



## **A Problemática da Avaliação do Processo Clínico em Portugal e no Contexto Internacional**

*Sara de Carvalho*

Doutoranda do Programa de Doutoramento em Ciências da Informação e da Documentação da Universidade de Évora, CIDEHUS, Portugal

Técnica Superior de Arquivo da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS)  
[saracarvalho@sg.min-saude.pt](mailto:saracarvalho@sg.min-saude.pt)

---

### **Resumo**

O objeto desta comunicação é partilhar uma reflexão exploratória sobre a avaliação do processo clínico nos sistemas de informação da saúde. O estudo é internacional, embora a ênfase deste artigo se centre no contexto português.

Partindo da revisão da literatura problematizam-se os modelos metodológicos e os pressupostos teóricos subjacentes, evidenciam-se elementos que aproximam ou distinguem as diversas perspetivas, descrevendo-se e analisando-se a evolução e a dinâmica das principais linhas de investigação, documentando e sistematizando o caso português, cujo estudo exaustivo se está a empreender, quer no domínio teórico, quer no domínio prático.

**Palavras-chave:** Avaliação; Processo Clínico; Comportamento Informacional

---

### **Introdução**

Internacionalmente, a avaliação documental é encarada como uma das missões fundamentais do arquivista contemporâneo, consubstanciando-se num dos seus maiores desafios, quer do ponto de vista prático, quer teórico (COUTURE, 1997, p.17). Se atentarmos na profundidade da questão, a criação, circulação, armazenamento, recuperação e difusão da informação dependem da estratégia e decisões tomadas aquando da avaliação. Por outro lado, a abordagem tem como âncoras o que se entende por avaliação, os critérios que lhe subjazem e os fundamentos teóricos que suportam a nossa prática. Não obstante, a maior parte dos estudos centra a sua análise em casos e experiências concretas, descurando o quadro teórico e metodológico da própria avaliação (RIBEIRO e SILVA, 2004,p.16).

Quanto ao aparato conceptual e metodológico de que esta se revestiu, são muitos os autores que sintetizam as abordagens nos diversos países, destacando-se (COUTURE, 1997; KOLSRUD, 1992; COOK, 2011; SILVA e RIBEIRO,2004). Assim, na segunda metade do século XX, a avaliação tornou-se um foco de reflexão dos arquivistas em diversos países. Alemanha, Inglaterra, EUA e Canadá forneceram contributos marcantes em matéria de avaliação, sendo igualmente de destacar os contributos do Conselho Internacional de Arquivos (ICA) e da Unesco.

Colocando o foco nas práticas de avaliação mais difundidas, dois países são incontornáveis: Inglaterra e Alemanha. A Inglaterra “avalia para eliminar” enquanto a “Alemanha avalia para conservar”. A este jogo de palavras, cunhado por Couture (1998,p.166), subjaz uma distinção fundamental: o arquivista da primeira tendência foca-se nos aspetos administrativos e financeiros de curto-prazo; o arquivista da segunda tendência centra-se em aspetos patrimoniais de longo prazo, sendo o arquivo encarado numa visão mais lata de testemunho.

Por outro lado, como obras decisivas, e que inspiraram muitos autores, destacam-se: *Manual of Archive Administration* de Hilary Jenkinson, 1922 e *Modern Archives* de T. R. Schellenberg, 1956. Hilary Jenkinson defendia que o arquivista não devia intervir na “destruição” dos documentos, tornando-se esse campo responsabilidade das próprias administrações. (1922, p. 124, 125).

Schellenberg, por seu turno, autor muitas vezes superficialmente interpretado (MENNEHARITZ,1994), traz uma nova dinâmica à reflexão. No seu livro coloca a questão de um novo prisma, demonstrando, nas definições dos arquivistas, os aspetos tangíveis e intangíveis, considerando que, para uma análise aprofundada, a investigação deverá ater-se nestes últimos. Sistematizando, é essencial pensar, por um lado, nas razões pelas quais os documentos são produzidos e, em segundo lugar, importa pensar nas razões pelas quais os documentos são preservados, e estas últimas ultrapassam as razões legitimadoras da sua criação e acumulação. (SCHELLENBERG, 2003,p.10). Com este fio condutor distingue o valor primário dos documentos (para o organismo produtor), que versa sobretudo os aspetos administrativos, legais, financeiros e o valor secundário, de investigação, de testemunho patrimonial (SCHELLENBERG, 2003, p. 139).

