

Acesso dos Pacientes aos seus Processos Clínicos



Patients' Access to their Medical Records

Liliana LARANJO¹, Ana Luisa NEVES², Tiago VILLANUEVA³, Jorge CRUZ⁴, Armando BRITO DE SÁ⁵, Constantino SAKELLARIDES¹

Acta Med Port 2013 May-Jun;26(3):265-270

RESUMO

Até muito recentemente, o processo clínico era visto exclusivamente como propriedade das instituições de saúde ou dos médicos que o elaboravam. A sua grande componente técnica e científica, bem como com o forte cunho pessoal por parte do médico, têm sido as razões invocadas para esse controlo. Atualmente, um pouco por todo o mundo, assiste-se a uma mudança neste campo. Em Portugal, desde 2007 que os pacientes podem aceder diretamente à totalidade dos seus processos clínicos. No entanto, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2009) defende que o acesso dos pacientes aos seus processos clínicos deverá ser feito através de um médico e que este último é o detentor da propriedade intelectual dos registos que elabora. Além disso, muitos médicos e instituições de saúde confrontados com os pedidos de acesso dos pacientes aos seus processos clínicos acabam por solicitar o parecer da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos. Esse parecer vai, invariavelmente, no sentido do acesso total e direto. A partilha dos processos clínicos com os pacientes parece fulcral e inevitável num modelo de medicina centrada na pessoa, tendo o potencial de melhorar a capacitação, a literacia em saúde, a autonomia, a autoeficácia e a satisfação dos pacientes. Com os progressivos avanços tecnológicos e a crescente disseminação dos Sistemas Personalizados de Informação de Saúde, é previsível que cada vez mais pacientes desejem aceder aos seus processos clínicos. Assim, a consciencialização sobre esta matéria é essencial, por forma a que seja possível promover o debate informado entre as várias partes envolvidas.

Palavras-chave: Acesso dos Doentes ao Processo Clínico; Direitos do Doente; Processo Clínico.

ABSTRACT

Until recently, the medical record was seen exclusively as being the property of health institutions and doctors. Its great technical and scientific components, as well as the personal characteristics attributed by each doctor, have been the reasons appointed for that control. However, nowadays throughout the world that paradigm has been changing. In Portugal, since 2007 patients are allowed full and direct access to their medical records. Nevertheless, the Deontological Code of the Portuguese Medical Association (2009) explicitly states that patients' access to their medical records should have a doctor as intermediary and that the records are each physician's intellectual property. Furthermore, several doctors and health institutions, receiving requests from patients to access their medical records, end up requesting the legal opinion of the Commission for access to administrative documents. Each and every time, that opinion goes in line with the notion of full and direct patient access. Sharing medical records with patients seems crucial and inevitable in the current patient-centred care model, having the potential to improve patient empowerment, health literacy, autonomy, self-efficacy and satisfaction with care. With the recent technological developments and the fast dissemination of Personal Health Records, it is foreseeable that a growing number of patients will want to access their medical records. Therefore, promoting awareness on this topic is essential, in order to allow an informed debate between all the stakeholders.

Keywords: Medical Records; Patient Access to Records; Patient Rights.

INTRODUÇÃO

Em 1973 foi publicado, no *New England Journal of Medicine*, um dos primeiros artigos acerca da partilha dos processos clínicos com os pacientes, onde foram apontadas as várias vantagens e possíveis objeções a esta prática.¹

No entanto, até muito recentemente, o processo clínico continuou a ser visto exclusivamente como propriedade das instituições de saúde ou dos médicos que o elaboravam. Atualmente, um pouco por todo o mundo, assiste-se à mudança desta visão.

