INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DO PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

Implantação, governança, operação e continuidade assistencial

EDIÇÃO INTEGRAL — 40 CAPÍTULOS E 18 ANEXOS

CONSOLIDAÇÃO EDITORIAL DOS DOCUMENTOS APROVADOS PELO PROPONENTE

São Paulo/SP • 03 de novembro de 2026

NOTA DE CONTROLE E VALIDAÇÃO

Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã — Hospital Canaã (projeto)
Objeto	Manual do Passaporte Digital de Saúde Canaã
Composição desta edição	40 capítulos e 18 anexos técnicos
Data-base editorial	03/11/2026
Situação	Capítulos 01–40 e Anexos 01–18 aprovados editorialmente pelo proponente; validação multiprofissional, jurídica, proteção de dados e homologação tecnológica ainda necessárias
Natureza do projeto	Plano institucional; não comprova operação, credenciamento ou integração vigente com sistemas externos ou SUS
Fontes	Documentos Word individuais aprovados; duplicatas identificadas e excluídas da consolidação

Escopo da consolidação

Esta edição reúne o conteúdo dos arquivos independentes, preservando seus modelos, quadros, anexos e formulários. A expressão “minuta” em capas e formulários originais registra a etapa de criação do documento; a aprovação editorial posterior é atestada por este termo e não substitui atos de homologação formal da Direção Técnica, Núcleo de Segurança do Paciente, Encarregado LGPD, assessoria jurídica e gestores do SUS, quando aplicável.

Atualização normativa registrada

Na edição consolidada, o Capítulo 19 recebe duas correções editoriais de referência: substituição da menção à RDC Anvisa nº 786/2023, já revogada, pela RDC nº 978/2025, vigente com alterações das RDCs nº 986/2025 e nº 1.043/2026. O arquivo individual aprovado permanece preservado, e o relatório de revisão descreve exatamente as alterações.

Uso e interpretação

O Passaporte é uma camada de acesso e continuidade do cuidado, não um segundo prontuário. Valores de indicadores e SLAs são propostas institucionais, salvo norma expressa aplicável. Integrações RNDS ou municipais não são presumidas implementadas. Nos pacientes cirúrgicos, mantém-se a titularidade nominal do cirurgião responsável, com cogestão hospitalista e atuação do intensivista segundo protocolos formalizados.

SUMÁRIO GERAL NAVEGÁVEL

PARTE I — IDENTIDADE INSTITUCIONAL E DIRECIONAMENTO ESTRATÉGICO

CAPÍTULO 01 — Apresentação institucional do Programa Passaporte Digital de Saúde Canaã

CAPÍTULO 02 — Problema sanitário, justificativa e valor público para o SUS

CAPÍTULO 03 — Missão, objetivos, princípios, escopo e limites do programa

CAPÍTULO 04 — Público-alvo, equidade, acessibilidade e inclusão digital

CAPÍTULO 05 — Articulação com o Hospital Canaã e a Rede de Atenção à Saúde de São Paulo

PARTE II — FUNDAMENTOS ASSISTENCIAIS E EVIDÊNCIAS

CAPÍTULO 06 — Transição do cuidado e continuidade assistencial: fundamentos científicos

CAPÍTULO 07 — Segurança do paciente, comunicação efetiva e prevenção de eventos adversos

CAPÍTULO 08 — Alta responsável e critérios de preparação segura da saída hospitalar

CAPÍTULO 09 — Análise crítica de experiências e plataformas nacionais e internacionais

PARTE VIII — PROCESSOS, IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO

CAPÍTULO 10 — Controle de versão e campos de revisão/aprovação institucional

PARTE III — BASES LEGAIS, ÉTICAS E GOVERNANÇA

CAPÍTULO 11 — Marco jurídico e sanitário aplicável ao programa e à assistência no SUS

CAPÍTULO 12 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital e estratégia de saúde digital

CAPÍTULO 13 — Rede Nacional de Dados em Saúde e modelo oficial do Sumário de Alta

CAPÍTULO 14 — LGPD, sigilo médico, direitos do paciente e hipóteses legais de tratamento de dados

