras⁶.

Com base nessa problemática, foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa com o objetivo de *conhecer o processo de aplicação dos princípios da confidencialidade*

*e da privacidade que funcionários administrativos de uma operadora de planos de saúde de Santa Catarina desenvolvem no manuseio das informações de seus beneficiários*⁶.

Neste artigo é apresentado um recorte do estudo supracitado, no que se refere ao método e ao tema desenvolvido num de seus objetivos, a saber: evidenciar as possíveis quebras dos princípios de confidencialidade e privacidade na tramitação de documentos entre os prestadores de saúde e a operadora e também contribuir para a reflexão sobre estratégias de como inibir a violação desses princípios, na perspectiva dos aspectos bioéticos também no âmbito da saúde coletiva.

Método

A análise desenvolvida neste artigo parte de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso⁷⁻¹¹. O estudo foi realizado no período de abril de 2002 a dezembro de 2003, junto a trabalhadores e no ambiente de trabalho de uma operadora de planos de saúde, situada em uma cidade de Santa Catarina. Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores administrativos da operadora, que somavam 45 pessoas (40 funcionários e 5 estagiários).

As fontes dos dados foram os documentos que tramitavam na operadora referentes aos beneficiários, o processo de trabalho e os próprios funcionários. Por ocasião do levantamento de dados, a operadora contava com 44.503 beneficiários. O estudo

foi desenvolvido em três fases interligadas: fase exploratória; levantamento, registro e análise de dados; e a análise final e devolução dos dados. A fase exploratória, de entrada no campo, teve como finalidades: delimitar melhor o problema da pesquisa; definir o local do estudo; o pesquisador fazer-se conhecer pelos sujeitos que participariam do estudo; apresentar a proposta do estudo, incluindo seus aspectos éticos; solicitar autorização para desenvolvê-lo naquele contexto e elaborar e validar os instrumentos a serem utilizados no processo de levantamento, registro e análise dos dados⁹.

Na fase de coleta de dados diferentes autores que utilizam a abordagem qualitativa orientam que os mesmos sejam coletados, de preferência, nos contextos em que os fenômenos são construídos, por meio de processos de interação entre o pesquisador e os atores sociais envolvidos, com apoio, quando necessário, de fontes documentais. Essa interação diz respeito ao encontro entre observador e observado, o que exige, do pesquisador qualitativo, competência especial para colher e analisar os dados buscando a maior objetivação possível da realidade estudada. Tendo consciência de sua interferência no processo do estudo, o pesquisador se provê de subsídios para respeitar a especificidade do rigor exigido nos métodos qualitativos de pesquisa^{9,10,12,13}.

O levantamento de dados, referente ao objetivo específico de identificar o fluxo

das informações, deu-se por intermédio das técnicas de análise documental e observação participante com entrevista, aplicadas nos diversos setores da operadora após o estudo piloto e o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A análise documental considerou os seguintes aspectos: tipo de documento, conteúdo e locais de arquivamento, incluindo banco de dados informatizado.

Por meio da técnica da *observação participante* buscou-se identificar os fluxos das informações tendo como base os princípios da modalidade da observação com entrevista. Esse processo pode ser desenvolvido em quatro fases: observação inicial sem participação direta; observação com alguma participação (breves questionamentos junto aos sujeitos acerca da situação observada); observação com maior participação (questionamentos mais dirigidos à pergunta do estudo); e observação participante e reflexiva com os sujeitos envolvidos, sobre a situação observada. A aplicação da totalidade dessas fases e o tempo a ser utilizado dependem do tipo de estudo. Assim, todo o processo pode ocorrer num mesmo período, respeitando-se a seqüência dos momentos, ou consumir meses ou anos, como nas etnografias e alguns tipos de estudo de caso^{14,15}.