O surgimento e a disseminação dos Sistemas Personalizados de Informação de Saúde (em inglês, *Personal Health Records / Personally Controlled Electronic Health Records / Personal Health Information Systems*) tem desempenhado

um papel importante nesta mudança de atitude, facilitando o controlo progressivo dos processos clínicos por parte dos doentes.^{2,3}

Cada vez mais médicos defendem que o controlo dos processos clínicos pelos pacientes é um direito humano básico, além de ser um passo essencial na organização dos cuidados de saúde em torno das pessoas, e não das instituições.⁴ É impossível ter cuidados centrados nos pacientes quando a informação de saúde dos mesmos está espalhada por várias instituições e fora do seu controlo.⁵

Também a Comissão Europeia afirmou em 2010, no documento *A digital agenda for Europe*, que o acesso dos pacientes à sua informação pessoal de saúde, através de

1. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Portugal.

2. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

3. Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

4. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. Santa Maria da Feira. Portugal.

5. Instituto de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Recebido: 09 de Outubro de 2012 - Aceite: 08 de Fevereiro de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013

sistemas online seguros, é um 'direito' dos mesmos, tendo consequentemente oferecido apoio a diversos projetos-piloto para o desenvolvimento desse tipo de plataformas.

Em 2012, o Department of Health do Serviço de Saúde do Reino Unido lançou o documento *The power of information: putting all of us in control of the health and care information we need*, o qual lança uma estratégia para os próximos 10 anos focada na mudança de cultura das instituições e profissionais de saúde, de modo a que passe a ser natural que os pacientes acedam à sua informação de saúde facilmente, num ambiente de total transparência.

Além disso, no Reino Unido, o que se discute agora já não é a simples consulta do processo clínico, mas sim o próprio controlo do processo por parte dos pacientes (que passariam a poder inserir as suas próprias anotações e seriam, assim, responsáveis por decidir quais os profissionais de saúde que poderiam aceder ao processo).⁶

Vantagens e desvantagens da partilha do processo clínico

O processo clínico surge, primariamente, da obrigação dos médicos em proceder à documentação e registo da sua atividade clínica. No entanto, atualmente, outro objectivo tem sido progressivamente invocado: informar os pacientes acerca da sua saúde e processo de cuidados.⁷

Existem potenciais vantagens e desvantagens na partilha dos processos clínicos com os pacientes, a qual pode ter efeitos a três níveis principais: no paciente, na relação médico-doente e na prática clínica (Tabela 1).^{1,6,8-17}

É interessante notar que, nos estudos realizados, têm sido mais frequentemente verificadas as vantagens desta partilha, sendo geralmente reportado um impacto mínimo no trabalho dos médicos. Especificamente, os resultados mais consistentes têm sido a melhoria da comunicação entre o médico e o paciente e o aumento da adesão à terapêutica.^{9,18}

Considerações éticas

No que se refere às considerações éticas implicadas no acesso do paciente à sua própria informação médica, são importantes dois princípios: autonomia e beneficência.

Os possíveis conflitos entre os princípios de autonomia e beneficência têm por base referências culturais, uma vez que o dever primário do médico, historicamente e na linha da tradição hipocrática, era o de agir em benefício do paciente e não o de promover a sua capacidade de decidir autonomamente.¹⁹

Em 1988, o bioeticista Edmund Pellegrino defendia que a autonomia do paciente tinha limites e salientava que nem sempre o interesse do mesmo é benéfico para ele próprio, quer pelo desconhecimento da sua própria fragilidade em situações patológicas, quer pela incapacidade de plena compreensão da informação técnica que lhe é facultada. Assim, o autor defendia um modelo de beneficência fiduciária ou beneficência em confiança, que respeita a autonomia dos doentes e a necessidade de obtenção de um consentimento informado antes de qualquer ato médico, mas tam-

bém reconhece e valoriza a autonomia do médico.²⁰ Este modelo reconhece a vulnerabilidade do paciente face aos avanços científicos e tecnológicos da medicina e procura promover a confiança entre médico e doente, distinguindo-se do princípio da beneficência hipocrático, que se caracterizava por um paternalismo praticamente absoluto.