CAPÍTULO 15 — Governança institucional, responsabilidades, comitês e matriz RACI

PARTE IV — INFORMAÇÃO CLÍNICA E CONSTRUÇÃO DO PASSAPORTE

CAPÍTULO 16 — Identificação segura do paciente, do episódio assistencial e de responsáveis

CAPÍTULO 17 — Dados clínicos essenciais: motivo da internação, diagnósticos, CIDs e evolução

CAPÍTULO 18 — Medicamentos, alergias e conciliação medicamentosa na alta

CAPÍTULO 19 — Procedimentos, cirurgias, exames laboratoriais, anatomopatológicos e de imagem

CAPÍTULO 20 — Elaboração, validação, assinatura e disponibilização do Sumário de Alta

PARTE V — PLANO DE CONTINUIDADE E CONTRARREFERÊNCIA

CAPÍTULO 21 — Plano individual de continuidade: cuidados, retorno, sinais de alerta e metas

CAPÍTULO 22 — Contrarreferência ativa para UBS, atenção especializada e equipes de referência

CAPÍTULO 23 — Utilização do Passaporte em novos atendimentos de UPA e pronto-socorro

CAPÍTULO 24 — Resultados pendentes, achados críticos e comunicação após a alta

CAPÍTULO 25 — Populações vulneráveis, cuidadores, representantes e alternativas não digitais

PARTE VI — PORTAL DO PACIENTE, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

CAPÍTULO 26 — Portal web institucional, navegação e jornada digital do paciente

CAPÍTULO 27 — Histórico, visualização de exames, documentos, comprovantes e compartilhamento seguro

CAPÍTULO 28 — Educação em saúde personalizada para condições clínicas e pós-operatórios

CAPÍTULO 29 — Canal de contato pós-alta: chat, WhatsApp institucional, protocolos e escalonamento

CAPÍTULO 30 — Notificações, lembretes, pesquisa de experiência e suporte ao usuário

PARTE VII — ARQUITETURA TECNOLÓGICA E SEGURANÇA

CAPÍTULO 31 — Arquitetura funcional: prontuário como fonte primária e portal como camada de acesso

CAPÍTULO 32 — Integrações com PEP/HIS, laboratório, radiologia, PACS/DICOM e prescrição eletrônica

CAPÍTULO 33 — Interoperabilidade RNDS/HL7 FHIR R4 e alinhamento com sistemas municipais

CAPÍTULO 34 — Identidade digital, autenticação, autorização, perfis e trilhas de acesso

CAPÍTULO 35 — Segurança cibernética, continuidade tecnológica, incidentes e gestão de fornecedores

PARTE VIII — PROCESSOS, IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO

CAPÍTULO 36 — POPs, fluxogramas, pontos de controle e responsabilidades operacionais

CAPÍTULO 37 — Equipes, competências, treinamento, suporte e gestão da mudança

CAPÍTULO 38 — Indicadores clínicos, operacionais, de qualidade, segurança e experiência

CAPÍTULO 39 — Implantação por fases, produto mínimo viável, piloto, testes e homologação

CAPÍTULO 40 — Avaliação de resultados, sustentabilidade econômica e revisão do programa

ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 01 — Modelo padronizado de Sumário de Alta

ANEXO 02 — Modelo visual da Ficha do Passaporte Digital Canaã

ANEXO 03 — Checklist multiprofissional de alta segura

ANEXO 04 — Modelo de Plano Individual de Continuidade Assistencial

ANEXO 05 — Formulário de conciliação medicamentosa e alergias

ANEXO 06 — Fluxograma de contrarreferência hospital–UBS–atenção especializada

ANEXO 07 — Fluxograma de consulta do Passaporte em nova urgência/UPA

ANEXO 08 — Protocolo de resultados pendentes e achados críticos

ANEXO 09 — Protocolo do canal de orientação pós-alta e árvore de escalonamento

ANEXO 10 — Matriz RACI e mapa de responsabilidades institucionais

ANEXO 11 — Dicionário de dados clínicos, terminologias e campos obrigatórios

ANEXO 12 — Matriz de integrações PEP/HIS/LIS/RIS/PACS/RNDS

ANEXO 13 — Matriz de riscos assistenciais, tecnológicos e de privacidade

ANEXO 14 — Modelo de indicadores e painel gerencial

ANEXO 15 — Plano de testes, homologação, piloto e critérios de aceite

ANEXO 16 — Modelos de conteúdo educativo e orientações por linha de cuidado

ANEXO 17 — Plano de acessibilidade, contingência e atendimento sem internet

ANEXO 18 — Matriz de fontes oficiais, evidências e rastreabilidade normativa

Selecione o título para acessar diretamente o capítulo ou anexo. A paginação é automática no Word/PDF.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 01

