

# Revista

---

# SINAIS VITAIS

N.º 55 | JULHO DE 2004 | PREÇO € 6,25 | ISSN: 0872-0844



Porte Pago

**DESTAQUE**  
A Avaliação Familiar pelo  
Enfermeiro de Família

# SUMÁRIO

## 5 EDITORIAL

## 6 ENTREVISTA

Carlos Martinho

## ÉTICA

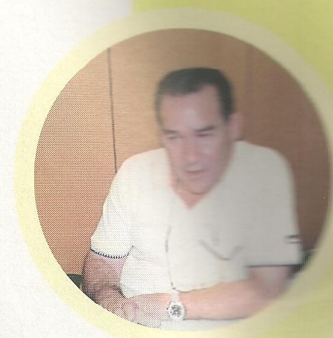
- 11 Protecção de Dados Pessoais em Saúde
- 17 Bioética – Princípios e Fundamentos de uma Ciência em Construção

## CIÊNCIA E TÉCNICA

- 23 A Avaliação Familiar pelo Enfermeiro de Família:  
Proposta de um Instrumento de Recolha de  
Dados Baseado em Wright E. Leahey (2002)
- 31 Experiência Profissional: O Caminho para a Competência
- 34 Ser Idoso: Abordagem Psicossomática no  
Contexto Institucional e Familiar
- 38 Cuidados com o Cadáver na Cultura Islâmica
- 44 Mãos que Cuidam: Uma abordagem à  
massagem infantil
- 48 Cuidados de Enfermagem ao Doente  
em Diálise Peritoneal
- 53 Ser Portador de Más Notícias
- 56 Liderança e Motivação
- 61 Repercussões de um Prematuro na Vida Familiar

## 63 OPINIÃO

Que Futuro para os Jovens Enfermeiros?!



# Protecção de Dados Pessoais em Saúde

- Eugénia Anes  
(Professora ESE de Bragança)



- Joana Dias  
(Aluna ESE de Bragança)



- Mafalda Oliveira  
(Aluna ESE de Bragança)



- Maria Goreti Silva  
(Aluna ESE de Bragança)



- Patrício Vasconcelos  
(Aluno ESE de Bragança)



- Pedro Rodrigues  
(Aluno ESE de Bragança)



- Susana Fernandes  
(Aluna ESE de Bragança)



## PALAVRAS CHAVE

Reserva da vida privada; Direitos, liberdades e garantias fundamentais; Sigilo Profissional.

## RESUMO

O direito à intimidade da vida privada faz parte da moral da sociedade, estando consagrada na Constituição da República Portuguesa (CRP) no 26.º artigo.

Entre dados pessoais e dados públicos há um limiar muito estreito no que toca à sua definição, e o seu tratamento deve ser feito licitamente, respeitando o princípio da boa fé; deve ser pertinente, não excessivo e adequado consoante a finalidade para que são recolhidos os dados.

É fundamental que existam estruturas cada vez mais evoluídas e mais protegidas para evitar que se violem ou maltratem dados pessoais.

As bases de dados informáticos surgiram na tentativa de acompanhar a evolução das novas tecnologias que até hoje têm surgido, tal como tentar controlar o acesso de utilizadores, procurando preservar a privacidade dos utentes.

A lei da protecção de dados pessoais menciona medidas específicas para o manuseamento de dados, que se aplicam também ao campo da saúde.

*“O tratamento de dados pessoais deve processar-se de forma transparente e no estrito respeito pela reserva da vida privada, bem como pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais”*

Art.º 2º, da lei 67/98 de 26 de Outubro

## TIPOS DE DADOS

Os tipos de dados que se encontram expressos na sociedade legislativa definem-se como pessoais e públicos. Segundo a lei 10/91, de 24 de Abril, no artigo 2º, alínea a), dados pessoais são *“quaisquer informações relativas a pessoa identificada ou identificável, considerando-se identificável a pessoa cuja identificação não envolva custos ou prazos desproporcionados”*.

Moniz (1997:241) baseando-se na directiva 95/46/CE, de 24 de Outubro de 1995, explica-nos de uma forma mais completa o significado de pessoa identificável como sendo *“(…) todo aquele que possa ser identificado, directa ou indirectamente, nomeadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social”*.