A elaboração da Declaração Universal de Direitos Humanos e as posteriores normativas relacionadas com os direitos dos pacientes têm vindo a transformar profundamente a prática clínica. Deste modo, o paternalismo médico e o modelo biomédico têm sido progressivamente substituídos por uma abordagem centrada no paciente com maior valorização da sua autonomia.²¹ Um exemplo interessante desta mudança de paradigma é a substituição do nome do processo clínico, no Brasil, de prontuário médico para prontuário do paciente.²²

Perspectiva internacional

Europa

O direito de consulta do processo clínico por parte do paciente é abordado, na Europa, de duas maneiras distintas:²³

- A posição tradicional, mais restritiva, é o 'Acesso indireto', em que o acesso ao processo clínico é concedido, mas apenas mediante um médico nomeado pelo paciente.
- Outro modelo de acesso à informação de saúde – o 'Acesso direto' – é mais liberal, estando em vigor atualmente na maioria dos países europeus. As diferenças entre os vários países a este respeito resultam, apenas, das exceções existentes a esse acesso direto (doença psiquiátrica, menores, dados subjetivos do médico e direitos de terceiros).

Em Espanha, segundo a 'Ley de Autonomía del Paciente 41/2002', os profissionais participantes na elaboração dos processos clínicos podem-se opor ao acesso dos pacientes às suas anotações subjetivas. Segundo a 'Ley Foral 17/2010', entendem-se por anotações subjetivas as impressões ou valorizações pessoais dos profissionais de saúde, incluindo hipóteses diagnósticas não confirmadas e situações de incumprimento terapêutico, de tratamentos não declarados ou de hábitos nocivos não reconhecidos.

No Reino Unido, os pacientes têm o direito de aceder diretamente aos seus processos clínicos desde 1998 sob o 'Data Protection Act'. Além disso, de acordo com a estratégia do Governo para o Serviço de Saúde Britânico, publicada em Maio de 2012, todos os centros de cuidados de saúde primários terão de oferecer acesso *online* aos seus pacientes até 2015. Atualmente apenas 1% o fazem.⁴

Austrália

A Australian Medical Association disponibilizou em 1997 o documento *Guidelines for doctors on providing patient access to medical records*, o qual foi revisto em 2002. Nesse documento, é especificado que os pacientes podem aceder diretamente à totalidade do seu processo clínico, excepto em situações de privilégio terapêutico, ou seja, situações

Tabela 1 - Potenciais vantagens e desvantagens da partilha dos processos clínicos com os pacientes

Vantagens	Desvantagens
Ao nível do paciente	
<ul style="list-style-type: none"> Promoção da capacitação, literacia em saúde, autonomia, autoeficácia e satisfação com os cuidados; Maior compreensão e interesse sobre o próprio estado de saúde/doença e sobre as decisões terapêuticas; Facilitação da pesquisa de informação adicional sobre os problemas de saúde escritos no processo; Maior aceitação e melhor gestão de determinadas doenças crónicas; Reforço da memorização do plano de cuidados; Maior participação no plano de cuidados e adesão à terapêutica; Maior motivação para a mudança de comportamentos e maior responsabilização; Maior autonomia na gestão da própria saúde; Maior adesão aos cuidados preventivos recomendados por profissionais de saúde; Facilitação da partilha das notas clínicas com outras pessoas, nomeadamente outros profissionais de saúde; Facilitação da participação da família nos cuidados; Menor ansiedade graças a uma maior sensação de controlo. 	<ul style="list-style-type: none"> Confusão e dificuldade na interpretação da terminologia médica; Maior ansiedade dos doentes na exposição de eventuais situações do foro da saúde mental ou perante hipóteses de diagnóstico como cancro; Desconforto ao ler registos de algumas informações mais sensíveis; Possível coerção por parte de companhias de seguros de saúde ou dos empregadores para obtenção de informação clínica; Agudização de ansiedade em doentes hipocondríacos.
Ao nível da relação médico-doente	
<ul style="list-style-type: none"> Maior transparência; Maior confiança no médico, bem como compreensão e apreciação pelo seu trabalho; Partilha de responsabilidade nos cuidados; Melhoria da comunicação médico-doente. 	<ul style="list-style-type: none"> Potencial ofensa ou desagrado em relação a alguns dos registos feitos ou a termos utilizados ("obeso", "hipocondríaco"...); Relação médico-doente prejudicada se o médico sentir que o seu trabalho está a ser posto em causa; Descontentamento com a versão da história clínica registada pelo médico (ex.: omissão de informação que seja considerada importante pelo doente).
Ao nível da prática clínica	
<ul style="list-style-type: none"> Menor duração das consultas se muitas das perguntas dos pacientes ficarem respondidas com a leitura dos registos; Melhor preparação dos pacientes para as consultas (consultas mais eficientes); Registos clínicos mais completos e de melhor qualidade; Diminuição da repetição desnecessária de exames complementares de diagnóstico; Mais pessoas a ver o registo, possivelmente evitando ou corrigindo erros médicos; Decisões clínicas baseadas em informação clínica mais completa; Melhoria da coordenação de cuidados entre várias especialidades e/ou profissionais de saúde; Melhoria da continuidade de cuidados. <p>A longo prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diminuição do número de consultas; Aumento da qualidade e eficiência na prestação de cuidados; Melhoria de indicadores de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Maior duração da consulta se for necessário explicar alguns dos registos e/ou esclarecer eventuais mal-entendidos; Modificação da dinâmica da consulta por aumento do enfoque nos registos; Necessidade de alteração dos registos para se tornarem mais compreensíveis pelos doentes, com palavras mais fáceis e menos abreviaturas; Possível cuidado dos médicos em evitar escrever hipóteses de diagnóstico que possam preocupar o doente; Pedidos de correção (por vezes fúteis) quando o doente não concordar com a versão da sua história clínica que foi registada; Desconforto ou embaraço dos médicos pela forma como escrevem ou pelos erros que inadvertidamente possam constar nos registos; Aumento das situações de âmbito legal (negligência, má-prática...).