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DO PROGRAMA

A alta hospitalar como transição segura e continuidade do tratamento

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA REVISÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Informação
Organização proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade prevista para implantação piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (projeto de reativação)
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Documento	Manual Institucional — Capítulo 01: Apresentação Institucional do Programa
Código sugerido	ICMC-PDSC-MAN-C01
Versão e situação	0.1 — minuta técnica para revisão e aprovação
Emissão	02/11/2026
Elaboração	Equipe de projeto — identificação nominal a formalizar
Revisão e aprovação	Direção institucional, direção técnica/médica, enfermagem, qualidade, TI, jurídico e proteção de dados — pendentes
Vigência	Somente após aprovação formal; esta versão não constitui POP vigente

NOTA DE MATURIDADE O Hospital Canaã e o Passaporte encontram-se em planejamento. As atividades, integrações, responsabilidades e metas aqui descritas são propostas institucionais, não comprovação de serviço implantado, pactuado ou homologado.

Roteiro interno do capítulo

1.1 Finalidade e abrangência
1.2 Identidade institucional e unidade piloto
1.3 Fundamentação do problema assistencial
1.4 Conceito e tese de valor do programa
1.5 Princípios institucionais
1.6 Jornada de cuidado e escopo funcional
1.7 Posicionamento na Rede de Atenção à Saúde
1.8 Beneficiários e equidade
1.9 Governança inicial e responsabilidades
1.10 Resultados e indicadores propostos
1.11 Implantação gradual e premissas de segurança
1.12 Limites, condicionantes e decisões a validar
1.13 Encaminhamentos para capítulos subsequentes
Referências essenciais e registro de aprovação

1.1 Finalidade e abrangência

O presente capítulo estabelece a identidade institucional, o fundamento assistencial, o propósito público, os limites conceituais e a orientação estratégica do Programa Passaporte Digital de Saúde Canaã. Integra o Manual Institucional de Implantação, Governança, Operação e Continuidade Assistencial, elaborado para orientar o desenvolvimento, a avaliação e a futura adoção do programa no âmbito do Instituto de Ciências Médicas Canaã.

Seu foco não é prescrever, desde já, todos os detalhes do software ou substituir documentos operacionais posteriores. O objetivo é fixar as diretrizes que deverão orientar, de maneira verificável, os capítulos sobre sumário de alta, segurança do paciente, contrarreferência, tecnologia, acessibilidade, proteção de dados, governança, implantação e avaliação de resultados.

O programa é concebido para iniciar sua implantação no Hospital Canaã, em São Paulo, após as devidas autorizações e validações, e admite expansão futura a outras unidades geridas pelo Instituto. Sua aplicação real dependerá da disponibilidade assistencial e tecnológica, dos contratos e pactuações pertinentes, das responsabilidades formalizadas e do cumprimento dos requisitos de segurança, ética, regulação e privacidade.

DIRETRIZ-SÍNTESE O Passaporte Digital de Saúde Canaã não é um segundo prontuário eletrônico: é um instrumento institucional de alta qualificada, organização da informação clínica e continuidade assistencial, centrado nas necessidades do paciente e no próximo ponto de cuidado.

1.2 Identidade institucional e unidade piloto

O Instituto de Ciências Médicas Canaã é a instituição proponente do programa e responsável por sua concepção, governança institucional e avaliação estratégica, conforme modelo de gestão a ser formalizado. O Hospital Canaã é apresentado como a unidade piloto prevista para aplicação do Passaporte, no contexto de seu projeto de reativação e estruturação de serviços assistenciais no município de São Paulo.