Neste estudo foram aplicadas as três primeiras fases, pois o objeto em foco não

exigia do pesquisador desenvolver a observação com entrevista e com o processo de reflexão – e também porque havia previsão da entrevista em profundidade, em momento específico. Com apoio nessa técnica, todos os setores foram observados duas a três vezes por semana, com aproximadamente duas horas a cada visita. Seguindo a orientação metodológica da observação participante, as entrevistas com os trabalhadores da operadora aconteceram no decorrer da observação, para que fossem mais bem compreendidos os fluxos dos documentos manuseados. Para a elaboração do fluxo dos processos que envolviam as informações dos beneficiários, foram considerados os seguintes aspectos:

1. Por quais setores da operadora e por quais locais externos essas informações tramitam?
2. Quais e quantas pessoas se envolvem nesse processo?
3. Como são transmitidos esses dados entre os funcionários no ambiente da operadora?
4. Que meios de comunicação são utilizados na transmissão desses dados para fora do ambiente da operadora?

Cada fluxo foi estudado e descrito minuciosamente, analisando-se os vários movimentos das informações, realizados tanto pelos trabalhadores da própria operadora como por outros profissionais, quando essas informações circulavam dentro e fora da operadora.

Resultados

Fluxo de guia de consulta

Após a inclusão do cliente no plano, o início de todos os processos de trabalho da operadora dá-se pela consulta médica. No ano da realização do estudo, na área de ação dessa operadora foram realizadas cerca de 7.600 consultas mensalmente.

Para a realização da consulta, inicialmente, existe o preenchimento, pela secretária, de uma guia de consulta com a identificação do beneficiário. Os médicos prestadores de serviços, em seus consultórios ou em outros locais como clínicas ou emergências de hospitais, na seqüência da realização dos atendimentos, inseriam o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) e/ou o diagnóstico descritivo – e, em algumas vezes, no verso das guias, o quadro clínico dos beneficiários.

Essas guias são recolhidas pela secretária ou funcionário de clínicas ou hospitais e, mensalmente, entregues na operadora. As informações nelas contidas são digitadas em um programa de computador com a identificação do beneficiário, data e códigos de atendimento. Além da consulta, pode haver outros procedimentos no próprio consultório que se traduzem em mais informações dos beneficiários registradas nesses formulários.

Relatórios gerais produzidos contêm os conteúdos das guias, que são entregues,

juntamente com essas, no setor operacional da empresa. Nesse setor, os funcionários procedem à conferência e auditoria das guias e fazem as alterações e glosas que julguem necessárias, antes de liberarem o pagamento dos serviços efetuados. Entre as pessoas que manuseiam essas guias estão o médico assistente e os funcionários de apoio do próprio médico, da clínica, do hospital e do setor operacional da operadora.

Fluxo de solicitação de exames – autorização

Em 2003 foram realizados, em média, 36.275 exames por mês, dos seguintes tipos: análises clínicas, radiografias, tomografias, ressonâncias magnéticas e ultra-sonografias.

As solicitações de exames, habitualmente decorrentes da consulta médica, são feitas em uma guia de solicitação de exames onde o beneficiário é identificado. Nela são discriminados os tipos de exames a serem realizados e também era incluído o código da CID e uma descrição sumária dos dados clínicos que justifiquem a solicitação.

Os exames de laboratório e radiografias não necessitam de autorização prévia, diminuindo a possibilidade de quebra da privacidade. Os demais necessitam de autorização, na dependência da cobertura contratual e do tipo de plano. Essas autorizações podem ser obtidas pessoalmente no setor de autorização da operadora ou por telefone, fax ou e-mail.

No primeiro caso, o próprio beneficiário, ou alguém por ele designado, obtém a autorização de um funcionário do setor pertinente. Quando a solicitação não é feita pessoalmente, é fornecida uma senha a um funcionário do prestador, por um dos meios de comunicação citados. Também neste caso faz-se necessária a identificação do beneficiário, relação dos exames solicitados, código da CID e demais dados de saúde. No setor de autorização, o funcionário avalia o pedido e as coberturas contratuais para fornecer a senha de autorização.