em que seja comprovadamente prejudicial para os pacientes esse acesso.

Estados Unidos da América

Nos Estados Unidos da América o direito de acesso ao processo clínico electrónico foi reconhecido legalmente em 1996, após aprovação da *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA). Sob esta lei, a única exceção ao direito de acesso são os casos de doença mental em que tiver sido determinado por um especialista em Saúde Mental que esse acesso pode ser prejudicial ao estado de saúde do doente.

No entanto, poucos pacientes terão, até à data, visto os seus processos clínicos.^{7,24} Podem ser enunciados como obstáculos a taxa cobrada para fazer uma cópia dos mesmos, a dificuldade na interpretação dos registos sem a presença de um médico e os atrasos frequentes no processamento dos pedidos. Além disso, a visão defensiva da prática da Medicina por alguns profissionais de saúde, poderá também desempenhar um papel no desencorajar desse acesso por parte dos pacientes. Ainda hoje, das primeiras coisas em que um médico pensa quando um paciente pede para aceder ao seu processo clínico, é num processo judicial.²⁴

O CONTEXTO PORTUGUÊS

Perspectiva Histórica

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada em 1997 pela Direcção-Geral da Saúde, foi dos primeiros documentos a afirmar que 'o doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico'. Esclarece ainda que 'o doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo' e que 'a omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informações sobre terceiros pessoas'.

No mesmo sentido, pode-se ler no artigo 35º da Constituição da República Portuguesa que 'Todos os cidadãos têm o direito de acesso aos dados informatizados que lhes digam respeito, podendo exigir a sua rectificação e actualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam'.²⁵

O acesso indirecto aos dados de saúde era o previsto na Lei de Protecção dos Dados Pessoais (art. 11º, nº. 5 da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro), na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos (LADA, 1999) e na Lei da Informação genética pessoal e informação de saúde (2005). Segundo esta última, o titular da informação de saúde tinha o 'direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial' (o que tem sido denominado de privilégio terapêutico). No entanto, esse acesso deveria ser 'feito através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação'. Era, assim, um pouco paradoxal que a mesma lei que afirmava que 'a informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados (...), é propriedade da pessoa, sendo

as unidades do sistema de saúde [meros] depositários da informação', seguisse depois o modelo conservador e paternalista do acesso indirecto ao processo clínico.

