

QUEM CONTA A HISTÓRIA DO PACIENTE

Comunicação, tecnologia e segurança nas
transições de cuidado: do hospital à
Atenção Primária à Saúde



ORGANIZADORES

JOSÉ ILTON LIMA DE OLIVEIRA

KARINNA VERÍSSIMO MEIRA TAVEIRA

JOSELI SOARES BRAZOROTTO

INGRID MARIA SILVA REIS

QUOD

EDITORA

ISBN

DOI

ORGANIZADORES

JOSÉ ILTON LIMA DE OLIVEIRA
KARINNA VERÍSSIMO MEIRA TAVEIRA
JOSELI SOARES BRAZOROTTO
INGRID MARIA SILVA REIS

QUEM CONTA A HISTÓRIA DO PACIENTE

*Comunicação, tecnologia e segurança nas transições de cuidado: do
hospital à Atenção Primária à Saúde*

QUOD EDITORA

1ª edição
Brasil · 2026

QUOD EDITORA

© 2026 Os organizadores

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial para fins de estudo, ensino, pesquisa e formação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, desde que citada a fonte. Vedada a utilização comercial sem autorização expressa da editora e dos organizadores.

Organizadores José Ilton Lima de Oliveira; Karinna Veríssimo Meira Taveira; Joseli Soares Brazorotto; Ingrid Maria Silva Reis

Pesquisa de origem Revisão sistemática desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Registro do protocolo PROSPERO CRD42023399249

Editora Quod Editora

Formato e-book (PDF), 16 × 23 cm

ISBN 978-65-____-__-__

DOI 10.____/____

1ª edição 2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48q Oliveira, José Ilton Lima de (org.).

Quem conta a história do paciente: comunicação, tecnologia e segurança nas transições de cuidado: do hospital à Atenção Primária à Saúde / José Ilton Lima de Oliveira, Karinna Veríssimo Meira Taveira, Joseli Soares Brazorotto, Ingrid Maria Silva Reis (org.). – 1. ed. – [S. l.]: Quod Editora, 2026.
____ p.: il.; e-book (PDF).

ISBN 978-65-____-__-__

DOI 10.____/____

1. Segurança do paciente. 2. Transição de cuidados. 3. Comunicação em saúde. 4. Registros eletrônicos de saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Gestão em saúde. 7. Medicina de Família e Comunidade. I. Taveira, Karinna Veríssimo Meira. II. Brazorotto, Joseli Soares. III. Reis, Ingrid Maria Silva. IV. Título.

CDD 362.1

CDU 614.2

NOTA SOBRE A OBRA

Esta obra é produto derivado, revisto e ampliado, da pesquisa "Ferramentas tecnológicas utilizadas na comunicação entre profissionais de saúde durante as transições de cuidado: uma revisão sistemática", desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão e Inovação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com protocolo registrado no PROSPERO sob o número CRD42023399249. Os dados apresentados na Parte II pertencem àquela pesquisa. A fundamentação conceitual, a atualização normativa, a discussão da interface com a Atenção Primária à Saúde e a proposição do modelo CARTA são elaboração própria desta edição. A pesquisa de origem não envolveu participantes humanos ou animais, dispensando apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Não houve financiamento externo, e os organizadores declaram não haver conflito de interesses.

COMO CITAR ESTA OBRA

OLIVEIRA, J. I. L. de; TAVEIRA, K. V. M.; BRAZOROTTO, J. S.; REIS, I. M. S. (org.). Quem conta a história do paciente: comunicação, tecnologia e segurança nas transições de cuidado: do hospital à Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Quod Editora, 2026. E-book.

*A quem chega ao plantão e pergunta:
"o que aconteceu com este paciente?"*

*E a quem, do outro lado da rede,
espera a resposta que nunca chega.*

“A comunicação falha é a causa-raiz mais frequente dos eventos sentinela.”

The Joint Commission, Sentinel Event Alert nº 58, 2017 (síntese dos autores).

“Toda transição é uma promessa: alguém assume o que o outro deixou.”

Os organizadores

APRESENTAÇÃO

Há um instante, repetido milhares de vezes por dia em qualquer hospital do mundo, em que a responsabilidade sobre uma pessoa muda de mãos. Um plantão termina e outro começa. Um paciente deixa a terapia intensiva e sobe para a enfermaria. Uma equipe cirúrgica entrega o caso à equipe clínica. Alguém recebe alta e volta para casa. Nesses instantes, o que atravessa não é o corpo do paciente — é a sua história. E histórias, quando contadas às pressas, perdem exatamente aquilo que importa.

Este livro nasceu de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A pergunta era objetiva: as ferramentas eletrônicas de comunicação — aplicativos de informática médica, registros eletrônicos, plataformas integradas ao prontuário — reduzem eventos adversos quando usadas nas transições de cuidado hospitalares? Para respondê-la, foi conduzida uma revisão sistemática segundo as diretrizes PRISMA, com protocolo registrado no PROSPERO, que examinou 2.753 registros e analisou em profundidade dez ensaios clínicos.

A resposta encontrada é honesta e, por isso mesmo, mais útil do que uma resposta entusiasmada. As intervenções eletrônicas melhoram consistentemente a comunicação: aumentam a completude da informação transferida, reduzem erros de comunicação e encurtam o tempo das passagens. Sobre a redução de eventos adversos, os sinais são promissores, mas não permitem atribuir o benefício à tecnologia isoladamente — porque, em praticamente todos os estudos, o sistema eletrônico veio acompanhado de estruturação da informação (SBAR, I-PASS) e de treinamento das equipes. Somado a isso, oito dos dez estudos foram classificados com alto risco de viés.

Esse resultado poderia encerrar o assunto em uma frase de cautela acadêmica. Optamos por fazer o contrário: tomá-lo como ponto de partida. Se o que produz melhoria não é o software, e sim a estruturação da informação somada ao treinamento e à definição clara de quem responde pelo caso, então esse conhecimento é transferível para muito além da enfermaria — e é especialmente valioso onde a literatura internacional quase não olha: na transição que devolve o paciente ao território.

É aqui que este livro deixa de ser um relatório de revisão e se torna outra coisa. A alta hospitalar é, no Sistema Único de Saúde, a transição de maior volume, menor estruturação e menor vigilância. O paciente sai do hospital com um sumário de alta que raramente chega à equipe de Saúde da Família responsável por ele. Não há passagem de plantão entre níveis de atenção. Não há mnemônico. Não há, na maioria dos casos, sequer um destinatário nomeado. E, no entanto, é exatamente nesse intervalo que se concentram reinternações evitáveis, erros de medicação e agravos que voltam piores do que saíram.

A Parte III desta obra propõe enfrentar esse vazio com o mesmo raciocínio que a evidência hospitalar validou: informação mínima definida, estrutura fixa, responsável identificado. Dessa proposição nasce o modelo CARTA — Condição de saída, Ações realizadas, Reconciliação medicamentosa, Tarefas pendentes, Alerta e responsável —, instrumento de contrarreferência estruturada desenhado para a interface hospital-Atenção Primária no SUS. Trata-se de uma proposta derivada da evidência analisada, ainda não submetida a validação empírica, e é assim que ela deve ser lida: como hipótese de trabalho oferecida a serviços, gestores e pesquisadores.