Neste prisma, como marco significativo, a teoria do valor virá a influenciar toda a investigação futura (BOOMS,1987; SAMUELS, 1986; COOK, 2002; EASTWOOD, 2002; COUTURE,1997, 1998; e o próprio Comité de Avaliação do ICA, nomeadamente DOMM, 2004).

Partindo dos contributos dos diversos autores, Couture sistematiza cinco princípios teóricos que podem reger a avaliação.

«Quando avalia, o arquivista deve assegurar-se:

- Que os arquivos testemunham o conjunto de atividades da sociedade;
- Da objetividade e da contemporaneidade do julgamento que acarreta;
- Que respeita as relações que unem a avaliação e as outras intervenções arquivísticas;
- Que existe um equilíbrio entre as finalidades administrativas e as finalidades patrimoniais da sua intervenção;
- Que existe um equilíbrio entre as considerações relativas ao contexto de criação dos arquivos e as considerações que dizem respeito à sua utilização». (COUTURE, 1997,p.17,18)

Couture salienta que o arquivista deve dar à avaliação uma dimensão social e, nesse sentido, os arquivos são testemunho da sociedade de que fazem parte. Consequentemente, o arquivista procura avaliar à luz da escala de valores contemporânea da criação dos documentos e não do contexto do próprio arquivista (DURANTI,1990,13). Conhecer o contexto orgânico e funcional da instituição vai permitir uma articulação entre a avaliação e as restantes intervenções de arquivo. Em simultâneo, o equilíbrio a que Couture se refere, significa compreender o valor dos documentos para a instituição em causa, mas também para um património coletivo, com impacto a dois níveis de gestão: administrativa e cultural.

Em suma, por tudo o que se tem vindo a apresentar, o pensamento sobre o papel do arquivista na avaliação tem passado por diversas fases e tendências, sintetizadas de forma admirável por Terry Cook:

«[...] o guardião-curador que atribui a responsabilidade da avaliação ao criador ou administrador dos registos; o arquivista/historiador que toma decisões de avaliação indiretamente através do filtro das tendências da história académica; e o arquivista como perito que avalia diretamente os contextos das funções e atividades para discernir o valor da avaliação. Uma quarta fase está agora a despontar: a avaliação participativa, com várias comunidades de

cidadãos, para que os silêncios que há muito assombram os nossos arquivos possam ser ouvidos.» (COOK, 2011, p. 173)

Em Portugal existe a proposta de Silva e Ribeiro, salientando estes autores que:

« [...]tem de se operar uma inversão completa de perspetiva e isso implica assumir a avaliação como uma peça-chave de um *corpus* teórico-metodológico mais vasto e consistente. E implica também perceber que o objeto avaliável não é algo meramente palpável e fisicamente espalhado por quilómetros de prateleiras, de estantes e de compartimentos ou salas-depósitos, mas o natural e infindável produto da mente humana (fenómeno e processo) designado pelo termo/conceito informação.» (RIBEIRO e SILVA, 2009, p.298).

Estes investigadores estudam a avaliação no quadro da Ciência da Informação, como operação metodológica enquadrada no pólo técnico do Método Quadripolar, com parâmetros e critérios que se baseiam na pertinência, densidade e frequência (SILVA e RIBEIRO, 2004). A análise do fluxo informacional é levada a cabo com base na teoria sistémica, procurando desenhar-se uma matriz de cariz científico, aplicável aos diversos contextos, com uma panóplia de instrumentos adaptados a cada universo.

Acresce que o objeto de estudo passa a ser a própria informação e não o documento em si, centrando a investigação arquivística no contexto de produção, algo anterior ao registo material. Neste prisma, um projeto de avaliação não pode dispensar o conhecimento prévio do contexto em que foi e é gerada e usada a informação, sob pena de não ser possível caracterizar, com rigor, o sistema de informação/arquivo na sua globalidade atendendo, nomeadamente, aos fatores que o caracterizam: a estrutura orgânica, o serviço/uso e a memória.