Atualidade

Desde 2007, a Lei de Acesso aos Documentos de Administração (LADA, 2007) reconhece o acesso directo dos pacientes aos seus dados de saúde: 'a comunicação de dados de saúde é feita por intermédio de médico se o requerente o solicitar', afirmando também que 'todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo'.

O Relatório do Grupo de Trabalho ad hoc sobre o Direito de Acesso à Informação de Saúde (ARS Norte, 2008), reflete já estas prerrogativas.

No entanto, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2009), no seu capítulo XIV (Processos Clínicos), artigo 100º, mantém a premissa do acesso indirecto:

'3. O médico é o detentor da propriedade intelectual dos registos que elabora (...); 4. O doente tem direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico, a qual lhe será transmitida, se requerida, pelo próprio médico assistente ou, no caso de instituição de saúde, por médico designado pelo doente para este efeito.'

Ora, a Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA), emitiu já vários pareceres sobre este assunto:

- 'Os titulares têm direito de acesso a toda a informação que lhes diga respeito e conste do respectivo processo. (...) O titular da informação de saúde tem o direito de acesso (...) a toda a informação que lhe diga respeito (escolhendo a forma de acesso), sem necessidade de indicar a finalidade do mesmo, podendo utilizá-la como bem entenda' (parecer da CADA nº. 294 / 2007);
- 'Nos termos [da LADA, 2007] "a comunicação de dados de saúde é feita por intermédio de médico se o requerente o solicitar". Esta norma revoga o disposto no artigo 3º, nº 3 da Lei nº 12/2005 (...) bem como o artigo 8º, nº 3 da antiga LADA (revogada em bloco pela [LADA, 2007]).' (parecer da CADA nº. 229 / 2007).
- 'A intermediação médica para acesso a dados de saúde deixou de ser obrigatória.' (parecer da CADA nº. 274 / 2007).

Outro aspecto interessante, diz respeito à interpretação da lei no que concerne ao acesso às anotações dos médicos. Por um lado, parece claro na lei (LADA, 2007) que o paciente tem o 'direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico'. Inclusivamente, num dos pareceres da CADA (nº. 274 / 2008), é afirmado o seguinte: 'No que respeita ao acesso pelo próprio titular, não há lugar ao expurgo de informação de saúde (...). E, assim sendo, não pode ser restringido o acesso àquela informação por parte do seu titular. (...) Só não serão acessíveis anotações que nada tenham

a ver com questões clínicas respeitantes ao paciente, que, eventualmente de forma inadvertida, constem do processo.’

No entanto, outras interpretações mais restritivas têm sido publicadas. Em Fevereiro de 2012 na Revista da Ordem dos Médicos, foi veiculada a seguinte informação, pelo seu Departamento Jurídico²⁶:

‘A regra geral é do acesso imediato ao processo. Só não será assim se o requerente solicitar a intermediação de um médico. Consideramos, contudo, que neste sistema de acesso direto, estão ressalvadas exceções, como é o caso do “privilégio terapêutico”, do acesso a anotações subjetivas dos médicos (notas pessoais, apontamentos ou outros registos de natureza semelhante); e outras que contendam com direitos ou interesses de terceiros, podendo estes dados ser excluídos de informações escritas para efeitos de comunicação e acesso por parte dos doentes ou interessados.’

Mesmo em 2011, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida afirma no seu parecer nº 60 que as ‘aplicações [informáticas] devem ter um campo, associado ao registo clínico de cada titular, de acesso exclusivo ao profissional de saúde, isto é, onde só o seu autor possa aceder, destinado a anotações de carácter pessoal’.

Assim, parece impor-se a necessidade de um debate informado acerca deste tema entre todas as partes envolvidas, incluindo os próprios pacientes. Só assim poderão ser esclarecidas todas as interpretações contraditórias que têm sido apresentadas, de forma a que se torne consensual o modo de atuação perante estes pedidos, cada vez mais frequentes, por parte dos pacientes.