Essa diferenciação é intencional: o programa pertence ao portfólio institucional do Instituto; a operação assistencial, o registro clínico e a disponibilização de documentos ocorrerão nos serviços de saúde efetivamente habilitados e em funcionamento. Ao ser implantado em uma unidade, cada atribuição deve ser vinculada ao respectivo responsável clínico, técnico, administrativo e contratual.

O Passaporte deve ser parte da linha de cuidado do Hospital Canaã, e não atividade periférica de tecnologia da informação. Sua geração dependerá da qualidade dos registros assistenciais desde a admissão, da revisão de diagnósticos e medicamentos, da assinatura

dos documentos pertinentes e da preparação clínica e educacional do paciente para o período posterior à alta.

A plataforma de acesso foi idealizada como portal web responsivo no ambiente institucional, dispensando inicialmente a criação de aplicativo móvel próprio. A conveniência tecnológica é subordinada à segurança, à capacidade real de operação, à acessibilidade e à interoperabilidade, nunca o contrário.

1.3 Fundamentação do problema assistencial

1.3.1 O ponto de ruptura após a alta

A saída do hospital frequentemente reúne diversas transferências simultâneas: de profissionais responsáveis, de ambiente assistencial, de prescrições e planos terapêuticos, de responsabilidades pelo acompanhamento e de informações necessárias para decisões futuras. Quando a comunicação é incompleta, a continuidade do cuidado torna-se vulnerável a erros de medicação, perda de exames, repetição desnecessária de investigação, demora na reavaliação e dúvidas do paciente e de seus cuidadores. Tais riscos justificam processos padronizados de transição e comunicação entre serviços [1, 2].

Não se presume que a mera entrega de documentos impeça reinternações ou eventos adversos. O potencial benefício do Passaporte depende do conjunto de processos: qualidade do sumário clínico, compreensão das orientações, reconciliação medicamentosa, tratamento de pendências, acesso apropriado por profissionais e articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). O desempenho deverá ser mensurado e avaliado após a implantação, evitando alegações de redução de risco sem evidência local.

1.3.2 Alta responsável como compromisso assistencial

A concepção proposta dialoga com a noção de “alta responsável”, reconhecida nas políticas hospitalares e em iniciativas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: o planejamento da saída deve orientar usuários, familiares e cuidadores, promover autonomia e articular os diferentes pontos da RAS, particularmente a atenção básica [2]. O Passaporte será o suporte informacional e comunicacional desse processo, não seu substituto.

1.3.3 Medicamentos como área de risco prioritário

A Organização Mundial da Saúde inclui a segurança da medicação nas transições do cuidado entre as prioridades do desafio global Medication Without Harm. Em consequência, o programa não poderá limitar-se a uma lista histórica de medicamentos administrados no hospital: terá de distinguir tratamentos vigentes, alterações justificadas, medicamentos suspensos e orientações para uso após a alta, com validação pelos profissionais responsáveis [3].

1.4 Conceito e tese de valor do programa

O Passaporte Digital de Saúde Canaã é definido como um serviço assistencial-digital que, a partir dos registros oficiais produzidos durante um atendimento ou internação, organiza e disponibiliza ao paciente informações clínicas relevantes, documentos validados e um plano individual de continuidade de cuidados, por meio de canal seguro, acessível e passível de interoperabilidade progressiva com o ecossistema do SUS.

Seu valor institucional decorre de integrar três necessidades que muitas vezes são tratadas separadamente: memória clínica do episódio hospitalar, orientação compreensível para o paciente e encaminhamento responsável para o serviço que assumirá a etapa seguinte do cuidado.

Dimensão	Entrega central	Valor assistencial esperado
Memória clínica	Resumo de alta e documentos clínicos validados	Melhor compreensão do episódio e acesso futuro a informações relevantes.
Plano de continuidade	Orientações, prescrição, pendências, retornos e sinais de alerta	Menor risco de perda de condutas e de dúvidas não resolvidas.
Comunicação entre pontos de atenção	Contrarreferência estruturada e compartilhamento autorizado	Maior disponibilidade de informações para UBS, ambulatório, UPA e outros serviços.
Educação e participação	Conteúdo compreensível e canal de orientação pós-alta	Participação informada do paciente e cuidador, com apoio humano.
Gestão e segurança	Registros auditáveis, indicadores e tratamento das exceções	Capacidade de identificar falhas e aperfeiçoar a transição do cuidado.