O livro foi organizado por quatro profissionais que olham o mesmo problema de ângulos diferentes: a gestão e inovação em saúde, a pesquisa metodológica em ciências da saúde, a fonoaudiologia e a comunicação clínica, e a Medicina de Família e Comunidade. Essa composição não é ornamental. A transição de cuidado é, por natureza, um objeto interprofissional: ela só existe porque alguém entrega e alguém recebe. Escrever sobre ela a partir de uma única formação seria reproduzir, no texto, o mesmo erro que se pretende corrigir na prática.

Os organizadores

2026

PREFÁCIO

A segurança do paciente aprendeu, nas últimas duas décadas, a olhar para os intervalos. Não para o ato cirúrgico, mas para o que se combina antes dele; não para a prescrição, mas para a cadeia que a executa; não para o diagnóstico, mas para o caminho que a informação percorre até chegar a quem decide. Este livro se instala precisamente em um desses intervalos.

O mérito da obra está em não confundir tecnologia com solução. Ao demonstrar, com o rigor de uma revisão sistemática registrada e avaliada por ferramentas Cochrane, que os ganhos observados vêm de um pacote — estrutura, treinamento e responsabilização — e não de um aplicativo, os autores prestam um serviço a gestores tentados por soluções de prateleira.

O segundo mérito é a coragem de atravessar a fronteira. Levar o conhecimento produzido sobre passagens de plantão hospitalares para a interface com a Atenção Primária brasileira é um movimento que a literatura raramente faz e que o SUS precisa que se faça.

José Ilton Lima de Oliveira
Mestre em Gestão e Inovação em Saúde,
Universidade Federal do Rio grande do Norte

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

PREFÁCIO

PARTE I — A PASSAGEM.....	1
1 A comunicação como tecnologia de cuidado.....	2
2 Anatomia das transições de cuidado	4
3 Estruturar a fala: SBAR, I-PASS e os limites dos mnemônicos	6
4 Do papel ao prontuário eletrônico.....	8
PARTE II — O QUE A EVIDÊNCIA DIZ.....	10
5 Como a revisão foi feita.....	11
6 Os dez estudos.....	14
7 Eventos adversos: o que de fato mudou	17
8 Comunicação: o efeito mais consistente	19
9 Risco de viés: o que não se pode afirmar	21
PARTE III — DA ENFERMARIA AO TERRITÓRIO.....	23
10 A transição esquecida	24
11 O olhar da Medicina de Família e Comunidade.....	26
12 O que o SUS digital já permite.....	28
13 O modelo CARTA.....	30
PARTE IV — IMPLEMENTAR.....	34
14 Doze recomendações.....	35
15 Considerações finais	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A — Estratégia de busca.....	43
APÊNDICE B — Formulário CARTA.....	44
APÊNDICE C — Checklist de implantação.....	46
SOBRE OS ORGANIZADORES	47

PARTE I

A PASSAGEM

*Comunicação clínica, transições de cuidado e segurança do paciente:
fundamentos do problema*

A comunicação como tecnologia de cuidado

Existe uma tendência persistente de tratar a comunicação em saúde como uma habilidade social — algo que uns têm e outros não, que se aprende pela convivência e que se avalia pelo bom senso. Este capítulo sustenta o oposto: a comunicação clínica é uma tecnologia, no sentido preciso do termo, e por isso pode ser padronizada, treinada, instrumentada, medida e auditada.

1.1 Uma meta internacional de segurança

A comunicação efetiva entre profissionais de saúde foi estabelecida como uma das metas internacionais de segurança do paciente, no conjunto de objetivos que orientam a acreditação e a qualificação de serviços em todo o mundo. Não se trata de recomendação genérica de boa convivência: trata-se do reconhecimento de que a informação clínica, quando transmitida de forma incompleta, ambígua ou tardia, produz dano físico mensurável.

A literatura da área trabalha com três categorias que convém distinguir desde já, porque elas serão usadas ao longo de todo o livro. Evento adverso é a complicação indesejada decorrente do cuidado prestado, e não da evolução natural da doença de base. Quase erro é o evento que não atingiu o paciente porque foi detectado a tempo. Evento sentinela é o erro grave e inesperado que resulta em morte ou dano permanente.

A estimativa mais citada na literatura de segurança atribui a falhas de comunicação a origem da maior parte dos erros graves em saúde — quedas, falhas de prescrição e administração de medicamentos, lesões por pressão, entre outros. Ainda que esse tipo de estimativa exija cautela metodológica, a convergência de fontes distintas ao longo de duas décadas indica um fato robusto: o intervalo entre profissionais é mais perigoso do que o ato de cada profissional isolado.

1.2 Tecnologias leves, leve-duras e duras

A tradição brasileira da saúde coletiva oferece um vocabulário útil aqui. As tecnologias duras são os equipamentos e as estruturas; as leve-duras são os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia; as leves são as

produzidas no encontro — escuta, vínculo, negociação, e também a comunicação entre trabalhadores.

A consequência prática dessa classificação é que a comunicação, sendo tecnologia leve, não é um resíduo do trabalho: é trabalho. Ela consome tempo, exige competência, admite protocolo e produz desfecho. Quando um serviço não reserva tempo protegido para a passagem de plantão, não está economizando; está transferindo custo para o paciente sob a forma de risco.

Este livro adota essa premissa e a estende: se a comunicação é tecnologia, sua qualidade não pode depender de quem está escalado naquele dia. Precisa estar embutida no processo — e é aí que entram os instrumentos estruturados e os sistemas eletrônicos discutidos nos capítulos seguintes.

1.3 O que está em jogo no Brasil

O contexto brasileiro tornou essa discussão mais urgente. A instituição da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, pela Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026, consolidou diretrizes nacionais voltadas à redução de danos evitáveis e, de modo explícito, à qualificação da jornada do paciente na Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na integração segura e coordenada entre os diferentes níveis de atenção.

A política atribui à Atenção Primária à Saúde papel estratégico como porta de entrada, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, responsabilizando-a por assegurar transições assistenciais seguras. Essa formulação é decisiva para o argumento deste livro: pela primeira vez, uma política nacional nomeia a transição entre níveis de atenção como objeto de segurança do paciente, e não apenas como problema de fluxo administrativo.

O que a política estabelece como diretriz, entretanto, ainda não existe como instrumento padronizado na maior parte dos serviços. É essa lacuna que a Parte III se propõe a enfrentar.

Anatomia das transições de cuidado

Nem toda transição é igual, e tratar todas como se fossem produz protocolos que não servem a nenhuma. Este capítulo distingue os tipos e localiza, em cada um, as falhas típicas.

2.1 O que é uma transição de cuidado

Transição de cuidado — ou handover, handoff, passagem de plantão, transferência de responsabilidade — é o processo pelo qual a responsabilidade profissional e clínica sobre um paciente, ou sobre parte de seu cuidado, é transferida de uma pessoa ou equipe para outra, de forma temporária ou definitiva.

A definição contém dois elementos que costumam ser separados na prática e não deveriam ser. O primeiro é informacional: os dados relevantes precisam atravessar. O segundo é de responsabilidade: alguém precisa assumir. Uma passagem pode ser informacionalmente completa e falhar no segundo elemento — quando ninguém entende que o caso é seu. Pode também ter responsável definido e falhar no primeiro — quando quem assume não recebe o que precisava saber.

2.2 Uma tipologia operacional

Para efeito prático, distinguem-se cinco tipos:

- Transição de turno: passagem de plantão entre profissionais da mesma unidade. É a mais frequente e a mais estudada.
- Transição de unidade: transferência entre setores do mesmo hospital — pronto-socorro para enfermaria, terapia intensiva para unidade de internação, bloco cirúrgico para recuperação.
- Transição interprofissional: transferência de parte do cuidado entre categorias distintas, dentro de um mesmo episódio.
- Transição interinstitucional: transferência entre serviços diferentes, incluindo referência e contrarreferência.