De acordo com a lei n.º67/98 de 26 de Outubro, artigo 3.º alínea a), dados pessoais são: *“qualquer informação, de qualquer natureza e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»)”*.

Em Saúde, e segundo Labescat, J., (1998) baseando-se na lei do acesso n.º 65/93, dados pessoais são informações sobre a pessoa individual, singular que contém juízos, apreciações ou que caíam na intimidade da vida privada, a administração de saúde e em muito particular a Administração Hospitalar é naturalmente um sector onde há juízos, apreciações e dados da intimidade da vida privada, designadamente, todos os dados relativos aos utentes do serviço ou em grande parte dos dados relativos aos utentes do serviço de saúde.

Nem a CRP nem a lei nº67/98 de 26 de Outubro, fazem a distinção entre dados públicos e dados pessoais. Segundo as definições acima transcritas existe um limiar bastante estreito entre os dados públicos e os dados pessoais, sem realmente haver uma distinção entre eles; assim, a diferença faz-se notar aquando do tratamento de dados, no qual irá surgir uma convergência destes dois tipos de dados, devido à aproximação em diversas características.

Os dados também se podem designar de sensíveis, que englobam, segundo a lei nº67/98 de 26 de Outubro, artigo 7.º ponto 1 (um), "os dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos."

No que diz respeito aos dados sensíveis o Tribunal Constitucional Federal Alemão (Moniz, 1997: 240) distingue:

**três esferas da vida privada: a esfera da intimidade, uma esfera inviolável e inatingível da vida privada, protegida de qualquer intromissão, a esfera da vida privada «expressão e condição do livre desenvolvimento da personalidade ética da pessoa podendo em casos excepcionais ser violada sempre que estejam em causa valores superiores» e a esfera da vida normal da relação, apesar de tudo subtraída ao domínio da publicidade.**

Hubmann (1967) citado pela mesma autora (1997: 241), fez uma repartição tripartida da vida privada. E segundo este,:

**havia a esfera íntima ou a esfera do segredo** ("que abrange os pensamentos, ideias, sentimentos, acontecimentos, acções ou factos relativos aos quais se pretende manter em segredo"), "que é violada apenas com o consentimento do titular e portanto com o seu conhecimento, a esfera privada correspondendo ao âmbito pes-

**soal e familiar que se pretende excluir do conhecimento de terceiros e a esfera individual que correspondia a toda a pessoa na sua singularidade.**

Assim este autor, tenta definir a esfera do segredo e a esfera privada como uma protecção à vida das pessoas, do resto da sociedade, em que apenas um círculo restrito de pessoas tem acesso a essas esferas. Compreende-se assim, a especial importância atribuída à protecção deste tipo de dados.

Existe uma comissão denominada Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) é a autoridade nacional que tem por função controlar e fiscalizar o cumprimento das disposições legais e regulamentares em matéria de protecção de dados pessoais, em rigoroso respeito pelos direitos do Homem, pela liberdades e garantias consagradas na CRP e na lei.

No que diz respeito ao tratamento de dados pessoais, a lei nº67/98 de 26 de Outubro, no 3º artigo, alínea b), afirma que é:

**qualquer operação ou conjunto de operações sobre dados pessoais, efectuados com ou sem meios automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a comunicação por transmissão, por difusão ou por qualquer outra forma de colocação à disposição, com comparação ou interconexão, bem como o bloqueio, apagamento ou destruição.**

Assim sendo, de acordo com a lei anterior, artigo 5.º, o tratamento de dados pessoais implica que estes devem ser:

- tratados lícitamente, respeitando o princípio da boa fé;
- uma vez recolhidos para determinadas finalidades, explícitas e legítimas, não devem ser posteriormente tratados de forma incompatível com essas finalidades;
- pertinentes, não excessivos e adequados consoante as finalidades para que são recolhidos;