Os funcionários dos prestadores de serviço entregam os resultados dos exames para os clientes e elaboram um relatório no qual consta a identificação dos beneficiários e a relação de exames, que é encaminhado, com as guias das solicitações, ao setor operacional da operadora – onde os funcionários efetuam a conferência e auditoria das guias e, após correções e/ou glosas, se necessário, autorizam o pagamento dos serviços efetuados.

Esses documentos contêm informações privadas dos beneficiários, bem como o código da CID, dados clínicos e a relação de exames solicitados. A inclusão dos dados clínicos na guia de solicitação, assim como o código da CID, era exigida pela operadora para a autorização e efetivação do pagamento. Quem manuseia essas guias são o médico assistente, os trabalhadores do setor operacional, do setor de autorização e os profissionais ligados aos prestadores dos serviços.

Fluxo de autorização de internação hospitalar

Em 2003 ocorreram, em média, mensalmente, 400 internações. Quando há necessidade de internação o médico preenche a guia de solicitação e, se necessário, outros documentos, que são encaminhados ao setor de autorização da operadora, constando o diagnóstico descritivo que a justifica (à época, era obrigatório o uso do código da CID).

No setor operacional, antes da autorização, a solicitação é analisada pelo funcionário e médico auditor, para verificar se o tipo de plano e o contrato do cliente dão cobertura ao encaminhamento solicitado. A solicitação de internação continha o código da CID e/ou diagnóstico descritivo e identificação do beneficiário. O espelho de alta contém a identificação do beneficiário, o diagnóstico, os procedimentos realizados e medicações utilizadas. O prontuário médico contém a identificação, a anamnese, o exame físico, a evolução, a prescrição, os diagnósticos e procedimentos realizados.

Após a alta do paciente, o serviço de contas do hospital encaminha o prontuário e/ou espelho de alta ao setor de contas da operadora. Nesses documentos constam os procedimentos realizados, a medicação utilizada e os diagnósticos feitos. Tanto os médicos assistentes quanto os trabalhadores dos setores de autorização e de contas médicas, da operadora e dos hospitais, manuseiam esses documentos.

Fluxo de autorização de procedimento cirúrgico

Mensalmente, são autorizados, em média, 150 procedimentos cirúrgicos, de natureza urgente ou eletiva. A guia de solicitação de procedimento cirúrgico é encaminhada ao setor de autorização da operadora. Quando a solicitação é feita pessoalmente, o funcionário do setor analisa, com o médico auditor, o tipo de plano e cobertura, antes da autorização, entregando a seguir a guia autorizada. Também pode ser feita solicitação por telefone, fax e e-mail, casos em que é fornecida uma senha de autorização.

Após a autorização, em caso de cirurgia eletiva, o paciente realiza a consulta pré-anestésica, quando o funcionário do setor de anestesiologia preenche a guia de consulta. Feito isso, o paciente é encaminhado ao hospital ou clínica para a realização do procedimento. Tal qual os procedimentos descritos anteriormente, as guias de consulta são encaminhadas à operadora.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, o prestador de serviço encaminha o prontuário e/ou espelho de alta com os procedimentos realizados ao setor de contas da operadora, contendo as informações de saúde já descritas. Quem manuseia esses documentos são o médico cirurgião, o médico anesthesiologista e os funcionários deste setor, do hospital ou da clínica e trabalhadores dos setores de autorização, de contas e do setor operacional da operadora.

Fluxo de autorização de outros procedimentos

Incluimos neste item exames anatomo-patológicos, endoscopias, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e quimioterapias. Esse tipo de autorização é encaminhada ao setor de autorização da operadora, como ocorre no fluxo de solicitação de exames.