- Transição de nível de atenção: alta hospitalar com retorno ao acompanhamento pela Atenção Primária. É a menos estruturada de todas — e o objeto da Parte III.

As quatro primeiras acontecem dentro de um mesmo campo organizacional, com hierarquia definida, cultura compartilhada e, frequentemente, prontuário comum. A quinta atravessa instituições, sistemas de informação, vínculos empregatícios e culturas profissionais distintas — e é por isso que falha mais.

2.3 As barreiras conhecidas

A literatura descreve um conjunto recorrente de barreiras à comunicação efetiva nas transições: omissão de informações relevantes; excesso de pacientes por profissional; atrasos e ausências da equipe no momento da passagem; falta de clareza nos registros; informação transmitida no contexto errado; informação transmitida à pessoa errada; e comunicação desestruturada, sem sequência previsível.

Vale notar que apenas duas dessas barreiras — excesso de pacientes e atrasos — dependem de recursos adicionais. As demais são problemas de desenho de processo, solucionáveis com padronização. Essa constatação é importante para gestores de serviços com orçamento restrito: uma parcela substancial do risco associado às transições pode ser reduzida sem contratar ninguém.

2.4 Por que a passagem de plantão é um momento crítico

Três características tornam a passagem de plantão especialmente vulnerável. A primeira é a compressão temporal: muitos casos, pouco tempo, frequentemente ao fim de uma jornada exaustiva. A segunda é a assimetria de conhecimento: quem entrega sabe muito mais do que consegue dizer, e tende a selecionar por saliência e não por relevância clínica. A terceira é a diluição da responsabilidade: durante a passagem, existe um intervalo em que ninguém é plenamente responsável, e é nesse intervalo que decisões urgentes podem ficar sem dono.

Os estudos analisados na Parte II atacam justamente essas três características: estruturam a sequência para reduzir a seleção arbitrária, pré-

preenchem campos para poupar tempo, e nomeiam responsáveis para eliminar o intervalo sem dono.

Estruturar a fala: SBAR, I-PASS e os limites dos mnemônicos

Se o problema é a comunicação desestruturada, a solução mais direta é dar-lhe estrutura. Foi esse o raciocínio que produziu os mnemônicos de comunicação clínica, hoje incorporados a diretrizes internacionais e presentes em nove dos dez estudos analisados nesta obra.

3.1 SBAR

O SBAR organiza a transmissão em quatro blocos: Situação (S), o que está acontecendo agora; Background (B), o histórico relevante que explica a situação; Avaliação (A), a interpretação clínica de quem transmite; e Recomendação (R), o que se propõe que seja feito.

Sua força está na economia e na ordem: primeiro o que é urgente, depois o contexto, depois o juízo, depois a ação. Sua adoção difundiu-se especialmente em terapia intensiva e em comunicação entre enfermagem e medicina, contextos em que a assimetria de informação e de posição costuma dificultar que a segunda parte enuncie uma recomendação. O R do SBAR é, nesse sentido, um dispositivo também político: autoriza formalmente quem transmite a propor conduta.

3.2 I-PASS

O I-PASS foi desenvolvido para passagens de plantão mais complexas, sobretudo em pediatria hospitalar, e organiza cinco blocos: Introdução ou gravidade da doença (I); Paciente, com resumo do caso (P); Ações e plano (A); Situação, com consciência situacional e planos de contingência (S); e Síntese pelo receptor (S), em que quem recebe repete o que entendeu.

A diferença decisiva em relação ao SBAR está no último S. Ao exigir que o receptor sintetize e devolva a informação, o I-PASS transforma a passagem de um monólogo em um circuito fechado, com verificação. É uma diferença pequena de desenho e grande de efeito — e ela reaparece com força nos resultados da Parte II.

3.3 Os limites

Os mnemônicos não são universais, e os próprios estudos analisados mostram isso. Em vários deles, as equipes adaptaram a estrutura, acrescentando campos considerados essenciais para a realidade daquele serviço. A literatura crítica aponta que estruturas fixas podem não se ajustar a especialidades que exigem planejamento extenso ou informação altamente específica.

Há ainda um risco pouco discutido: o de ritualização. Um mnemônico aplicado mecanicamente, sem tempo protegido e sem verificação, produz a aparência de comunicação estruturada sem a substância. A estrutura é condição necessária; não é suficiente.

A lição que atravessa este livro

O que os estudos analisados sugerem não é que SBAR seja melhor que I-PASS, nem que o eletrônico seja melhor que o papel. É que três elementos precisam estar presentes simultaneamente: um conjunto mínimo de informações definido previamente; uma sequência fixa que impeça a seleção arbitrária pelo emissor; e a identificação inequívoca de quem assume a responsabilidade. A tecnologia entra como meio para garantir os três — não como substituto de nenhum deles.

Do papel ao prontuário eletrônico

A promessa das ferramentas eletrônicas nas transições de cuidado é específica e vale enunciá-la com precisão, para depois confrontá-la com a evidência.

4.1 O que a tecnologia promete

Quatro promessas aparecem de forma recorrente na literatura. A primeira é a assincronia: uma plataforma digital permite que a transferência ocorra sem a presença simultânea dos profissionais, o que resolve o problema logístico de reunir equipes em turnos sobrepostos. A segunda é o preenchimento prévio: campos podem ser completados ao longo do turno, e não no minuto final. A terceira é a extração automática de dados do próprio prontuário — sinais vitais, prescrições, resultados de exames —, o que reduz omissão e erro de transcrição. A quarta é a rastreabilidade: o que foi transmitido fica registrado e pode ser auditado.

Dessas quatro, a terceira é a única que a tecnologia oferece com exclusividade. Estrutura, sequência e responsável podem ser garantidos em papel. A integração automática ao prontuário, não.

4.2 O que a tecnologia não resolve

A digitalização não elimina as barreiras humanas e organizacionais descritas no Capítulo 2. Não cria tempo protegido, não reduz o número de pacientes por profissional, não corrige relações interprofissionais deterioradas e não impede que um campo seja preenchido de forma protocolar e vazia. Há ainda um efeito colateral documentado: a possibilidade de que a existência do registro eletrônico substitua a conversa, eliminando a oportunidade de perguntar.

Um dos estudos analisados na Parte II é particularmente instrutivo nesse ponto: nele, a versão em papel de um instrumento estruturado produziu tempos de avaliação menores que a versão eletrônica, diferença atribuída pelos autores à lentidão do sistema e ao desenho da interface. Tecnologia mal implementada é obstáculo, não facilitador.

4.3 A questão que orientou a pesquisa

É desse conjunto de promessas e ressalvas que emerge a pergunta que estruturou a revisão sistemática apresentada na Parte II:

Qual a efetividade do uso de aplicativos de informática médica na comunicação entre profissionais de saúde durante os processos de transição de cuidados de pacientes hospitalizados para a redução de eventos adversos?

O capítulo seguinte descreve como essa pergunta foi respondida.

O QUE A EVIDÊNCIA DIZ

Revisão sistemática sobre ferramentas eletrônicas na comunicação entre profissionais durante as transições de cuidado hospitalar

Como a revisão foi feita

Uma revisão sistemática se distingue de uma revisão narrativa por um compromisso: o método é definido antes de conhecer os resultados e é publicado de forma que outra equipe possa repeti-lo. Este capítulo apresenta esse método na íntegra, porque a confiança nos achados dos capítulos seguintes depende inteiramente dele.