### **A Avaliação no Sistema de Informação da Saúde**

A investigação que se está a empreender ocorre em três dimensões distintas: uma persistente revisão da literatura, onde se problematizam os conceitos, princípios e critérios subjacentes à avaliação da informação; a recolha, análise e diagnóstico da avaliação, seleção e eliminação nos cuidados de saúde primários e hospitalares portugueses e, por último, um estudo de caso concreto, onde se detalha o percurso de análise do processo clínico nas suas múltiplas vertentes.

Em termos de pressuposto fundamental enquadra-se o processo clínico na base do sistema de informação de saúde, como o garante para a tomada de decisão no contexto de uma complexidade multifacetada: prestação de cuidados de saúde; gestão das próprias unidades prestadoras de cuidados; planeamento do sistema de saúde populacional; ensino e investigação.

Adota-se como referencial o modelo científico-informacional, onde a avaliação é encarada na fase genésica e não só na fase pós-decisória, considerando-a uma prioridade estratégica para a qualidade da informação clínica. Neste sentido, conhecer, avaliar e planear a estrutura produtora da informação de saúde será a pedra de toque desta investigação, pensando a preservação da informação clínica numa visão sistémica e pró-ativa.

Num primeiro momento, parte-se de uma visão sistémica, em que o sistema de informação da saúde reflete a mudança de paradigma ocorrida no final do século XVIII, com o advento da Medicina Moderna e o nascimento da clínica (FOUCAULT, M., 1977). O registo clínico torna-se sistematizado, documenta o raciocínio clínico dos diagnósticos, as hipóteses corroboradas ou não, a seleção de intervenções terapêuticas, e, assim sendo, representa uma viragem no relato esporádico de casos, até então apresentados sem critérios definidos, e que tinham como objetivo a memória futura centrada nos casos excecionais.

Num segundo momento, do ponto de vista do comportamento informacional, aborda-se a construção do conhecimento médico, encarando-o como um universo complexo de processos cognitivos de aquisição de informação, analisando-se a questão do processo de decisão no seu ciclo diagnóstico-terapêutica (VAN BEMMEL, MUSEN et al., 1997). Concomitantemente, esta meta-análise da geração do conhecimento médico envolve a reflexão sobre a anamnese do paciente, o diagnóstico e a proposta dos registos orientados para problemas, cunhado por Lawrence Weed em 1967.

Pensar a produção, estrutura, armazenamento e acesso à informação clínica implica reconhecer que, muitas das vezes, o produtor da informação é também e, sobretudo, o seu consumidor, implicando equacionar o fenómeno de mediação neste contexto (SILVA, 2013, p.20).

Para além do acima exposto, há que refletir sobre os princípios da Ciência da Informação que, necessariamente, nos conduzem à análise do processo clínico nas suas múltiplas vertentes: requisitos, estrutura interna, tipologias documentais e terminológicas, assumindo-se a informação, e não o documento, como objeto de trabalho e de estudo.

### **Avaliação do Processo Clínico no Contexto Internacional**

No tocante ao contexto internacional, seguiu-se uma estratégia dedutiva, partindo das grandes linhas de investigação científica dedicadas à avaliação documental e avançou-se, progressivamente, para o âmbito regulamentar e legislativo internacional, onde se colhem contributos específicos sobre avaliação e preservação da informação clínica. Apresentam-se as perspetivas de Espanha, França e Itália, embora outros países tenham estado presentes no estudo (Inglaterra, Brasil, Canadá, Estados Unidos da América), não se tornando exequível apresentá-los aqui.

Em Espanha, partimos da *Lei Geral da Saúde, Lei Orgânica de Proteção de Dados de Carácter Pessoal e da Lei Básica Reguladora da Autonomia do Paciente e dos Direitos e Obrigações em Matéria de Informação e Documentação Clínica* [1], como denominadores comuns que afetam e congregam todo o Estado, revelando as profundas mudanças ocorridas nos últimos 30 anos. Contudo, na prática, a gestão do Sistema Nacional de Saúde, plasmada através das diversas Comunidades Autónomas, obriga a uma análise facetada da legislação geral e das especificidades legislativas das próprias Comunidades Autónomas.