As guias e outros documentos referentes a esses procedimentos são encaminhados ao setor operacional. Esses documentos contêm dados referentes à identificação do beneficiário, tipos de procedimentos, diagnósticos e laudo de exames realizados. As pessoas que manuseiam esses documentos são os médicos assistentes, os funcionários dos prestadores de serviços de saúde e os trabalhadores dos setores de autorização e operacional da operadora.

Fatores facilitadores para a quebra da confidencialidade e privacidade das informações

Durante a pesquisa foram observados alguns fatores que facilitam a quebra da confidencialidade e privacidade dos beneficiários dos planos de saúde. Listamos a seguir os que contribuem de maneira acentuada para essa situação.

Estrutura física do ambiente da operadora

Constitui um facilitador por propiciar que pessoas estranhas ao ambiente ouçam o que os trabalhadores conversam entre si,

como atestam os seguintes trechos da fala dos funcionários: *acho que o ambiente da empresa é muito aberto, possibilitando que determinados comentários feitos em voz alta sejam ouvidos por outras pessoas dentro da operadora; acho que o setor é muito aberto e fica na passagem de todos os funcionários e outras pessoas, pois fica no meio do caminho para quem vai ao banheiro ou à cozinha.*

Trânsito de pessoas estranhas à operadora

Foi identificado como um outro facilitador, em razão da divisão inadequada dos setores da operadora, a localização dos sanitários e da cozinha e a inexistência de sanitários destinados ao público, que fazem com que pessoas estranhas ao serviço circulem dentro da operadora. Esses fatores também são apontados como propiciadores de acesso a informações pela vista de documentos ou por conversas que ocorrem entre os funcionários: *hoje tem um fluxo muito grande de pessoas dentro da operadora para ir ao banheiro, pedir esmolas etc. não é um caso que ache grave, mas um caso ou outro pode escapar.*

Exposição desnecessária de documentos

Utilizados no desenvolvimento do trabalho da operadora, os vários documentos utilizados contêm informações sigilosas sobre a saúde dos beneficiários — como antecedentes pessoais de doenças atuais ou pregressas, cirurgias realizadas ou antecedentes familiares — e sua exposição foi bastante evidenciada nas falas dos

profissionais: *já observei proposta com declaração de saúde visível e possível de outras pessoas verem; vi um documento, certidão de óbito, de um paciente que tinha falecido de HIV e ficou sobre a mesa no cadastro; os documentos muitas vezes ficam sobre a mesa e os prestadores que vêm ao setor podem verificar o que está sobre a mesa; os documentos, na parte de prontuário em meu setor, quando vou atender algum usuário, são colocados de lado, mas não se retira da mesa. Recebo prontuários de alguns hospitais.*

Exposição dos dados dos relatórios com informações de saúde dos beneficiários encaminhados às empresas contratantes

Também denominados relatórios analíticos, são considerados outro fator facilitador por propiciar a leitura por pessoas estranhas ao serviço. Esses relatórios são utilizados pelas empresas no controle de utilização de seu plano e para conferir o pagamento a ser efetuado à contratada pelos serviços prestados. Contêm todas as informações de saúde dos beneficiários, além da discriminação dos gastos efetuados: *o setor operacional confere os gastos dos usuários e encaminha extrato para os usuários e as empresas. As empresas têm conhecimento de todos os gastos discriminados de seus empregados. Elas exigem receber os extratos dessa maneira para conferir e efetuar posterior pagamento; uma moça queria fazer o beta HCG e telefonou-me para saber se a empresa em que trabalha iria saber. Como eu disse que seria enviado um*

relatório de gastos para a empresa, ela preferiu pagar particular para não ter o risco de divulgação de uma possível gravidez.