5.1 Diretriz e registro de protocolo

A revisão foi conduzida segundo as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), e o protocolo foi previamente registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), sob o número CRD42023399249.

O registro prospectivo cumpre função específica: impede que os critérios sejam ajustados depois, para acomodar o que se encontrou. É uma salvaguarda contra o viés do próprio revisor, e sua ausência é hoje motivo suficiente para desconfiança em qualquer síntese de evidências.

5.2 Critérios de elegibilidade (PICOS)

A estratégia PICOS delimitou o escopo da seguinte forma:

- População: profissionais de saúde adultos, de ambos os sexos, com formação em saúde — medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia, nutrição, fonoaudiologia —, atuantes em serviços hospitalares e participantes de processos de transição de cuidado.
- Intervenção: aplicativos de informática médica, registros eletrônicos de saúde ou sistemas de registros médicos computadorizados diretamente relacionados ao processo de comunicação.
- Comparação: comunicação escrita em papel e comunicação verbal não estruturada.
- Desfechos: ocorrência de eventos adversos (desfecho primário) e melhorias na comunicação entre profissionais durante as transições (desfecho secundário).
- Desenho: ensaios clínicos randomizados e não randomizados.

Foram excluídos estudos que não avaliassem o uso de aplicações de informática médica em transições intra-hospitalares, que não comparassem a intervenção eletrônica com comunicação em papel ou verbal não estruturada, que não avaliassem ao menos um dos desfechos de interesse ou que apresentassem dados ausentes ou incompletos. Também foram excluídos revisões, opiniões de especialistas, estudos in vitro ou em animais, cartas, resumos de conferências, relatos e séries de casos, e estudos observacionais de coorte, caso-controle ou transversais. Nenhum estudo foi excluído por idioma, etnia, gênero ou ano de publicação.

5.3 Fontes de informação e estratégia de busca

As buscas foram realizadas em seis bases eletrônicas — Embase, LILACS, LIVIVO, PubMed/Medline, Scopus e Web of Science —, com combinações e truncamentos ajustados a cada uma delas. A literatura cinzenta foi rastreada no Google Scholar e no ProQuest Dissertations and Theses. As buscas ocorreram em 18 de julho de 2022 e foram atualizadas em 25 de junho de 2023.

Um especialista na temática foi consultado para indicar trabalhos potencialmente elegíveis, e realizou-se busca manual nas referências de todos os artigos incluídos. As referências foram gerenciadas em software específico, com remoção de duplicatas.

5.4 Seleção e extração

A seleção ocorreu em duas fases. Na primeira, dois revisores examinaram, de forma independente, títulos e resumos de todas as referências. Na segunda, os mesmos revisores leram integralmente os artigos remanescentes, também de forma independente. As divergências foram resolvidas por discussão, com participação de um terceiro revisor quando necessário. A gestão do processo foi feita em plataforma própria para revisões sistemáticas.

Foram extraídos: características do estudo (autoria, ano, país e desenho), contexto da transição, intervenção eletrônica empregada, comparador, desfecho avaliado, resultados e conclusões, além de amostras, médias, desvios-padrão e frequências dos desfechos de interesse.

5.5 Avaliação do risco de viés

O risco de viés foi avaliado com a ferramenta ROBINS-I para ensaios clínicos não randomizados e com a RoB 2.0 para o ensaio randomizado, segundo os critérios do Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Dois revisores conduziram o processo de forma independente, com terceiro revisor como voto de desempate.

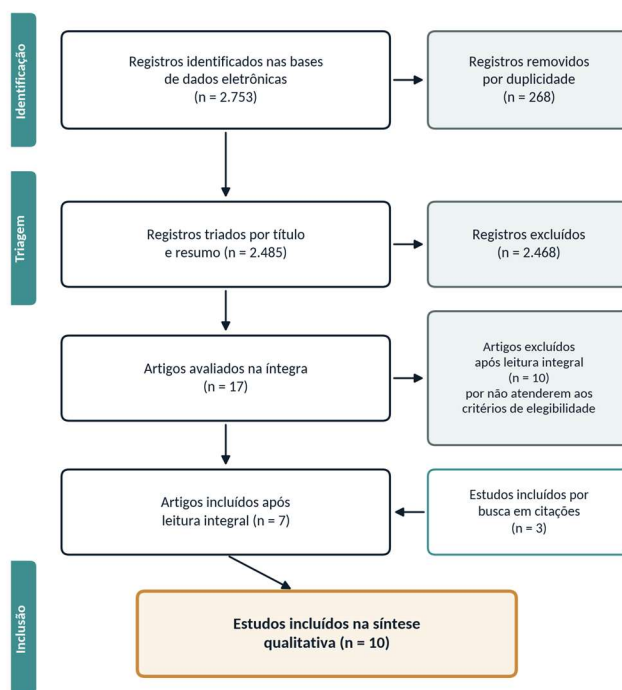
Na aplicação do ROBINS-I, adotou-se a seguinte classificação: alto risco quando o estudo atingiu até 49% de respostas afirmativas aos critérios; moderado entre 50% e 69%; e baixo acima de 70%. Todos os domínios das ferramentas foram utilizados e reportados, e os dados finais foram consolidados em software específico para elaboração das figuras.

Optou-se por síntese qualitativa. A heterogeneidade dos cenários clínicos, das intervenções e das formas de medir eventos adversos entre os estudos incluídos desaconselha a agregação estatística por metanálise.

Os dez estudos

Das 2.753 referências identificadas nas seis bases, 2.485 permaneceram após a remoção de duplicatas. A leitura de títulos e resumos selecionou 17 artigos para leitura integral, dos quais 10 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Três estudos foram incorporados a partir da busca por citações nos artigos incluídos, totalizando dez estudos na síntese qualitativa.

Figura 1 — Fluxograma de seleção dos estudos, segundo as diretrizes PRISMA



Fonte: elaboração dos autores, com base no modelo PRISMA (Page et al., 2021).

6.1 Caracterização geral

A amostra final reuniu um ensaio clínico randomizado e nove ensaios não randomizados, publicados entre 2009 e 2019. Seis foram conduzidos nos

Estados Unidos, dois no Canadá e dois na Inglaterra. Quatro avaliaram o desfecho primário — eventos adversos — e seis descreveram achados relativos ao desfecho secundário, a comunicação entre profissionais.

Os contextos investigados foram diversos: cuidados ortopédicos em hospital universitário, unidades pediátricas não intensivas, unidades de terapia intensiva adulta e pediátrica, unidade de internação psiquiátrica, unidades de internação de oncologia cirúrgica e um programa de residência médica.

As intervenções concentraram-se em três formatos: transferências eletrônicas com campos de preenchimento previamente definidos; transferências eletrônicas estruturadas com o I-PASS; e handover eletrônico estruturado com o SBAR — a maioria integrada ao prontuário eletrônico. Os comparadores variaram entre mnemônicos aplicados em formato físico, handover em papel sem estruturação evidenciada e comunicação verbal não estruturada.