1.4.1 O que o Passaporte é — e o que não é

É: um instrumento de continuidade assistencial vinculado ao atendimento prestado; um meio de acesso seguro do paciente a informações sobre sua passagem hospitalar; uma forma de facilitar a comunicação clínica com outros profissionais; e uma base para educação pós-alta orientada por diagnóstico e intervenção.

Não é: substituto do prontuário oficial; cópia integral e indiscriminada do prontuário; garantia automática de integração com sistemas municipais ou nacionais; autorização irrestrita para terceiros acessarem dados sensíveis; serviço de emergência via chat; nem promessa de acompanhamento externo sem equipes, recursos e fluxos pactuados.

1.5 Princípios institucionais

A concepção e as escolhas operacionais deverão observar os seguintes princípios, cuja aplicação será desdobrada nos capítulos específicos:

1. Centralidade da pessoa: linguagem compreensível, autonomia e direito de acesso às informações pertinentes, respeitadas as regras legais e assistenciais.
2. Continuidade do cuidado: cada alta deve conter orientação sobre a etapa seguinte e mecanismo de responsabilização por pendências clinicamente relevantes.
3. Segurança clínica: registros rastreáveis, validação profissional, reconciliação medicamentosa e comunicação de resultados críticos.
4. Integralidade e coordenação em rede: atuação complementar à UBS, atenção especializada, urgência e demais pontos da RAS, sem substituir as competências de cada serviço.
5. Equidade e acessibilidade: alternativa presencial ou impressa, apoio a pessoas com deficiência e letramento digital limitado, e recursos adequados a cuidadores autorizados.
6. Proteção de dados desde a concepção: controle de acesso, finalidade específica, minimização, auditoria e segurança proporcionais à sensibilidade clínica.
7. Interoperabilidade e não duplicação: prontuário eletrônico como fonte oficial e uso de padrões nacionais, evitando ilhas de informação.
8. Governança humana e responsabilização: tecnologia de apoio, sem retirar de profissionais habilitados as decisões e validações clínicas.
9. Aprimoramento mensurável: indicadores definidos antes do piloto, auditorias periódicas e revisão estruturada de incidentes e resultados.

1.6 Jornada de cuidado e escopo funcional

A jornada prevista começa antes da alta, idealmente na própria admissão. Uma documentação produzida apenas no dia de saída tende a depender de recuperação tardia de informações e pode deixar lacunas. O modelo propõe fluxo longitudinal dentro do episódio assistencial, sob coordenação multiprofissional.

Momento	Ação institucional pretendida	Produto ou salvaguarda
Entrada e internação	Identificar corretamente o paciente e registrar dados clínicos relevantes no sistema oficial.	Base confiável para síntese posterior; verificação de identidade e alergias.
Evolução e decisões	Atualizar diagnósticos, intervenções, medicamentos, exames e resultados pendentes.	Informações consistentes e atribuídas a profissionais responsáveis.

Momento	Ação institucional pretendida	Produto ou salvaguarda
Preparação da alta	Revisar sumário, conciliar medicamentos, estabelecer retornos, orientações e plano de continuidade.	Alta preparada, prescrições assinadas, checklist multiprofissional.
Entrega e acesso	Disponibilizar Passaporte no portal e orientar acesso; oferecer via alternativa.	Documento acessível, autenticado e compreensível.
Pós-alta	Orientar sobre pendências, resultados, retornos e dúvidas em canal com protocolos.	Resposta humana e escalonamento para situações clínicas relevantes.
Novo ponto de cuidado	Permitir consulta do paciente e compartilhamento apropriado com profissional assistente.	Menos lacunas informacionais e melhor contextualização da nova avaliação.