Falta de capacitação dos funcionários e estagiários

Foi apontada como fator facilitador fundamental. A ausência de capacitação na admissão ao serviço ou de educação continuada dos funcionários e estagiários acerca dos princípios bioéticos ficou evidenciada nos depoimentos dos participantes da pesquisa, que demonstraram desconhecimento sobre o tema: *nunca havia pensado a respeito; nunca foi falado nisso, nem no curso superior de sistema de informações; não tive nenhuma informação ao ser admitida na empresa; aqui nunca tive treinamento ao ser admitida e nem assinei um termo de responsabilidade que antes havia; o que friso bastante é em relação aos estagiários, que deveriam ser orientados sobre isto; os estagiários também não têm treinamento; acho que os estagiários são um problema de confiança e ética.*

Meios de comunicação como telefone e internet

São utilizados por todos os funcionários. Dentro da operadora, há um ramal telefônico e um computador conectado à internet em cada mesa de trabalho, para cada funcionário. Como já identificado e descrito anteriormente, o ambiente físico não proporciona privacidade e falar alto, ao telefone, pode constituir fator facilitador, permitindo que pessoas estranhas e outros funcionários ouçam o que se fala. Às vezes, ao telefone, se

fala alto conversando com outro funcionário, por exemplo: *fulano, vê aí por que não foi autorizado tal procedimento? Ah, porque o usuário está em débito. Isto é dito alto e todos os funcionários do setor e quem estiver passando no corredor também pode escutar.*

Discussão

No modelo atual de assistência a saúde, várias pessoas têm acesso às informações privativas dos pacientes. A análise dos fluxos que mostram a circulação dos diversos dados de saúde dos beneficiários da operadora, dentro e fora deste ambiente, evidenciou complexa teia de microrredes de informações.

Dentro da operadora, os documentos com as informações trafegam pelos vários setores, de mão em mão. Fora desta, a tramitação ocorre entre a operadora, prestadores de serviço de saúde, empresas contratantes e as demais operadoras em intercâmbio, a ponto de as informações tornarem-se conhecidas pelo médico, por sua secretária e por funcionários de laboratórios de análises clínicas, de clínicas radiológicas, de hospitais, de operadoras e, ainda, por funcionários da empresa na qual o beneficiário trabalha.

Na era da informática a observância do sigilo torna-se mais difícil e seu cumprimento mais frágil. É regra que as informações dos beneficiários estejam disponíveis em banco de dados informatizados.

Em paralelo, a internet facilitou enormemente a disseminação de informações favorecendo, a inúmeras pessoas, o acesso a esses bancos de dados, o que possibilita a violação da privacidade.

Hoje, os programadores de computador e burocratas detêm inúmeras informações, mas ainda não se tem segurança suficiente quanto à garantia de privacidade do paciente¹⁶. O acesso de toda a equipe de saúde aos dados dos beneficiários é facilitado pela informática ou pela solicitação de informações de saúde por companhias seguradoras ou órgãos governamentais. Também podem ocorrer erros nas transmissões de informações, quando são utilizadas as novas tecnologias¹⁷.

Entendemos que, em decorrência do grande número e variedade de pessoas que têm acesso às informações de saúde e da complexa rede que se forma nos diferentes processos de trabalho, o risco de quebra de confidencialidade e privacidade das informações é presente e torna-se cada vez mais provável.

Sabemos que os trabalhadores da equipe de saúde recebem, em sua formação, orientações sobre os princípios éticos para a prática profissional, que costumam constar de seus códigos de ética. Assim, um dos fatos que nos chamou a atenção foi a variedade e quantidade de pessoas com acesso às informações dos beneficiários e que não fazem parte do conjunto de profissionais das *equipes de saúde stricto sensu*.

Sendo assim, levantamos questionamentos referentes à capacitação em ética dessas pessoas para o atendimento na área, em especial os concernentes aos princípios da confidencialidade e privacidade das informações com as quais trabalham, também previstos na Resolução 999/80 do Conselho Federal de Medicina, que prescreve: *estão obrigados à observância de segredo profissional todos aqueles auxiliares do médico que participem da assistência aos pacientes, e, até mesmo, o pessoal administrativo, em especial dos arquivos médicos*¹⁸.