Nos inúmeros estabelecimentos de saúde (públicos e privados) utilizam-se computadores para informatizar os dados de saúde de cada utente. Torna-se indispensável a distinção entre dados nominativos (que tenham por fim a investigação em saúde)



e dados médicos (com finalidades terapêuticas ou constituem elementos médicos individuais do paciente). A informatização reduz o esforço de memória do pessoal de saúde, facilita a elaboração de processos clínicos e o acesso a esses mesmos processos (MONIZ, H.; 1997). Contudo, a sensibilidade deste material coloca problemas relativamente à informatização. A inserção de dados em ficheiros informatizados torna o acesso mais difícil e seleccionado do que aquele que é possível num ficheiro normal, e as técnicas de informática permitem separar a informação e a identidade do paciente. É necessário ter cuidado relativamente à interconexão de ficheiros pois é uma prática que viola facilmente a confidencialidade dos dados e o direito à reserva da vida privada. Estas preocupações são reflectidas na Convenção da Europa (n.º108) onde os dados de saúde são considerados especiais e "só poderão ser objecto de tratamento automatizado desde que o direito interno preveja garantias adequadas" (artigo 6.º da convenção n.º 108, citado por Moniz (1997: 275). A directiva comunitária n.º95/46/CE considerou-os uma categoria específica de dados cujo tratamento em princípio é proibido a não ser que tenha havido consentimento do interessado, não devendo o tratamento ser feito em circunstâncias que ofendam a intimidade da vida privada.

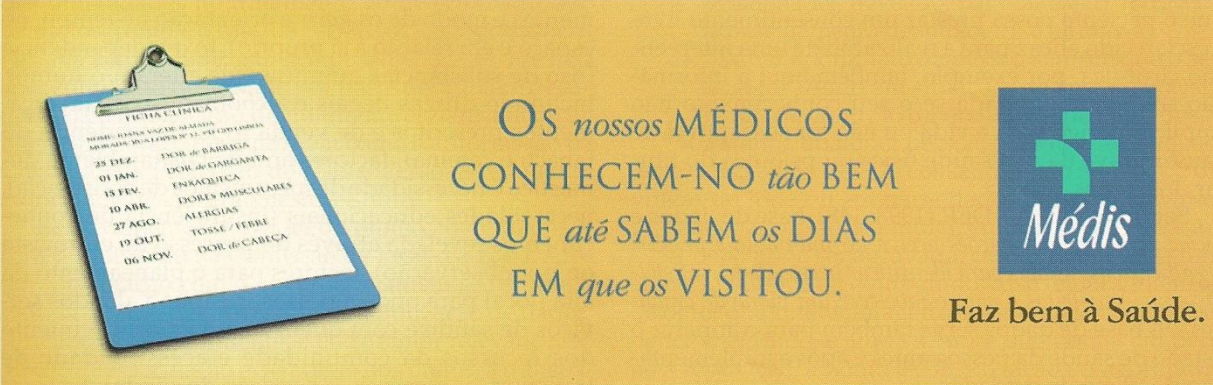
A questão que se coloca é qual o problema existente ao nível do tratamento automatizado de dados saúde?

Há que ter em consideração a protecção da intimidade da reserva da vida privada, através de um especial dever de sigilo ou confidencialidade, impondo a criação de medidas especiais de segurança, especificamente no que respeita ao acesso dos ficheiros, e a consagração do dever do sigilo (com a consequente criminalização da violação do segredo) para os funcionários. Daí a necessidade da informatização de dados de saúde. Nesta informatização, é essencial a existência de uma identificação da pessoa a que respeita (incluindo dados quer de natureza pública quer de natureza privada), e serão dados relativos a qualquer tipo de informação referente à saúde física ou mental, passada, presente ou futura de um determinado indivíduo, bem como toda a informação de natureza social mas pessoal, como seja o nome, a morada, o n.º de telefone, a profissão, etc. É claro que esta informatização de dados, apenas se aplicam às bases de dados criadas para fins médicos, de saúde pública, gestão de serviços médicos ou ainda para investigação médica. Na criação da base de


dados deve-se ter em conta os dados contidos bem como as finalidades que visa concretizar. Deverá estar incluída a indicação das finalidades e das categorias dos dados registados, a identificação da pessoa responsável pela construção da base e pela escolha dos dados integrados (em indicação das pessoas que têm acesso à base ou que podem aceder a esta) e quais os dados que podem obter, bem como a possibilidade da comunicação da informação a terceiros. A criação de uma boa base de dados provém de uma recolha leal e lícita, apenas de dados necessários e pertinentes para a finalidade a que se propõe, devendo a base ser também acompanhada por medidas de segurança indispensáveis à preservação destes dados. As garantias de segurança começam com a limitação de acesso aos dados, dado que a informação de saúde só deve ser concedida aos técnicos de saúde mediante o consentimento do paciente com prévio esclarecimento do destino dos dados.