Logo no artigo 15.º da *Lei 41/2002, de 14 de novembro*, o legislador especifica: «a história clínica incorporará a informação que se considere transcendental para o conhecimento verídico e atualizado do estado de saúde do paciente [...]», elencando, de seguida, um conjunto de itens de conteúdo mínimo que esta deve conter.

Quanto à conservação da documentação clínica pode ler-se no artigo 17.º:

«1.As Instituições de saúde têm a obrigação de conservar a documentação clínica em condições que garantam a sua correta manutenção e segurança, ainda que não necessariamente no suporte original, para a devida assistência ao paciente durante o tempo adequado a cada caso e, no mínimo, cinco anos a contar da data de alta de cada processo assistencial.

2. A documentação clínica também se conservará para efeitos judiciais, em conformidade com a legislação vigente. Conservar-se-á, do mesmo modo, quando existam razões epidemiológicas, de investigação ou de organização e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde.» [2]

Em consonância, a custódia das histórias clínicas é da responsabilidade de cada instituição de saúde e as respetivas direções/administrações estabelecem os mecanismos por forma a garantirem a autenticidade do conteúdo, a salvaguarda da integridade nas eventuais mudanças operadas, assim como a possibilidade de reprodução futura. As Comunidades Autónomas, por seu turno, aprovam as disposições necessárias no sentido das suas instituições empreenderem as medidas técnicas e organizativas mais adequadas.

Numa trajetória sumária pela evolução legislativa, pode constatar-se que as questões relativas à conservação da história clínica em Espanha sofreram aprofundamento, fruto do amplo debate que a disparidade de perspetivas das diversas comunidades suscitou. Por outro lado, verifica-se uma evolução e uma complexidade crescente na própria legislação, enveredando esta pela concretização das disposições mais específicas, como o que deve fazer parte da história clínica, e dentro desta, o que é passível de eliminação e o que deve conservar-se. São exemplo deste contexto as alterações legislativas das seguintes comunidades autónomas: Catalunha, Navarra, País Basco [3]. Por seu turno, as Comunidades Autónomas têm vindo a desenvolver e complementar a Lei Geral, no exercício das suas competências, na senda de uma clarificação crescente, aprofundando a estrutura dos próprios conteúdos da história clínica, com princípios de elaboração normalizados, que favoreçam a autenticidade, integridade, confidencialidade e preservação, incluindo neste último item uma forte preocupação em definir regras e normas para a transferência de suporte original.

Em França, o Decreto n.º 2006-6, de 4 de janeiro uniformiza as disposições no tocante aos prazos de conservação do “Dossier médical”, independentemente do estatuto jurídico da entidade ser público ou privado. Assim, estas disposições vêm alterar o Código de Saúde Pública, nomeadamente nos prazos de conservação do processo clínico.

«O processo clínico mencionado no artigo R. 1112-2 é conservado por um período de 20 anos a contar da data de alta do seu titular na instituição ou da última consulta externa. Quando, nos termos das disposições anteriores, o prazo de conservação de um processo terminar antes do vigésimo oitavo aniversário do seu titular, a conservação do processo é prorrogado até essa data. Em todos os casos, se a pessoa titular do processo morre, num período inferior aos dez anos depois de sua última estada na instituição, o processo é conservado dez anos a contar da data do óbito. Estes prazos são suspensos pela introdução de qualquer recurso administrativo ou contencioso, colocando em causa a responsabilidade médica da instituição de saúde ou de profissionais de saúde da instituição.» [4]

Em 2007, a Instrução Interministerial, de 14 de agosto [5], transpõe o artigo 4.º da *Diretiva Europeia 2005/06/CE*, acrescentando-se às ressalvas supra a questão das práticas transfusionais, cujo prazo de conservação da documentação é estabelecido em 30 anos a contar da data do ato. As decisões de eliminação de registos são tomadas pelo Diretor da Instituição, após a consulta do médico responsável pela informação médica. Nas instituições hospitalares esta eliminação está sujeita à aprovação da administração dos arquivos, que determina os que são pertinentes para conservar, alegadamente por «razões científicas, estatísticas ou históricas». Por outro lado, nas instituições que participam do serviço público hospitalar, a eliminação do processo clínico está sempre sujeito ao aval do Diretor dos arquivos departamentais territorialmente competentes.