DISCUSSÃO

A substituição progressiva do modelo centrado no médico por um modelo centrado na pessoa, tem sido responsável pelo surgimento de uma nova visão sobre o processo clínico. Um pouco por todo o mundo, este documento deixou de pertencer aos médicos e às instituições de saúde, que passam agora a ser os meros depositários dessa informação. Cada vez mais, é reconhecido o direito das pessoas à sua informação de saúde, e vários modelos de partilha do processo clínico têm surgido.

Apesar das leis existentes em cada país sobre a partilha do processo clínico, subsistem conflitos entre as várias partes envolvidas nesta questão, nomeadamente os pacientes, os seus familiares, os profissionais de saúde e as instituições de saúde.

Em Portugal, atualmente, os pacientes têm consagrado na lei o direito de aceder diretamente à totalidade dos seus processos clínicos (exceptuando-se as situações de privilégio terapêutico), sem ser necessária a mediação por um médico, ou qualquer justificação para o pedido de acesso.

No entanto, opiniões discordantes têm sido publicadas sobre este assunto, nomeadamente no que diz respeito à propriedade intelectual dos registos dos médicos. O dilema é que, ao ser defendido o direito à privacidade das anotações subjetivas dos médicos, está-se também a privar os

doentes de informações relevantes sobre o seu estado de saúde.

Por outro lado, se a vontade de acesso à totalidade dos processos clínicos por parte dos pacientes se generalizar, poderemos assistir à transformação dos registos clínicos em documentos desprovidos de comentários subjetivos ou termos que possam desagradar ao doente, os quais são por vezes úteis na prática clínica.

Uma possível solução para este problema seria a separação das anotações subjetivas dos médicos, do restante processo clínico. Assim, as notas de seguimento, que contêm obviamente informação útil para os pacientes, poderiam ser partilhadas com menos receio, caso estivessem isentas dos comentários subjetivos dos médicos.

Outro aspecto a ter em consideração refere-se às notas de seguimento antigas, escritas numa altura em que a partilha com os pacientes não era uma realidade. Uma possibilidade, não prevista no atual panorama legal, seria a interdição de acesso a esses registos, sendo a partilha com os pacientes feita apenas prospectivamente.

É, ainda, importante considerar a facilidade ou dificuldade dos pacientes em compreender a informação registada no processo clínico, uma vez que os benefícios da sua partilha apenas serão maximizados no caso de as pessoas conseguirem perceber aquilo que foi escrito sobre elas. Duas soluções são possíveis na abordagem a esta questão. Por um lado, os médicos poderão aprender a fazer os registos clínicos de uma forma mais facilmente compreensível pelo doente, nomeadamente com menos abreviaturas. Por outro lado, o acesso a um glossário de termos médicos poderá ser facilitado. Idealmente, ambas as soluções poderiam ser implementadas em simultâneo.

Atualmente, nem os pacientes acedem habitualmente à sua informação de saúde, nem os profissionais de saúde conseguem observar toda a informação clínica de um determinado paciente, a qual se encontra muitas vezes dispersa por diversas instituições de saúde. A partilha dos processos clínicos com os pacientes seria uma forma de obviar esta grande limitação na atual prestação de cuidados de saúde.

Além disso, a partilha do processo clínico tem o potencial de promover a transparência nos cuidados de saúde, tendo sido já identificadas inúmeras vantagens associadas a ela, tanto ao nível do paciente, como da relação médico-paciente e ao nível da própria prática clínica.

Não seria desejável que os nossos pacientes estivessem bem informados sobre a sua saúde? E que conseguissem detectar erros nos seus processos clínicos, perceber os seus diagnósticos, entender o efeito das medicações e ser capazes de discutir os seus problemas de saúde com os vários profissionais?

Tornar a informação disponível não significa que os pacientes sejam forçados a olhar para ela, mas permite estimular a responsabilização, tanto dos pacientes como dos médicos, acerca do plano de cuidados que é estabelecido em cada contacto.