6.2 Síntese dos estudos incluídos

Tabela 1 — Estudos incluídos na revisão sistemática: contexto, intervenção e principal achado

Estudo	Contexto e intervenção	Principal achado
Albert e Panesar, 2014	UTI pediátrica; SBAR eletrônico em prontuário vs. registro em papel e registro eletrônico sem estruturação	Completude da informação transferida subiu de 2,23 para 4,00 pontos ($p<0,0001$); registro eletrônico sem estrutura alcançou 2,57
Atkinson e Hassan, 2015	Hospital universitário ortopédico; handover eletrônico vs. comunicação verbal não estruturada	Redução de 37,5% na frequência de informações não comunicadas ($3,2 \pm 1,82$ para $2,0 \pm 0$)
Clarke et al., 2016	Internação em oncologia cirúrgica; handover eletrônico estruturado com I-PASS vs. handover em papel	Erros de comunicação caíram de $13 \pm 3\%$ para $7 \pm 2\%$ ($p=0,044$); tempo para compilar a lista de ações caiu de 15 ± 2 para 5 ± 1 minutos ($p<0,001$)
Cornell et al., 2014	UTI pediátrica; SBAR eletrônico vs. SBAR em papel e comunicação verbal não estruturada	Tempo de avaliação do paciente de 80,5 s com SBAR eletrônico vs. 102,2 s na comunicação verbal ($p<0,001$); SBAR em papel obteve 70,7 s

Estudo	Contexto e intervenção	Principal achado
Graham et al., 2013	Programa de residência médica em hospital universitário; handover eletrônico vs. papel	Lista ativa de problemas de 74% para 96%; estado clínico atual de 46% para 96%; orientação antecipada de 53% para 86% ($p<0,001$). Quase erros de 9 para 0 ($p=0,056$) e eventos adversos de 4 para 0 ($p=0,41$), sem significância
Parent et al., 2018	UTI; adaptação do I-PASS (UW-IPASS) em prontuário eletrônico vs. comunicação não estruturada	Passagens de baixa qualidade caíram de 10,2% para 7,2%; redução de 80,5% na chance de transferência ruim (OR 0,19; IC95% 0,03–0,74; $p=0,03$)
Raptis et al., 2009	Unidades de internação; handover eletrônico estruturado vs. registros em papel	Compleitude ampliada em todos os campos: dados do paciente de 34% para 100%; observações da equipe de 52% para 96%; diagnóstico de 85% para 91% ($p=0,0001$)
Skelton, Rogens e Kalafatis, 2019	Hospital psiquiátrico, cuidado a pessoas idosas; handover eletrônico estruturado com I-PASS vs. papel	Redução de 43% em incidentes moderados a catastróficos (21 para 12/ano) e de 64% em incidentes fora do expediente (11 para 4/ano), sem significância estatística ($p=0,29$)
Starmer et al., 2013	Unidades de internação pediátrica; pacote com treinamento e handover eletrônico vs. comunicação verbal não estruturada	Erros médicos de 33,8 para 18,3 por 100 admissões ($p<0,001$); eventos adversos evitáveis de 3,3 para 1,5 por 100 admissões ($p=0,04$)
Starmer et al., 2014	Unidades de internação pediátrica; I-PASS Handoff Bundle (handover eletrônico e treinamento) vs. comunicação não estruturada	Reduções relativas de 23% nos erros médicos, 30% nos eventos adversos evitáveis e 21% nos quase erros ($p<0,001$); sem alteração nos eventos adversos não evitáveis ($p=0,79$)

Fonte: dados da revisão sistemática. Estudos ordenados alfabeticamente.

Eventos adversos: o que de fato mudou

Quatro dos dez estudos avaliaram o desfecho primário. Seus resultados são apresentados aqui em ordem decrescente de robustez, e não de magnitude do efeito — critério que se justificará ao final do capítulo.

7.1 Os achados

O estudo de Starmer et al. (2014) analisou 10.740 admissões após a implantação do I-PASS Handoff Bundle, combinação de handover eletrônico estruturado pelo mnemônico com treinamento das equipes. Foram observadas reduções relativas de 23% na taxa geral de erros médicos, de 24,5 para 18,8 por 100 admissões; de 30% em eventos adversos evitáveis, de 4,7 para 3,3 por 100 admissões; e de 21% em quase erros e erros não prejudiciais, de 19,7 para 15,5 por 100 admissões, todas com $p < 0,001$. Não houve alteração significativa em eventos adversos não evitáveis ($p = 0,79$).

Esse último dado merece destaque, porque funciona como controle interno do estudo: a intervenção alterou justamente aquilo que deveria alterar — os eventos evitáveis — e não alterou o que não teria por que alterar. É o achado metodologicamente mais forte de toda a revisão.

O estudo anterior do mesmo grupo, Starmer et al. (2013), avaliou 1.255 admissões em hospital pediátrico com pacote semelhante e encontrou redução dos erros médicos de 33,8 para 18,3 por 100 admissões ($p < 0,001$) e dos eventos adversos evitáveis de 3,3 para 1,5 por 100 admissões ($p = 0,04$).

Skelton, Rogens e Kalafatis (2019) implementaram handover eletrônico em hospital psiquiátrico londrino, com foco no cuidado a pessoas idosas. Observaram redução de 43% em incidentes moderados a catastróficos, de 21 para 12 eventos por ano, e de 64% em incidentes relacionados à transferência de cuidados nos finais de semana, de 11 para 4 eventos por ano — período previamente identificado no serviço como crítico. Os resultados não alcançaram significância estatística ($p = 0,29$), mas indicam tendência relevante em um contexto pouco estudado.

Graham et al. (2013) avaliaram cerca de 9.200 transferências em grande hospital universitário. Os quase erros caíram de 9 para 0 e os eventos adversos

de 4 para 0, ambos sem significância estatística ($p=0,056$ e $p=0,41$, respectivamente). O padrão aqui é típico de estudos com eventos raros: a direção do efeito é favorável, mas o número absoluto de eventos é pequeno demais para sustentar inferência.

7.2 A ressalva que muda a interpretação

Um exame atento dos quatro estudos revela um padrão que reorganiza toda a leitura: em nenhum deles a intervenção foi exclusivamente tecnológica. Todos incluíram algum componente de treinamento, educação da equipe ou estruturação da comunicação por mnemônico. O I-PASS Handoff Bundle, como o próprio nome indica, é um pacote.

Isso significa que os desenhos utilizados não permitem isolar o efeito do componente eletrônico. É perfeitamente compatível com os dados que a maior parte do benefício venha da estruturação e do treinamento, e que o sistema eletrônico funcione sobretudo como veículo que garante a adesão à estrutura. Essa possibilidade não desqualifica a tecnologia — mas altera radicalmente a recomendação prática que dela decorre, como se discutirá no Capítulo 14.

7.3 A dificuldade de medir eventos adversos

Há ainda um problema de mensuração que atravessa toda a literatura da área. A detecção e a classificação de eventos adversos dependem da qualidade dos sistemas de notificação, da interpretação dos profissionais e — decisivamente — da disposição institucional para relatar. Serviços que investem em segurança do paciente frequentemente registram mais eventos justamente porque criaram cultura de notificação.

Soma-se a isso a variabilidade das definições entre os estudos, que torna arriscada qualquer comparação direta de taxas. É por essas razões que a revisão optou por síntese qualitativa e que este capítulo apresentou os achados sem agregá-los.

Comunicação: o efeito mais consistente

Se o desfecho primário admite cautela, o desfecho secundário apresenta um padrão notavelmente coerente. Em todos os estudos que avaliaram comunicação, a intervenção eletrônica estruturada foi superior ao comparador — e a coerência entre contextos tão distintos é, em si, um dado.