1.6.1 Núcleo informacional mínimo proposto

Sem antecipar o dicionário de dados obrigatório, o núcleo inicialmente recomendado compreende: identificação do paciente e do episódio; motivo da internação; diagnósticos e CIDs validados quando aplicáveis; resumo da evolução; procedimentos e cirurgias; medicamentos relevantes e prescrição de alta; alergias e alertas; resultados e laudos disponíveis; exames ou avaliações pendentes; orientações e sinais de alerta; serviço de destino e recomendações de seguimento; e autoria/assinatura dos documentos clínicos.

Imagens diagnósticas poderão ser disponibilizadas por visualizador ou acesso seguro ao repositório de imagens, quando tecnicamente viável, sem exigir que todo arquivo DICOM seja copiado para o portal. Documentos de anatomopatologia ou outros exames liberados após a alta deverão obedecer a fluxo de revisão clínica, comunicação e rastreabilidade específico.

1.7 Posicionamento na Rede de Atenção à Saúde

O Passaporte se destina a facilitar a transição entre o Hospital Canaã e a rede territorial, especialmente a Atenção Primária à Saúde, a atenção ambulatorial especializada e a rede de urgência e emergência. Para o paciente, constitui uma apresentação organizada de sua trajetória hospitalar; para o profissional de saúde, pode oferecer informação clínica útil à avaliação posterior, respeitados o contexto assistencial e os critérios de acesso.

A estratégia é complementar — e não concorrente — a instrumentos oficiais como Meu SUS Digital, e-SaúdeSP e RNDS. A RNDS constitui a infraestrutura nacional de interoperabilidade, com guias de implementação e modelos clínicos estruturados segundo HL7 FHIR R4 [4, 5]. A publicação da Política Nacional de Informação e Saúde Digital em outubro de 2026 reforça diretrizes de centralidade do cidadão, integração das informações e segurança [6].

A existência de diretrizes e interfaces nacionais não corresponde a autorização automática para integração do hospital ou acesso a bases de terceiros. A futura interoperabilidade deverá seguir os requisitos técnicos, institucionais e contratuais aplicáveis, inclusive credenciamento, homologação, escopo de dados, compartilhamento legítimo e acordos com a gestão municipal quando pertinentes.

1.7.1 Contrarreferência ativa como meta programática

O modelo almeja que uma alta com necessidade de continuidade na UBS não dependa apenas da capacidade de o paciente transportar documentos. Em fase posterior e mediante pactuação, o hospital poderá transmitir informações estruturadas ao serviço de referência, registrar envio, identificar pendências e verificar, quando houver canal e atribuições formalizados, o recebimento. A confirmação efetiva de seguimento não deve ser presumida com base na simples emissão de um arquivo ou mensagem.

Nos casos em que não exista interoperabilidade pactuada, deverão ser empregados os meios institucionais disponíveis, seguros e compatíveis com o fluxo assistencial. A prescrição de encaminhamentos e o acesso à regulação municipal continuarão sujeitos aos instrumentos e competências oficiais do SUS.

1.8 Beneficiários e equidade

O público direto inclui pessoas atendidas em urgência, submetidas a exames, observação, internação clínica ou cirúrgica e procedimentos com indicação de documentação e orientações de seguimento. A extensão do conteúdo dependerá da natureza do episódio e das necessidades clínicas: uma consulta simples de pronto-socorro não requer necessariamente o mesmo conjunto documental de uma internação complexa.

Beneficiários indiretos incluem familiares e cuidadores legitimamente autorizados, equipes da Atenção Primária, especialistas, profissionais das UPAs, profissionais do próprio hospital e a gestão pública, esta última prioritariamente por indicadores agregados e não pela exposição indevida de dados individuais.

A solução deverá respeitar a pluralidade de condições dos usuários SUS: pessoas idosas, com deficiência visual, auditiva ou cognitiva, com baixa escolaridade, pouca familiaridade digital, barreiras de conectividade, necessidades linguísticas e restrições de acesso a smartphones. Não poderá se condicionar o direito à informação clínica à instalação de um aplicativo ou à posse de dispositivo próprio.

REGRA DE EQUIDADE A versão digital amplia opções de acesso, mas não elimina as formas presencial, impressa ou mediada por equipe habilitada. O suporte a responsáveis legais e representantes exigirá verificação de legitimidade e regras específicas.