Em relação à interconexão de dados, esta apenas pode ser realizada se se pretender conhecer dados do mesmo indivíduo para posteriores cuidados de saúde ou até para investigação médica, e ainda se houver consentimento do titular dos dados. Como vimos, existe a garantia do direito à reserva da vida privada, "a lei estabelecerá garantias efectivas contra a utilização abusiva ou contrária à dignidade humana de informações relativas às pessoas e famílias" (artigo 26.º da CRP citado por Moniz, 1997: 281). Este artigo, portanto, pretende evitar violações da dignidade humana. Quanto à utilização de dados, desde que esta não seja feita de forma abusiva e não ofenda a dignidade humana poderá verificar-se, desde que com isso não se lesem interesses ou valores protegidos. No que diz respeito às bases de dados relacionadas com a saúde, dados médicos ou genéticos, estas apenas podem ser constituídas e utilizadas para salvaguardar o interesse superior, ou seja, o direito à saúde de cada um ou o direito à saúde pública (Moniz, 1997).

Segundo Guilherme de Oliveira citado por Moniz (1997: 283) os dados de saúde ou dados clínicos pertencem frequentemente, "à esfera normal da vida privada, pois a sua privacidade é confrontada com interesses de terceiros ou da saúde pública geral.". Após a lei ter sido publicada, tornou-se claro que os dados relacionados com o estado de saúde não estão incluídos na noção de vida privada porque são tratados como dois conceitos diferentes, determinando consequências jurídicas diversas. Enquanto o último tipo de dados se



**OS nossos MÉDICOS  
 CONHECEM-NO tão BEM  
 QUE até SABEM os DIAS  
 EM que os VISITOU.**

  
**Faz bem à Saúde.**



encontra sob absoluta proibição de processamento automático (quando identificáveis) o primeiro encontra-se apenas sob proibição relativa. É, no entanto, difícil imaginar como é que os médicos poderão evitar o registo de alguns elementos da vida privada do doente que são frequentemente relevantes em termos clínicos, sobretudo no domínio psiquiátrico (Moniz: 1997).

Portanto, sendo possível a informatização dos dados médicos também entre nós se limita o acesso a estes dados. Como refere na artigo 28º, nº3 da lei nº10/91, *"a informação de carácter médico deve ser comunicada à pessoa a quem respeita, por intermédio do médico por ela designada"*. Trata-se de uma limitação do direito à autodeterminação informacional (*"faculdade de o particular determinar e controlar a utilização dos seus dados pessoais"* (Gomes Canotilho, citado por Moniz: 1997: 246)), que no entanto, em nada viola o direito fundamental, dado que se pretende proteger um outro direito fundamental – direito à saúde.

Tal como acontece com o dever de informação para que o paciente possa prestar um consentimento livre e esclarecido eficaz para a realização de uma intervenção cirúrgica, por exemplo, também aqui a informação só deverá ser dada se o seu conhecimento não implicar perigo para a vida ou não for susceptível de causar grave dano à saúde física ou psíquica do titular dos dados.

Segundo BOLANDER (1998: 148), base de dados é *"uma série de informações acerca do indivíduo e pessoas significativas, usadas para identificar necessidades satisfeitas e não satisfeitas e para estabelecer um plano de cuidados"*. A base de dados serve também para comparar o estado de saúde da pessoa antes e após a implementação do plano de cuidados.