Os direitos dos usuários, refletidos em deveres dos funcionários, estão também garantidos na Constituição Federal, que no capítulo I, artigo 5º e parágrafo X cita: *são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação*¹⁹.

Também o Código Penal, atualizado pelo Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, determina nos artigos 153 e 154 que: *divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem e 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*²⁰.

A livre circulação de documentos de beneficiários com informações de saúde, mui-

tas vezes descrevendo sinais e sintomas que indicam ou sugerem o diagnóstico, ou mesmo com diagnóstico expresso, significa expor as pessoas, pois dependendo da conduta ética dos profissionais envolvidos pode levar à quebra do sigilo daquelas informações, propiciando situações constrangedoras e, possivelmente, prejudicando a qualidade de vida dessas pessoas.

A confiança que deve existir entre usuários, profissionais e instituições pode ser abalada quando não são tomados cuidados efetivos de proteção e prevenção da violação da privacidade e confidencialidade das informações²¹. Os cuidados com os direitos dos pacientes não são somente dever do médico, mas de todo trabalhador cuja atividade profissional permite o acesso às informações de saúde das pessoas.

Considerações finais

O uso da tecnologia da informação e as novas maneiras necessárias aos cuidados da saúde facilitam a quebra dos princípios bioéticos de privacidade e confidencialidade das informações no cotidiano dos serviços de saúde. Neste estudo observou-se que a circulação de documentos e informações, dentro e fora da operadora, enseja a quebra dos parâmetros bioéticos referentes à confidencialidade e privacidade.

Os principais agentes facilitadores para a transgressão dos parâmetros bioéticos detectados foram: a própria estrutura física do local de trabalho na operadora; a per-

missão de circulação de pessoas estranhas à operadora dentro do ambiente de trabalho da mesma; a exposição desnecessária de documentos sobre as mesas; o envio de relatórios com informações de saúde dos beneficiários encaminhados às empresas contratantes; os meios de comunicação e, por último, a falta de capacitação dos funcionários e estagiários em relação à necessidade fundamental e constante do cumprimento dos princípios bioéticos e legais, em especial os relacionados à confidencialidade e privacidade.

Os resultados obtidos a partir dessa pesquisa e as recomendações, foram apresentados à direção da operadora que implementou tais orientações para o conjunto dos funcionários e, na edificação da nova sede administrativa cuidou de estruturar os setores de forma que a privacidade dos clientes fosse protegida.

Recomendações

As operadoras de planos de saúde podem tomar medidas para prevenir a violação dos parâmetros éticos da confidencialidade e privacidade das informações. Para isso recomenda-se: revisão dos processos utilizados eliminando tramitações dispensáveis; avaliação criteriosa e monitoramento dos diversos meios de comunicação utilizados, na transmissão de dados digitalizados; arquivamento adequado dos documentos e cuidados para não expô-los; limitação de informações em documentos; restrição de acesso aos sistemas eletrônicos de informação; promoção de educação continuada, abordando aspectos éticos.

Por fim, sugere-se que as operadoras elaborem seu próprio código de ética e iniciem sua aplicação por um processo de reflexão crítica, junto com seus funcionários.

Resumen

Confidencialidad y privacidad en planes de salud

La expansión de las operadoras de planes de salud hace relevantes las cuestiones de la privacidad y de la confidencialidad de las informaciones de los clientes. Desde ese presupuesto fue desarrollado un estudio de abordaje cualitativo, en 2004, teniendo como objetivo conocer el proceso de aplicación de los principios de la confidencialidad y de la privacidad que empleados administrativos de una operadora de planes de salud de Santa Catarina realizan en el manejo de las informaciones de sus beneficiarios. El análisis de los datos evidenció cinco flujos de informaciones: guía de consulta, solicitud (autorización) de exámenes, autorización para internación hospitalaria, procedimiento quirúrgico y flujo de autorización de otros procedimientos. Esos flujos muestran la circulación de los datos, dentro y fuera de la operadora, entre diversos profesionales, incluso no pertenecientes al área de la salud, evidenciando una compleja tela de micro-redes de informaciones. En consecuencia de eso, el riesgo de exposición y quiebra de confidencialidad y privacidad de las informaciones se vuelve más elevado.