1.9 Governança inicial e responsabilidades

A governança final será definida no Capítulo 15, acompanhada de matriz RACI e instrumentos normativos. Para evitar ambiguidade desde a concepção, propõe-se distribuição preliminar de papéis, sem atribuição pessoal ou aprovação formal nesta fase:

Nível / núcleo	Responsabilidade indicativa	Condição de formalização
Instituto de Ciências Médicas Canaã	Patrocínio institucional, prioridades estratégicas, políticas de qualidade e avaliação de resultados.	Ato de designação e aprovação da governança.
Direção técnica/médica hospitalar	Definir segurança clínica, autoria e critérios de validação dos documentos de alta.	Regimento, protocolos e responsabilidade técnica.
Coordenação assistencial / enfermagem	Organizar orientações, educação, checklist e verificação da compreensão do paciente.	POPs, treinamento e alinhamento multiprofissional.
Farmácia clínica, quando estruturada	Participar de conciliação medicamentosa, revisão de divergências e segurança da prescrição.	Dimensionamento e competências regulamentadas.
TI, engenharia de software e fornecedores	Manter integrações, disponibilidade, testes, perfis e suporte técnico.	Contratos, SLAs, homologação e gestão de mudanças.
Jurídico / privacidade / segurança da informação	Definir e revisar bases legais, papéis de tratamento, controles e gestão de incidentes.	Políticas institucionais e avaliações de risco.
Qualidade e segurança do paciente	Auditar indicadores, não conformidades e efetividade dos planos corretivos.	Programa de monitoramento e deliberação por comitê.

A decisão clínica permanece com profissional habilitado, com responsabilidade por seu registro e assinatura. O suporte tecnológico não altera a titularidade de obrigações assistenciais e não pode gerar diagnósticos ou prescrições sem validação apropriada. Papéis específicos de controlador e operador de dados dependerão da análise concreta das relações institucionais e contratuais, à luz da LGPD [7].

1.10 Resultados e indicadores propostos

Neste estágio, é apropriado formular hipóteses de benefício e critérios de monitoramento, sem estabelecer metas numéricas arbitrárias ou apresentar resultados inexistentes. As linhas de base, denominadores, periodicidade e metas serão definidos após mapeamento do fluxo e disponibilidade dos sistemas.

Domínio de resultado	Indicador inicial sugerido	Interpretação / cautela
Completude da alta	Proporção de altas elegíveis com sumário validado e elementos mínimos completos.	Medir disponibilidade e consistência, não apenas geração automática de arquivo.
Oportunidade	Intervalo entre decisão de alta e disponibilização ao paciente.	Analisar por tipo de alta e gravidade do caso.
Segurança medicamentosa	Proporção de altas elegíveis com conciliação registrada.	Medir discrepâncias resolvidas e não apenas presença de campo.
Pendências críticas	Percentual de resultados pendentes com responsável e encaminhamento documentados.	Monitorar prazo de revisão e comunicação de achados relevantes.
Continuidade em rede	Proporção de altas com plano de seguimento e serviço de destino identificado.	Envio de contrarreferência não equivale a recebimento nem adesão.
Acesso e equidade	Percentual com orientação de acesso e oferta de alternativa não digital.	Estratificar por idade e barreiras de acesso, sem uso discriminatório.
Experiência e compreensão	Percentual de usuários que compreendem medicamentos, sinais de alerta e retorno.	Aferir por método testado ou verificação orientada, não só satisfação.
Proteção de dados	Incidentes, acessos indevidos e tempo de resposta documentados.	Interpretar junto à maturidade de detecção e notificação.

O modelo causal esperado é: melhor organização e validação da alta → melhor acesso e compreensão → comunicação mais qualificada entre pontos de atenção → melhores condições para continuidade segura. A associação com reinternações, visitas à emergência, eventos adversos ou custos deverá ser investigada com método apropriado e ajustes para o perfil clínico dos pacientes.