De acordo com os autores citados anteriormente, uma base de dados tipo pode conter informação demográfica (idade, morada, data de nascimento), sintomas e preocupações actuais, reacções à doença, expectativas e finalidades relacionadas com os cuidados de saúde, perfil do utente (descrição da pessoa e das suas actividades diárias habituais), história social e cultural (descrição da ocupação, grau de instrução, pessoas significativas, crenças espirituais, filiações sociais do utente), história clínica (hospitalizações, cirurgias, doenças anteriores, medicação habitual, problemas crónicos de saúde, alergias), padrões e capacidades de comunicação interpessoal, estratégias de adaptação, capacidade para o autocuidado (capacidade para realizar actividades da vida diária tais como alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, etc.), estado mental e emocional (reacções a agentes de stress, humor, afectividade, auto-conceito, imagem corporal, processo de pensamento, interesse e motivações, aceitação dos riscos, comunicação não verbal, reconhecimento dos sentimentos e modo de os gerir e orientação no tempo, no espaço e em relação a si próprio), toxicod dependência (uso de substâncias químicas que alteram o humor, incluindo drogas ilegais e álcool, abuso de medicamentos prescritos e de venda livre, dependência do tabaco e cafeína), factores ambientais (ambiente doméstico e necessidade de mecanismos de assistência), necessidades educacionais (insuficiência de conhecimentos revelada através do processo de entrevista ou por observação), factores para o planeamento da alta (local para onde a pessoa irá após a alta dos serviços de saúde e com quem irá viver, conhecimento dos recursos da comunidade e acessibilidade de transportes, comércio e serviços de saúde), factores

biofísicos (revisão dos principais sistemas orgânicos), testes laboratoriais e diagnósticos.

### LEI DA PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A lei da protecção de dados actual (67/98 de 26 de Outubro), transpõe para a ordem jurídica portuguesa a directiva 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995. Esta directiva visa assegurar a livre circulação de dados pessoais no interior do espaço da União Europeia, o que exige, uma harmonização muito estreita das legislações nacionais.

Esta lei é aplicada ao tratamento de dados pessoais através de meios total ou parcialmente automatizados assim como ao tratamento por meios não automatizados de dados pessoais inseridos em ficheiros manuais ou a estes destinados.

Assim, esta lei surge devido a uma evolução das novas tecnologias, que veio permitir um incremento da partilha de informação na União Europeia, bem como uma resolução do problema dos dossiers de papel excessivos e ultrapassados, o qual reside fundamentalmente no facto de que quem tem acesso a determinada informação, pode da mesma forma aceder a toda a informação.

A presente lei destina-se ao tratamento de dados pessoais quer a nível nacional, quer a nível internacional, independentemente da pessoa que esteja a tratar desses dados pertencer ou não à União Europeia.

Segundo Labescat, J. (1996), as grandes novidades do ponto de vista legislativo consistem, em primeiro lugar e, de acordo com a nova redacção do artigo 35º da constituição, na interconecção facilitada dos dados. Em segundo lugar, tornou possível o tratamento informatizado de dados sensíveis, o qual era proibido anteriormente, oferecendo grandes dificuldades no tratamento de determinado tipo de dados, como é o caso da SIDA, toxicoddependência, etc.. Na actualidade, isto já é possível desde que haja consentimento informado por parte do titular e desde que exista informação devidamente esclarecida ou lei habilitante que o permita, bem como a autorização da Comissão da Protecção de Dados Pessoais, enquanto autoridade de controlo neste assunto.

Relativamente à nova lei de protecção de dados, e com o contributo da Comissão de Protecção de Dados em colaboração com o governo, mantêm-se os princípios da finalidade relativamente à utilização de dados, já referidos anteriormente, é dada maior relevância ao direito da informação e do acesso dos dados, à transparência no tratamento dos dados, bem como à fixação

de regras gerais no que diz respeito ao prazo de conservação da informação, o que é essencial para que não hajam dados inúteis ou excessivos.

### SIGILO PROFISSIONAL

Os responsáveis pelo tratamento dos dados pessoais, bem como as pessoas que no exercício das suas funções tenham conhecimento desses mesmos dados, tratados, ficam obrigados a sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.

Do mesmo modo, os membros da CNPD, têm igual obrigação de manter o sigilo, mesmo após ter terminado o seu mandato.

Apesar do já referido anteriormente, estes indivíduos têm o dever de fornecer informações obrigatórias nos termos legais, exceptuando quando constem em ficheiros organizados para fins estatísticos.