Palabras-clave: Confidencialidad. Privacidad. Planes de salud. Operadoras de planes de salud. Bioética. Calidad de vida.

Abstract

Confidentiality and privacy in health plans

The expansion of the health plan operating companies became relevant the situation of privacy and confidentiality of the data of the clients. Based on this assumption, a qualitative approach study was carried out in 2004, aiming at identifying the process of application of confidentiality and privacy principles in handling customers' information by administrative personnel of health Plan Company in Santa Catarina. The data analysis showed five flows of information: consultation guide form, request (authorization) for exams, authorization for hospital internment, surgical procedures and the flow of authorization of other procedures. These flows show the data circulation process, inside and outside the operating company, among different professionals, even those not involved in the health area, thus evidencing a complex set of information micro-nets. As a consequence, the risk of exposition and break of confidentiality and privacy of information has increased.

Key words: Confidentiality. Privacy. Health plans. Health plans operating companies. Bioethics. Quality of life.

Referências

1. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
2. Francisconi CF, Goldin JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, editores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.269-84.
3. Lavados Montes M. Confidencialidad, secreto médico y ética médica. Bol Cien Asoc Chil Segur 2001;3(5):50-2.
4. Grisard N. O segredo médico. In: Grisard N, editor. Manual de orientação ética e disciplinar. 4a ed. Florianópolis: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina; 2006. p.85-94.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos 2007 dez [Online] [acessado em 5 mar 2008]. Disponível em:URL: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_06_2007.pdf.
6. Cunha L. A aplicação dos princípios bioéticos da confidencialidade e da privacidade por trabalhadores de uma operadora de planos de saúde de Santa Catarina: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1999.
8. Baptista DMT. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: Martinelli ML, editor. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora; 1999. p. 31-41.
9. Patrício ZM. Qualidade na pesquisa: a qualidade dos movimentos de reconstrução do conhecimento e do ser humano pesquisador. In: Anais do 2º Simpósio de Produção e Veiculação do Conhecimento e Educação Física; 1999. Florianópolis: Editora da UFSC; 1999.
10. _____. Uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 1995.
11. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1994.
12. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto; 1994.

13. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. California: Sage Publications; 1990.
14. Patrício ZM. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sociocultural [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1990.
15. _____. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas. In: Patrício ZM, Casagrande JL, Araújo MF, editores. Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas: possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade. Florianópolis: Do autor; 1999. p.19-88.
16. França GV. Telemedicina: breves considerações ético-legais. *Bioética* 2000;8(1):107-26.
17. Gelpi RJ, Pérez ML, Rancich AM, Mainetti JA. Confidentiality in medical oaths: when the white crow becomes gray. *Medicina* 2000;60(4):506-14.
18. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 999, de 23 de maio de 1980. Estão obrigados à observância de segredo profissional todos aqueles auxiliares do médico que participem da assistência aos pacientes, e, até mesmo, o pessoal administrativo, em especial dos arquivos médicos. *Diário Oficial da União* 6 jun 1980; Seção I (Parte II).
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1/92 a 35/2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2002. p. 415.
20. Brasil. Código penal brasileiro, Lei nº 2.848, art. 153 e 154. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1940.
21. Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto de saúde. *Bioética* 2000;8(2):307-322.

Recebido: 3.9.2007 Aprovado: 19.11.2007

Contatos

Luissaulo Cunha – luissaulo.cunha@unisul.br

Zuleica Maria Patrício – zucamp@hotmail.com