Em Itália, «o processo clínico, juntamente com os relatórios relacionados, devem ser conservados indefinidamente, uma vez que representam um ato oficial essencial para garantir a certeza jurídica, além de constituírem uma valiosa fonte documental da pesquisa histórica em saúde.» [6]

O mesmo documento previa que o armazenamento seria feito no arquivo corrente e, passado 40 anos, num arquivo central, não sendo possível fazer a incorporação nos arquivos de Estado, ficando os processos clínicos à guarda das instituições de saúde. Contudo, é feita uma exceção para as radiografias que, não configurando o carácter de documentos oficiais, podiam ser eliminadas findo um período de vinte anos.

Em 2012, com as disposições em matéria de simplificação procedimental, é proposta a simplificação em “saúde digital”, dando prioridade à gestão eletrónica das práticas clínicas, através da utilização e incentivo dos registos clínicos eletrónicos. [7]

Itália tem apostado na desmaterialização do processo clínico, embora mantendo o suporte original, e no impulso do processo clínico eletrónico, pelo que são notórias as iniciativas em termos de normalização e regulação do arquivo clínico.

### **Avaliação do Processo Clínico em Portugal**

Com os Decretos-Lei n.º 447/88, de 10 de dezembro e n.º 121/92, de 2 de julho, iniciou-se o processo de normalização da documentação arquivística, na administração direta e indireta do Estado, procurando racionalizar-se o ciclo de vida dos documentos, controlando o seu crescimento através dos procedimentos de avaliação, seleção e eliminação. O Decreto-Lei n.º 16/93, de 23 de janeiro, deu mais um passo no sentido de disciplinar normativamente a atuação e definir o regime geral dos arquivos e do património arquivístico. A Lei n.º 107/2001, de 8 de setembro frisa, de forma veemente, a necessidade de planeamento, assegurando que as medidas adotadas resultem de uma prévia e adequada planificação e programação em matéria de gestão de arquivos. Concomitantemente, o Ministério da Saúde (MS) através dos seus Serviços e Organismos, foi um dos pioneiros na elaboração de Portarias de Avaliação de Documentos, publicando, até ao momento, 9 Portarias.

Não obstante, ao longo dos anos, as diversas instituições foram acumulando massas documentais que, não tendo sido alvo de tratamento arquivístico até aos dias de hoje, e considerando os consequentes custos de manutenção associados, bem como as dificuldades de pesquisa da informação armazenada, constroem de forma gravosa a gestão do próprio arquivo corrente.

Na esmagadora maioria, os Serviços e Organismos do MS não efetuaram, ao longo do seu ciclo de vida, a avaliação, seleção e eliminação da documentação de acordo com a legislação em vigor. Concorrem para esta situação um elevado número de fatores, dos quais destacamos: a desvalorização dada aos sistemas de arquivo e a falta de investimento nesta área; a não existência, na sua maioria, de quadros técnicos de arquivo; a desatualização legislativa, não se revendo as instituições nas Portarias ainda em vigor; a ausência de um modelo de gestão integrada da informação, concebido para acompanhar as diversas fases do ciclo de vida da informação, planeando e executando a gestão nas diversas fases de produção: receção, manutenção, utilização e destino dos documentos de arquivo, independentemente do seu suporte; a dificuldade técnico-científica que deriva da natureza do próprio tema/desafio.

Em 19 de agosto, é publicada a Portaria n.º 157/2014, que transfere as competências na atribuição dos prazos de conservação dos documentos em fase ativa e semi-ativa da Direcção-Geral de Saúde (DGS) para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS). Por força da reestruturação decorrente do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), e nos termos do disposto no Decreto Regulamentar n.º 23/2012, de 9 de fevereiro, cabe à SGMS empreender o projeto de elaboração de uma Portaria de Gestão de Documentos que, numa perspetiva transversal e sistémica, sirva todo o Ministério da Saúde.