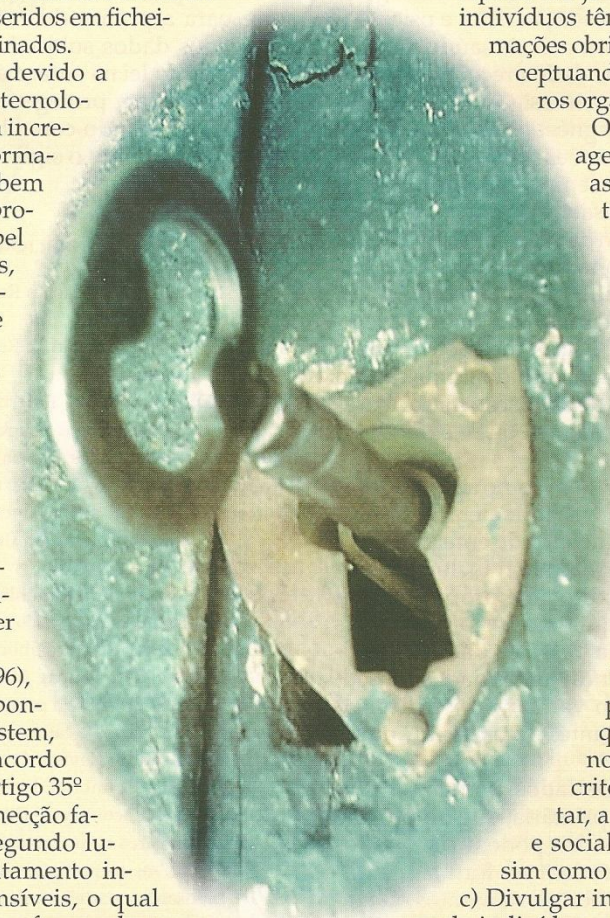
Os técnicos, funcionários ou agentes, que exerçam funções de assessoria à CNPD, estão sujeitos à mesma obrigação de sigilo profissional.

Relativamente aos Enfermeiros Portugueses, o Estatuto da Ordem, afirma, no artigo 85º, que todo e qualquer enfermeiro é "obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão", assumindo o dever de:

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) Manter anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

No entanto, qualquer pessoa, perante a lei, que sem justa causa e sem devido consentimento revelar ou divulgar no todo ou em parte dados pessoais, deve ser punido com prisão, ou multa, em função da situação.

A pena pode ser agravada, caso o agente, seja funcionário público ou equiparado; caso tenha a intenção de obter qualquer vantagem patrimonial, ou outro benefício ilegítimo, e ainda sempre que ponha em perigo a reputação, a honra e consideração ou a intimidade da vida privada de outrém.



### APLICAÇÃO DA LEI À ENFERMAGEM

Segundo BOLANDER (1998), o processo de enfermagem consiste numa série de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação das necessidades e resolução de problemas pessoais.

O processo de enfermagem é constituído por cinco etapas BOLANDER (1998): avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação.

Para a recolha de dados, são utilizadas diversas fontes e métodos, dados esses que serão utilizados no desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem, que constituem a avaliação inicial.

A avaliação inicial consiste na recolha e transmissão de informação, através da entrevista de enfermagem, revisão do processo clínico, avaliação física e psicossocial, consulta de outros profissionais de saúde e a revisão da literatura. Através dos dados recolhidos nesta avaliação, pretende-se analisar o estado de saúde da pessoa, identificando-se o diagnóstico correcto de enfermagem, seleccionando assim as intervenções apropriadas. Além da elaboração de uma base de dados, a recolha de dados é também usada durante a avaliação inicial, para seguir o progresso da pessoa, servir de base à avaliação da eficácia do plano de cuidados de enfermagem, e contribuir para a redefinição dos problemas, à medida que estes se vão alterando ao longo do tempo. Assim a avaliação inicial é um processo contínuo, que não deve terminar no momento da admissão do utente no serviço. O processo de avaliação inicial é usado para recolher informação cada vez que o enfermeiro interage com a pessoa.

A interpretação dos dados, bem como as conclusões que daí derivam, constituem a segunda etapa do processo de enfermagem - o diagnóstico de enfermagem.

Os dados assim recolhidos, podem incluir dois tipos de informações: o que é dito pelo próprio indivíduo - dados subjectivos, e aquilo que os profissionais de saúde observam acerca da pessoa - dados objectivos. É relevante fazer a distinção entre dados objectivos e subjectivos, bem como validar ou verificar os dois tipos de dados entre si, antes de os incluir numa base de dados.