8.1 Completude da informação

Albert e Panesar (2014), em unidade de terapia intensiva pediátrica de hospital universitário, construíram um sistema de pontuação para medir a completude dos registros, atribuindo um ponto a cada componente do SBAR devidamente documentado. Comparadas 173 transferências em papel com 172 transferências com SBAR eletrônico, a completude subiu de 2,23 para 4,00 pontos ($p<0,0001$). O dado mais instrutivo, porém, está no braço intermediário: 197 transferências registradas eletronicamente sem estruturação alcançaram apenas 2,57 pontos.

Registro eletrônico sem estrutura pontuou 2,57; papel sem estrutura, 2,23; SBAR eletrônico, 4,00. A diferença decisiva não estava no meio, e sim na estrutura.

Raptis et al. (2009) analisaram 773 passagens em papel e 872 transferências eletrônicas, encontrando ganhos de completude em todos os campos avaliados: dados do paciente de 34% para 100%; local do paciente de 86% para 96%; diagnóstico de 85% para 91%; problema atual de 86% para 93%; plano de ação de 93% para 97%; e observações da equipe de 52% para 96%, com $p=0,0001$. Os dois campos que mais melhoraram — identificação do paciente e observações da equipe — são justamente os que dependem inteiramente de haver um lugar definido para registrá-los.

Graham et al. (2013) reportaram melhorias na comunicação da lista ativa de problemas, de 74% para 96%; do estado clínico atual, de 46% para 96%; e da orientação antecipada para problemas previsíveis, de 53% para 86%, todas com $p<0,001$. Starmer et al. (2013) destacaram melhorias significativas na

documentação de sinais vitais, lista de medicamentos e resultados de exames ($p<0,001$).

8.2 Erros de comunicação e qualidade da passagem

Clarke et al. (2016), em unidades de internação de oncologia cirúrgica, observaram que o uso rotineiro da ferramenta eletrônica estruturada com I-PASS reduziu os erros de comunicação de $13 \pm 3\%$ para $7 \pm 2\%$ ($p=0,044$). Parent et al. (2018) avaliaram a qualidade das passagens com uma adaptação institucional do I-PASS: entre 343 passagens no grupo controle, 10,2% foram classificadas como de baixa qualidade, contra 7,2% das 740 transferências após a intervenção — uma redução de 80,5% na chance de transferência ruim (OR 0,19; IC95% 0,03–0,74; $p=0,03$). As transições ruins concentravam-se em falhas de informação sobre gravidade da doença, histórico médico e implementação dos planos de cuidado.

Atkinson e Hassan (2015) mediram um desfecho engenhoso: a frequência de informações novas descobertas durante as visitas matinais que não haviam sido comunicadas pelo plantão anterior. Após a implantação do handover baseado em prontuário eletrônico, essa frequência caiu 37,5%.

8.3 Tempo de transição

Vários estudos apontaram redução do tempo despendido nas transições — Clarke et al. (2016) reportaram queda de 15 para 5 minutos na compilação da lista de ações. Um resultado, porém, aponta em direção contrária e merece atenção.

Cornell et al. (2014) observaram que o SBAR eletrônico reduziu o tempo de avaliação do paciente para 80,5 segundos, contra 102,2 segundos na comunicação verbal não estruturada ($p<0,001$), sugerindo melhor consciência situacional. Entretanto, o SBAR em papel obteve tempo médio ainda menor, de 70,7 segundos. Os autores atribuíram a diferença a fatores como lentidão do computador e desenho da plataforma.

A leitura correta desse achado não é que o papel seja superior, e sim que a implementação importa tanto quanto a decisão de informatizar. Uma interface mal projetada converte ganho de estrutura em perda de tempo — e, em serviços sobrecarregados, perda de tempo é o caminho mais curto para o abandono da ferramenta.

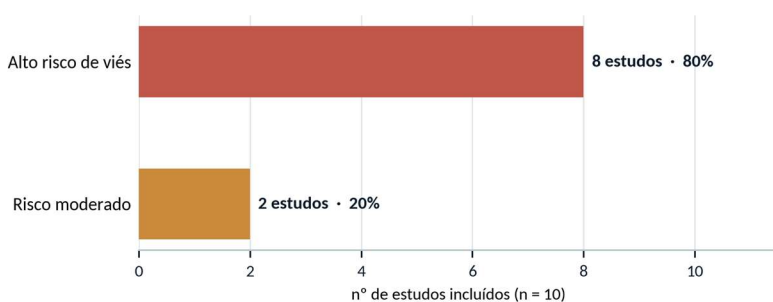
Risco de viés: o que não se pode afirmar

Nenhuma síntese de evidências é honesta sem uma declaração explícita de seus limites. Este capítulo cumpre essa função e deve ser lido antes de qualquer decisão de gestão baseada nos capítulos anteriores.

9.1 A avaliação

Dos dez estudos incluídos, oito foram classificados com alto risco de viés e dois com risco moderado. O único ensaio randomizado, avaliado pela RoB 2.0, também foi classificado com alto risco.

Figura 2 — Classificação global do risco de viés dos estudos incluídos (ROBINS-I e RoB 2.0)



Fonte: dados da revisão sistemática (n = 10).

A análise por domínios mostrou desempenho desigual. Todos os estudos alcançaram baixo risco de viés nos domínios de relato seletivo de desfechos e de dados incompletos de desfecho — ou seja, os estudos relataram o que se propuseram a relatar e não apresentaram perdas problemáticas. Em contrapartida, metade deles apresentou risco alto ou indefinido na detecção do desfecho, e a maioria apresentou risco alto ou incerto na ocultação de alocação e na geração de sequência aleatória.

9.2 O que esse padrão significa

O padrão observado é típico de pesquisa de implementação em serviços reais: é impossível cegar profissionais quanto ao uso de um sistema eletrônico, e raramente é viável randomizar unidades inteiras de um hospital. As

fragilidades encontradas são, em boa medida, inerentes ao objeto — o que não as torna menos consequentes para a interpretação.

Três afirmações, portanto, não podem ser sustentadas por esta revisão. Primeira: que a tecnologia, isoladamente, reduza eventos adversos. Segunda: que exista um modelo tecnológico superior aos demais para transições de cuidado. Terceira: que os resultados obtidos em terapia intensiva, pediatria ou oncologia cirúrgica se transfiram automaticamente para outros cenários.

O que a revisão sustenta

Que intervenções eletrônicas estruturadas melhoram de forma consistente a comunicação entre profissionais nas transições de cuidado hospitalar, ampliando a completude da informação, reduzindo erros de comunicação e, em geral, encurtando o tempo das passagens.

Que há sinais favoráveis, ainda que não conclusivos, de redução de eventos adversos evitáveis quando o sistema eletrônico integra um pacote que inclui estruturação da informação e treinamento das equipes.

Que a estrutura da informação — e não o suporte em que ela trafega — é o elemento que melhor explica os ganhos observados.

E que estudos com maior rigor metodológico, definições padronizadas de eventos adversos e desenhos capazes de isolar componentes permanecem necessários.

A terceira dessas conclusões é a que sustenta a Parte III. Se o que produz melhoria é a estrutura, então o conhecimento acumulado sobre passagens hospitalares pode ser deslocado para a transição mais desestruturada de todas — aquela que devolve o paciente ao território.

DA ENFERMARIA AO TERRITÓRIO

A transição hospital-Atenção Primária à Saúde: perspectiva da Medicina de Família e Comunidade e proposta de instrumento estruturado

A transição esquecida

A literatura internacional sobre transições de cuidado é abundante e concentrada. Ela estuda, quase exclusivamente, o que acontece dentro do hospital. Há um motivo prático para isso: dentro do hospital existe prontuário comum, hierarquia definida e possibilidade de medir. Fora dele, o paciente desaparece do campo de visão da instituição — e, com frequência, também do campo de visão da pesquisa.