Na atualidade, o labor da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde assenta num modelo de gestão integrada da informação, concebido para acompanhar as diversas fases do fluxo informacional do Sistema de Informação da Saúde Português. Cabe, neste contexto, à Secretaria-Geral definir e documentar uma política de gestão de documentos de arquivo no Ministério da Saúde. Consequentemente, o Projeto de Elaboração de uma Portaria de Gestão de Avaliação assume-se como uma pedra basilar para a manutenção de um sistema sustentável. Nesta senda, a avaliação não é encarada como um procedimento de carácter prático ou meramente técnico, mas sim como uma operação metodológica aplicável à informação em qualquer contexto produtor e de uso. Os critérios e

parâmetros baseiam-se numa análise rigorosa e exaustiva, tendo em conta o ciclo de vida da informação e o universo “memória”, procurando preservar, a longo termo, os produtos informacionais, pelo que são pressupostos base do projeto:

- Exaustiva e profunda recolha de dados indispensáveis a uma caracterização estrutural (orgânica-funcional) das organizações;
- Assunção da informação, e não do documento, como objeto de trabalho e de estudo;
- Avaliação do fluxo informacional das entidades;
- Adoção de uma visão sistémica, como ferramenta interpretativa e de referência.

O *modus operandi* proposto leva em linha de conta que o sistema em análise é de elevada complexidade e deve ser encarado nos seus subsistemas, aprofundando alguns e plasmando o modelo a aplicar nos restantes. Fazer o diagnóstico, a par do estudo orgânico-funcional, permite desenhar estratégias de atuação futuras, com parâmetros de avaliação sempre aferidos e validados no seio do sistema produtor/recetor da informação. A caracterização orgânico-funcional, com base na informação recolhida, revela-se fundamental para o conhecimento do arquivo, da memória do Ministério da Saúde, servindo igualmente de ponte para atuações futuras, no sentido de intervir ativamente logo no momento da produção da informação.

## Conclusão

Nos sistemas de informação da Saúde existe uma grande profusão conceptual, grande multiplicidade de estruturas e processos, onde diferentes profissionais intervêm no sistema, grande complexidade nos *workflows*, na estrutura do processo clínico e na própria natureza da informação. Esta pretende-se, tal como nos restantes sistemas, completa, homogénea, precisa e atualizada.

Promovendo uma gestão integrada da informação, a avaliação torna-se um momento chave para a qualidade da informação da saúde e para o rigor no acesso, bem como para a preservação da memória institucional dos arquivos do Ministério da Saúde. Um projeto de avaliação não pode dispensar o conhecimento prévio do contexto em que foi e é gerada e usada a informação. Tal análise vai permitir desenhar estratégias de atuação futuras, planeando os recursos necessários, os métodos e as técnicas a aplicar, com parâmetros e critérios seguramente estabelecidos.

Neste âmbito, a avaliação será encarada na fase genésica e não só na fase pós-decisória, envolvendo um grande universo de intervenientes e perspetivas, devendo ser considerada uma prioridade estratégica para a qualidade dos sistemas de informação da saúde, enquanto recurso de atividade de gestão administrativa e científica.

Espera-se que os resultados desta pesquisa venham contribuir com novos elementos para a discussão e diagnóstico da avaliação do fluxo informacional do sistema de informação de saúde português. Simultaneamente, este trabalho pretende criar contributos e propostas para um modelo de avaliação da informação clínica.

Por último, importa salientar que a informação retrospectiva, atual e prospetiva só existirá se, no presente, acautelarmos a sua preservação conhecendo, avaliando e planeando a estrutura produtora de informação, o processo de produção da informação, o utilizador interno e externo, numa perspetiva que engloba a preservação sistémica, sistemática e pró-ativa.

Almeja-se assim contribuir para a criação de um plano estratégico do sistema de informação da saúde que encare o ciclo ativo da informação, posicionando a avaliação no momento de produção, valorizando a informação e não o documento *de per si*.