Relativamente às fontes de dados, podem ser considerados dois tipos: a fonte primária, que é o próprio utente. Por outro lado, os dados podem ser obtidos através de entrevistas (que podem ser formais/informais), observação directa de comportamentos ou ainda através do exame físico. As fontes secundárias po-

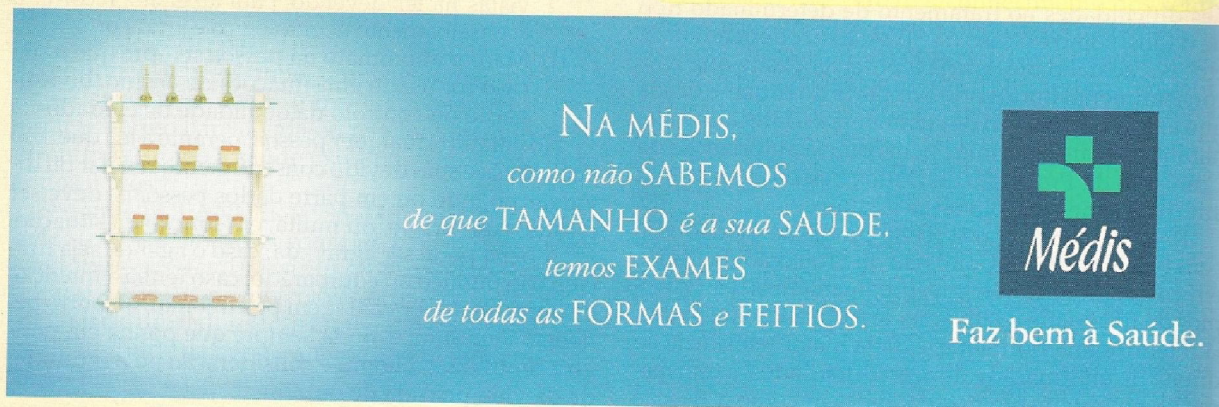
dem ser pessoas significativas (família, amigos, parceiros profissionais), documentos clínicos (processos de hospitalizações anteriores, história médica e de enfermagem), relatórios dos resultados laboratoriais de diagnóstico, outros membros da equipa (médico, psiquiatra, assistente social), literatura médica e de enfermagem, assim como filmes e gravações didácticas.

Os dados subjectivos que o indivíduo (fonte primária) fornece são uma parte insubstituível da base de dados. Logo deve estimular-se sempre que possível a participação no processo de recolha de dados por parte do utente. Pese embora existam alguns factores que influenciam a capacidade de cada um para agir como fonte de dados.

Visto o processo de enfermagem constituir um suporte para a prática de enfermagem, e nele estarem implicados dados subjectivos/objectivos, daí a aplicabilidade da lei na enfermagem, uma vez que os profissionais devem proteger os dados dos seus utentes (não os divulgando com objectivo de obter benefício próprio) mantendo o sigilo profissional. ■

#### BIBLIOGRAFIA

- Artigo 26º da Constituição da República Portuguesa (outros direitos pessoais).
- Artigo 35º da Constituição da República Portuguesa (utilização da informática).
- BOLANDER, Verolyn B.; *Enfermagem Fundamental - abordagem psicofisiológica*: Luckmann e Sorensen; Primeira edição em Português, Lisboa, Lusodidacta, 1998.
- Convenção n.º 108 do Conselho da Europa.
- Directiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995 (Jornal oficial n.º L281 de 23/11/1995, pág. 0031-0050).
- Lei n.º 10/91, Diário da República n.º 98/91, Série I-A de 29 de Abril de 1991, pág. 2366 a 2372.
- Lei n.º 67/98, Diário da República n.º 247/98, Série I-A de 26 de Outubro de 1998, pág. 5536 a 5546.
- MONIZ, H.; *Notas sobre a protecção de dados pessoais perante a informática - o caso especial dos dados pessoais relativos à saúde*; Revista Portuguesa de Ciência Criminal, Coimbra, Coimbra Editora (Aequitas), 1997.
- LABESCAT, J., *Encontro CADA/SAÚDE - Acesso a processos hospitalares com tratamento automatizado e o impacto das novas tecnologias*, <http://www.cada.pt/paginas/cadasaude/parte5.html>, 18 de Março de 1998.



NA MÉDIS,  
 como não SABEMOS  
 de que TAMANHO é a sua SAÚDE,  
 temos EXAMES  
 de todas as FORMAS e FEITIOS.

**Médis**

Faz bem à Saúde.