10.1 O que acontece quando alguém recebe alta

Considere a sequência habitual. Uma pessoa idosa é internada por descompensação de insuficiência cardíaca. Passa oito dias no hospital. Tem a medicação ajustada: dois fármacos suspensos, um introduzido, doses alteradas. Realiza exames cujos resultados chegam no dia da alta. Recebe orientação verbal, um sumário de alta impresso e a recomendação de procurar sua unidade básica de saúde.

A partir desse momento, a informação clínica passa a depender de um único vetor: o próprio paciente, ou seu acompanhante. É essa pessoa — frequentemente idosa, muitas vezes com baixa escolaridade, sempre fragilizada por oito dias de internação — quem deverá transportar, compreender e retransmitir à equipe de Saúde da Família aquilo que oito dias de cuidado hospitalar produziram.

Nenhum hospital aceitaria esse desenho para uma passagem de plantão interna. Seria inconcebível que um plantonista transmitisse informações críticas por intermédio do paciente. E, no entanto, é exatamente assim que funciona a transição de maior volume do sistema.

10.2 Por que essa transição falha mais

Cinco fatores explicam a fragilidade específica dessa passagem, e todos podem ser lidos como versões agravadas das barreiras descritas no Capítulo 2.

1. Não há destinatário nomeado. O sumário de alta é endereçado genericamente a "unidade de saúde" — e informação sem destinatário definido é informação sem responsável.

2. Não há simultaneidade nem sincronia. Não existe um momento formal em que as duas equipes se encontrem, ainda que virtualmente.
3. Os sistemas de informação são distintos. O prontuário hospitalar e o prontuário da APS raramente conversam, o que impede a extração automática de dados que a Parte II identificou como principal vantagem exclusiva da tecnologia.
4. Não há estrutura definida. Sumários de alta variam de instituição para instituição, de serviço para serviço e, com frequência, de plantonista para plantonista.
5. Não há retorno. Quem entrega não sabe se a informação chegou, e quem deveria receber não sabe que deveria estar esperando.

A ausência do quinto item merece ênfase. O elemento que a Parte II identificou como diferencial do I-PASS foi justamente a síntese pelo receptor — o fechamento do circuito. Na transição hospital-APS brasileira, o circuito não apenas não se fecha: ele sequer é aberto de forma identificável.

10.3 As consequências

As consequências dessa desconexão são clinicamente previsíveis. Discrepâncias medicamentosas após a alta, com manutenção de fármacos suspensos ou omissão de fármacos introduzidos. Exames pendentes cujos resultados nunca são checados por ninguém. Retornos ambulatoriais não agendados. Sinais de descompensação precoce não reconhecidos porque a equipe do território desconhece o que mudou. E, ao final da cadeia, reinternações que poderiam ter sido evitadas por um contato qualificado nas primeiras setenta e duas horas.

A instituição da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, ao nomear as transições assistenciais seguras como responsabilidade compartilhada e ao atribuir à APS o papel de coordenadora do cuidado, oferece a base normativa para enfrentar esse problema. O que falta é instrumento.

O olhar da Medicina de Família e Comunidade

Este capítulo desloca o ponto de observação. Até aqui, olhou-se a transição do lado de quem entrega. Aqui, olha-se do lado de quem recebe — e a paisagem é bastante diferente.

11.1 Quem recebe é quem já conhecia

A equipe de Saúde da Família ocupa uma posição singular nesse circuito: ela é, ao mesmo tempo, o destinatário da alta e a fonte de quase toda a informação anterior à internação. Conhece a pessoa antes do episódio agudo, conhece a família, o domicílio, a rede de apoio, as condições de moradia, a adesão prévia ao tratamento e as dificuldades concretas de acesso.

Isso significa que a transição hospital-APS não é a entrega de um caso desconhecido a um receptor neutro. É a devolução de uma pessoa conhecida a quem melhor a conhece — o que torna a falha de comunicação ainda mais desperdiçadora. O hospital detém oito dias de informação; a equipe detém anos. O que não existe é o ponto de encontro entre as duas.

11.2 Coordenação do cuidado como ato clínico

Na Medicina de Família e Comunidade, a coordenação do cuidado não é função administrativa delegável à recepção ou à regulação. É atributo clínico: integrar informações provenientes de diferentes pontos da rede, atribuir-lhes sentido no contexto de vida da pessoa e transformá-las em plano viável.

Três operações compõem esse trabalho após uma alta hospitalar. A primeira é a reconciliação medicamentosa: comparar o que a pessoa usava antes, o que foi prescrito na alta e o que ela efetivamente está tomando em casa — três listas que raramente coincidem. A segunda é a reavaliação do plano terapêutico à luz do episódio: uma internação sinaliza que algo do plano anterior não funcionou. A terceira é a repactuação com a pessoa e sua família, considerando a nova capacidade funcional, que frequentemente é menor do que antes da internação.

Nenhuma dessas três operações é possível sem informação estruturada sobre o que ocorreu no hospital. Sem ela, a consulta pós-alta se converte em

reconstituição arqueológica, feita a partir de caixas de medicamentos trazidas em sacola plástica e da memória do acompanhante.

11.3 As três continuidades

A literatura sobre continuidade do cuidado distingue três dimensões que ajudam a organizar o problema. A continuidade relacional é o vínculo entre a pessoa e um profissional ou equipe conhecida ao longo do tempo. A continuidade de gestão é a coerência entre os planos de cuidado propostos por diferentes serviços. A continuidade informacional é a disponibilidade da informação clínica relevante no momento e no lugar em que a decisão é tomada.

A alta hospitalar coloca as três em risco simultaneamente. A continuidade relacional se interrompe durante a internação. A continuidade de gestão é ameaçada quando dois planos coexistem sem reconciliação. E a continuidade informacional simplesmente não se estabelece quando não há canal.

Convém notar que a continuidade informacional é a mais barata das três de sustentar e a que menos depende de estabilidade da força de trabalho — fator crítico em municípios com alta rotatividade profissional. Um registro bem estruturado permanece quando as pessoas mudam.

11.4 O que a equipe precisaria receber

Perguntada sobre o que gostaria de saber ao reencontrar uma pessoa recém-egressa, uma equipe de Atenção Primária tende a listar sempre os mesmos itens: qual foi o diagnóstico e em que condição a pessoa saiu; o que foi feito e o que os exames mostraram; o que mudou na medicação; o que ficou pendente e com que prazo; que sinais devem acender alerta; e a quem recorrer no hospital em caso de dúvida.

São seis perguntas. Elas cabem em uma página. E é justamente essa constatação — a de que o conjunto mínimo de informações é pequeno, estável e previsível — que autoriza a proposta apresentada no Capítulo 13.

O que o SUS digital já permite

Antes de propor um instrumento, é preciso examinar a infraestrutura disponível. Propor soluções que exigem sistemas inexistentes é uma forma elegante de não propor nada.

12.1 A base instalada

A Atenção Primária brasileira dispõe hoje de uma infraestrutura de informação que não existia quando a maior parte dos estudos analisados na Parte II foi conduzida. O e-SUS APS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão consolidaram o registro clínico individual no território. A Rede Nacional de Dados em Saúde foi concebida como camada de interoperabilidade entre estabelecimentos e sistemas. Aplicativos de acesso do cidadão permitem que a própria pessoa carregue parte de seu histórico.