CONCLUSÃO

A partilha dos processos clínicos com os pacientes parece fulcral e inevitável num modelo de medicina centrada na pessoa. Assim, os esforços de oposição a esta realidade deviam, pelo contrário, ser concentrados na procura de soluções para os eventuais problemas que com ela vão surgindo. A partilha dos processos clínicos deveria, inclusivamente, ser estimulada, tendo em conta o potencial de melhoria da capacitação, da literacia em saúde, da autonomia, da autoeficácia e da satisfação dos pacientes. Para esta mudança de atitude irão certamente contribuir os progressi-

vos avanços tecnológicos e a crescente disseminação dos Sistemas Personalizados de Informação de Saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

- Shenkin B, Warner D. Giving the patients his medical record: a proposal to improve the system. *N Engl J Med*. 1973;289:688-92.
- Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Hoerbst A. The impact of electronic patient portals on patient care: a systematic review of controlled trials. *J Med Internet Res*. 2012;14:e162.
- Mandl KD, Kohane IS. Tectonic shifts in the health information economy. *N Engl J Med*. 2008;358:1732-7.
- Davies P. Should patients be able to control their own records? *BMJ*. 2012;345:e4905.
- Al-Ubaydli M. Patients must have control of their medical records. *BMJ*. 2012;345:e5575.
- Pyper C, Amery J, Watson M, Crook C. Patients' experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care. *Br J Gen Pract*. 2004;54:38-43.
- Delbanco T, Walker J. Open notes: doctors and patients signing on. *Ann Int Med*. 2010;121-6.
- Walker J, Leveille SG, Ngo L, Vodicka E, Darer JD, Dhanireddy S, et al. Inviting patients to read their doctors' notes: patients and doctors look ahead: patient and physician surveys. *Ann Int Med*. 2011;155:811-9.
- Ross S, Lin C. The Effects of Promoting Patient Access to Medical Records: A review. *J Am Med Inform Assoc*. 2003;10:129-38.
- Bernstein R, Andrews E, Weaver L. Physician attitudes toward patients' requests to read their hospital records. *Med Care*. 1981;19:118-21.
- Ferreira A, Correia A, Silva A, Corte A, Pinto A, Saavedra A, et al. Why facilitate patient access to medical records. *Stud Health Technol Inform*. 2007;127:77-90.
- Wijler D, Urowitz S, Apatu E, DeLenardo C, Eysenbach G, Harth T, et al. Patient accessible electronic health records: exploring recommendations for successful implementation strategies. *J Med Internet Res*. 2008;10:e34.
- Britten N, Bartholomew J, Morris R, Zander L. Consultants' and patients' views about patient access to their general practice records. *J R Soc Med*. 1991;84:284-7.
- Liaw ST. Patient and general practitioner perceptions of patient-held health records. *Family Pract*. 1993;10:406-15.
- Ross AP. The case against showing patients their records. *BMJ*. 1986;292:578.
- Fairweather N, Rogerson N. A moral approach to electronic patient records. *Med Inform Internet Med*. 2001;26:219-34.
- Meltsner M. A Patient's view of OpenNotes. *Ann Intern Med*. 2012;157:523-4.
- Delbanco T, Walker J, Bell SK, Darer JD, Elmore JG, Farag N, et al. Inviting patients to read their doctors' notes: A quasi-experimental study and a look ahead. *Ann Int Med*. 2012;157:461-70.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2008.
- Pellegrino ED, Thomasma D. For the patient's good: Toward the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
- Gracia D. Pensar a bioética – metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2001.
- Galvão M, Ricarte I. Prontuário do paciente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- Dever de documentação, acesso ao processo clínico e sua propriedade - uma perspectiva europeia. *Rev Port Dano Corporal*. 2006;XV:9-24.
- Topol EJ. The creative destruction of Medicine. New York: Basic Books; 2012.
- Miranda J, Pereira da Silva J. Constituição da República Portuguesa. 2ª ed. Cascais: Principia; 2000.
- Sancho P. Segredo médico: limites e requisitos. *Rev Ordem Médicos*. 2012;28:14-6.