## Referências Bibliográficas

- BEMMEL, J. (1997); Musen, M.A – *Handbook of Medical Informatics*. 1st edition: Springer Verlag.
- BOOMS, H. (1987) – Society and the Formation of a Documentary heritage: issues in the appraisal of archival sources. *Archivaria*, n. 24, p.69-107.
- COOK, Terry (2002) – Macro-appraisal and Functional Analysis: the Importance of Governance Rather than Government. *Colloque international des sciences de documentation. Congrès des archives de Castilla y León, Département de Bibliothéconomie et de Documentation*. Université de Salamanque, Espagne.
- COOK, Terry (2011) – We Are What We Keep; We Keep What We Are: Archival Appraisal Past, Present and Future. *Journal of the Society of Archivists*, 32:2, 173-189
- COUTURE, C. (1997) – L'évaluation des archives : état de la question. *Revue Archive*, vol. 28, no. 1, pp. 3-31.
- COUTURE, C. (1998) – Les calendries de conservation: Fondements théoriques et état des pratiques. Barcelona –Lligall. Janus.
- DURANTI, Luciana (1990) – So? What else is new? The ideology of appraisal yesterday and today. *Archival appraisal: theory and practice: proceedings of the Joint Meeting of the Association of British Columbia Archivists and the Northwest Archivists Association, Vancouver, April 26-28*. Vancouver: Archives Association of British Columbia, p. 1-14.
- EASTWOOD, T. Archival appraisal in democratic societies. *Colloque international de sciences des documentation. Congrès des archives de Castilla y León, Département de bibliothéconomie et de documentation*. Université de Salamanque, Espagne.
- FOUCAULT, M. (1977) – *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária
- ICA (2004) – *Manuel sur l' Evaluation*. (Draft). Conseil international des Archives (ICA)
- JENKINSON, Hilary (1922) – *Manual of Archive Administration. Including the problems of war archives and archive making*. Oxford: At the Clarendon Press.
- KOLSRUD, Ole (1992) – The Evolution of basic appraisal principles: some comparative observations. *The American Archivist*. Chicago. 55:1 (winter) 26-39.
- MENNE-HARITZ, A. (1994) – Appraisal or documentation: can we appraise archives by selecting content? *The American Archivist*. Chicago. 57:3, 528-542.
- SCHELLENBERG, T. R. (2003) – *Modern Archives: Principles and Techniques*. [With new introduction by H.G. Jones]. USA: Society of American Archivists.
- SAMUELS, H. (1992) – Improving Our Disposition: Documentation Strategy. *Archivaria*, v. 33 (winter), 125-140.



SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda (2009) – Perspetivar a Avaliação como Operação Metodológica no âmbito da Ciência da Informação. Valência: *IX Congresso ISKO-ESPAÑA*, p. 288-307.

SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda (2009) – A Avaliação de informação: uma operação metodológica. *Páginas a&b: arquivos e bibliotecas*. 7-37.

SILVA, Armando Malheiro da (2013) – Ciência da Informação e comportamento informacional. Enquadramento epistemológico do estudo das necessidades de busca, seleção e uso. *Prisma. Com.* Porto (21). ISSN: 1646-3153[Em linha]. [Consult.30 Maio 2015] Disponível na internet Url: [http://revistas.ua.pt/index.php/prismacom/article/view/2659/pdf\\_1](http://revistas.ua.pt/index.php/prismacom/article/view/2659/pdf_1)

## Notas

[1] - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29 de abril de 1986; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD). BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE de 15 de noviembre de 2002.

[2] - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE de 15 de noviembre de 2002.

[3] - Atente-se na Catalunha na evolução da Ley 21/2000 de 21 de diciembre para a Ley 16/2010, de 3 de Junio; em Navarra as mudanças da Ley Foral 11/2002 de 6 de mayo para a Ley foral 17/2010, de 18 de noviembre; no País Basco o Decreto 45/1998, de 17 de marzo para Decreto 38/2012, de 13 de marzo.

[4] - Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Article 2.

[5] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports Ministère de la culture et de la communication – Instruction Interministerielle n.º DHOS/E1/DAF/DPACI/ 2007/322 et (nºDAF/DPACI/RES/2007/014) du 14 août 2007 Relative à la Conservation du Dossier Médical ; Directive Européenne n°2005-61 du 30 septembre 2005 de la Commission portant application de la directive 2002/98/CE du Parlement Européen et du Conseil en ce qui concerne les Exigences en matière de traçabilité et la notification des réactions et incidents indésirables graves.

[6] Direzione Generale Ospedali Div. II - CIRCOLARE N° 61 del 19 dicembre 1986 N. 900.2/ AG. 464/260.

[7] DL 9 febbraio 2012, n. 5, come modificato dalla Legge di conversione 4 aprile, n. 351 Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo. [estratto] Articolo 47-bis - Semplificazione in materia di sanità digitale.