No plano da organização das equipes, a incorporação das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, instituídas pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, ampliou a capacidade de resposta às demandas que se seguem a uma internação — reabilitação, avaliação nutricional, cuidado em saúde mental e apoio ao cuidador.

No plano do financiamento, a metodologia de cofinanciamento instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, com prazos redefinidos pela Portaria GM/MS nº 10.994, de 13 de maio de 2026, introduziu componentes de qualidade e de vínculo e acompanhamento territorial, tornando o registro qualificado da população adscrita um parâmetro com consequência orçamentária.

12.2 A lacuna

O que essa infraestrutura ainda não oferece é um instrumento padronizado, de preenchimento obrigatório e destinatário nomeado, para a transição do hospital para a equipe de referência do território. Existe capacidade de transmitir; falta o que transmitir, em que formato e para quem.

A comparação com a Parte II é instrutiva. Nos estudos analisados, a existência de prontuário eletrônico não bastou: o braço de registro eletrônico

sem estruturação, no estudo de Albert e Panesar, teve desempenho apenas marginalmente superior ao papel. Foi a estruturação que produziu o salto. A analogia é direta: interoperabilidade sem conjunto mínimo definido de dados produzirá sumários de alta digitais tão incompletos quanto os impressos.

12.3 Condições de viabilidade

Quatro condições tornam viável um instrumento de contrarreferência estruturada no SUS, e nenhuma delas exige tecnologia nova:

- Definição de um conjunto mínimo de dados, pactuado entre hospital e Atenção Primária no território.
- Identificação da equipe de referência do paciente no momento da admissão, e não da alta — informação disponível no cadastro da APS.
- Estrutura fixa de preenchimento, que impeça a seleção arbitrária pelo emissor.
- Confirmação de recebimento pela equipe destinatária, fechando o circuito.

As duas primeiras são decisões de gestão. A terceira é desenho de formulário. A quarta é a única que exige alguma coordenação técnica — e pode, em serviços sem integração de sistemas, ser cumprida por meios simples, inclusive contato telefônico registrado.

O modelo CARTA

Este capítulo apresenta a proposta que constitui o produto autoral desta obra: um instrumento de contrarreferência estruturada para a transição hospital–Atenção Primária à Saúde, desenhado a partir dos elementos que a revisão sistemática identificou como responsáveis pelos ganhos observados.

Advertência necessária: o modelo CARTA é uma proposta derivada da evidência analisada, ainda não submetida a validação de conteúdo, teste-piloto ou avaliação de efetividade. Ele é oferecido como hipótese de trabalho para serviços e como objeto para pesquisas futuras, e não como instrumento validado.

13.1 A lógica da proposta

Três achados da Parte II orientaram o desenho. Primeiro: a estrutura importa mais do que o suporte, o que autoriza um instrumento que funcione em papel, em formulário eletrônico ou integrado ao prontuário. Segundo: o conjunto mínimo de dados deve ser definido previamente e adaptado ao contexto, o que recomenda um núcleo fixo com campos complementares locais. Terceiro: o fechamento do circuito pelo receptor é o diferencial dos modelos mais efetivos, o que torna a confirmação de recebimento parte do instrumento, e não etapa acessória.

A escolha do acrônimo em português não é estética. Mnemônicos importados exigem tradução mental a cada uso, o que reduz adesão em equipes com formação heterogênea. CARTA nomeia, simultaneamente, a estrutura e o gesto: alguém escreve a alguém.

13.2 A estrutura

Figura 3 — Modelo CARTA: estrutura de contrarreferência para a transição hospital–APS

C	Condição de saída diagnóstico principal, estado clínico e gravidade na alta
A	Ações realizadas procedimentos, intervenções e resultados relevantes
R	Reconciliação medicamentosa o que iniciou, mudou e deve ser suspenso
T	Tarefas pendentes exames a checar, prazos, retorno e encaminhamentos
A	Alerta e responsável sinais de alarme e quem responde pelo caso na APS

Fonte: elaboração dos autores.

C — Condição de saída

Diagnóstico principal e diagnósticos secundários relevantes; motivo da internação; condição clínica no momento da alta, incluindo estado funcional comparado ao anterior à internação; e presença de dispositivos — sondas, cateteres, ostomias, feridas. O estado funcional é o campo mais frequentemente omitido e o mais determinante para o planejamento da equipe: uma pessoa que entrou deambulando e saiu acamada exige resposta imediata do território.

A — Ações realizadas

Procedimentos e intervenções executados; resultados de exames com significado para o seguimento, com destaque para valores alterados; e intercorrências ocorridas durante a internação. Não se trata de reproduzir a evolução hospitalar, e sim de informar o que altera decisões futuras.

R — Reconciliação medicamentosa

Três listas explicitamente separadas: medicamentos mantidos, medicamentos iniciados e medicamentos suspensos, com a razão da suspensão. Esse campo responde pela maior parte dos danos evitáveis pós-alta e é o que mais se beneficia de estrutura fixa, porque a omissão aqui é silenciosa: ninguém percebe que um fármaco deixou de ser suspenso até que o efeito apareça.

T — Tarefas pendentes

Exames solicitados cujos resultados ainda não foram avaliados, com prazo; consultas e encaminhamentos agendados ou a agendar; procedimentos de seguimento, como troca de curativo ou retirada de pontos, com data; e ações esperadas da equipe de Atenção Primária, com prazo sugerido — incluindo o contato nas primeiras setenta e duas horas após a alta.

A — Alerta e responsável

Sinais de alarme específicos daquele caso, descritos em linguagem operacional e não genérica; identificação nominal do profissional do hospital responsável pela alta, com meio de contato; identificação nominal do profissional ou equipe de referência na Atenção Primária; e confirmação de recebimento, com data, hora e identificação de quem recebeu.

13.3 Uso e responsabilidades

O instrumento pressupõe uma divisão simples. O hospital preenche C, A, R e T e a primeira metade do segundo A. A equipe de Atenção Primária registra a confirmação de recebimento e, na primeira avaliação pós-alta, complementa o campo de responsável com o profissional que assumirá o seguimento.

A identificação da equipe de referência deve ocorrer na admissão, e não na alta — momento em que o hospital, ao registrar o cadastro do paciente, já pode consultar a qual equipe ele está adscrito. Deixar essa identificação para o final reproduz o problema que o instrumento pretende resolver: pressa e ausência de destinatário.

Recomenda-se que o preenchimento seja iniciado a partir da definição da alta provável, e não no dia da saída, replicando o princípio de preenchimento prévio que a Parte II identificou como vantagem das plataformas eletrônicas.

13.4 Como validar

Uma proposta responsável precisa indicar seu próprio caminho de verificação. Sugere-se um percurso em quatro etapas: validação de conteúdo por painel de especialistas das duas pontas — hospitalar e Atenção Primária —, com índice de validade de conteúdo; teste-piloto em um par hospital-unidade básica, com avaliação de viabilidade e tempo de preenchimento; estudo quase-experimental do tipo antes e depois, com desfechos de completude da

informação, taxa de confirmação de recebimento e tempo até o primeiro contato pós-alta; e, em etapa posterior, avaliação de desfechos clínicos, com reinternação em trinta dias e discrepâncias medicamentosas identificadas na primeira consulta.

Os três primeiros desfechos são os mesmos que a literatura hospitalar demonstrou responder à estruturação. O quarto é o que realmente importa — e o que, como mostrou o Capítulo 9, exige desenhos mais robustos do que os disponíveis até aqui.

IMPLEMENTAR

Recomendações para serviços, gestão e formação, e agenda de pesquisa