1.11 Implantação gradual e premissas de segurança

1.11.1 Etapas institucionais indicativas

10. Desenho assistencial e regulatório: mapear processo de alta atual, documentos, responsáveis, riscos e requisitos mínimos; validar o escopo do piloto.
11. Produto mínimo funcional: gerar e disponibilizar de maneira segura sumário de alta, prescrição e orientações, apoiados no registro clínico oficial.
12. Ampliação documental: integrar laudos laboratoriais e de imagem, resultados pendentes e recursos de educação por condição clínica, conforme capacidade.
13. Comunicação estruturada: implantar orientação pós-alta com protocolos, tempos de resposta, equipe responsável e escalonamento para avaliações presenciais.
14. Integração e avaliação: negociar fluxos de contrarreferência, estudar integração com sistemas oficiais e expandir conforme homologação e avaliação dos resultados.

1.11.2 Barreiras mínimas para operação assistencial

Como condições de início do piloto, deverão existir: identidade inequívoca do usuário, registro clínico fonte, documentos validados e assinados quando aplicável, regras de correção e versionamento, política de privacidade, autenticação e autorização adequadas, auditoria de acessos, suporte a falhas, contingência para indisponibilidade, comunicação de incidentes, orientação de utilização e alternativas não digitais.

O canal de atendimento pós-alta, caso implementado, deverá definir horário de funcionamento, qualificação dos profissionais, assuntos elegíveis, triagem e escalonamento. Não será divulgado como atendimento emergencial, e usuários com sinais de alarme deverão receber instruções inequívocas para procurar serviço de urgência ou acionamento do SAMU, conforme o caso.

1.11.3 Separação dos programas estratégicos

O Passaporte Digital de Saúde Canaã é conceitualmente distinto do programa Acelera SUS Paulista Emergência. O primeiro se concentra na documentação, na alta e na continuidade do cuidado; o segundo se refere à resolutividade e à agilidade da linha de urgência e emergência. Poderão compartilhar infraestrutura institucional e informações legitimamente necessárias, sem confusão entre objetivos, métricas e responsabilidades.

1.12 Limites, condicionantes e decisões a validar

A versão atual é proposta de programa e de método. Antes da aprovação operacional, deverão ser resolvidas, pelo menos, as seguintes decisões institucionais e pactuações:

- Definir população elegível, episódios incluídos no piloto, condições de exclusão e critérios de alta efetivamente cobertos.
- Confirmar o PEP/HIS e demais sistemas que serão fontes oficiais, seus direitos de integração, assinaturas e capacidade de exportação de dados.
- Definir processo e profissionais responsáveis por validação clínica, revisão de pendências, conciliação medicamentosa e comunicação de resultados críticos.
- Formalizar responsabilidades de tratamento de dados e fundamentos legais para acesso, armazenamento, compartilhamento e eventual uso de mensageria institucional.
- Validar regras de acesso por dependentes, menores, representantes, cuidadores e profissionais de unidades externas.
- Realizar avaliação de impacto, ameaça e risco, incluindo testes de segurança, auditoria, retenção e continuidade operacional.
- Avaliar fluxos de contrarreferência com órgãos e unidades competentes, sem pressupor integração já contratada ou autorizada.
- Estabelecer indicadores, limites de qualidade, critérios de aceite e governança para melhorias e expansão.

Não se assume que disponibilidade de tecnologia equivalha a habilitação de serviço, que compartilhamento interinstitucional se faça com qualquer base legal genérica, ou que um profissional externo tenha acesso irrestrito a documentos do paciente. Cada fluxo deverá demonstrar finalidade assistencial, legitimidade e controle proporcional.

1.13 Encaminhamentos para capítulos subsequentes

A apresentação institucional delineia a razão de ser do programa. O detalhamento técnico será distribuído, sem sobreposição desnecessária, nos capítulos do índice mestre. Prioridades e dependências estão resumidas abaixo:

Tema aprofundado	Capítulos vinculados	Entrega futura
Problema sanitário e impacto esperado	02, 06–10	Justificativa epidemiológica, literatura e protocolos de transição segura.
Público-alvo e articulação territorial	04–05, 21–25	Jornada por perfil, fluxos de UBS, ambulatório, UPA e situações especiais.
Ética, regulação e proteção de dados	11–15, 34–35	Matriz normativa, governança formal, direitos de acesso, gestão de riscos.
Conteúdo e validação clínica	16–20	Dicionário de dados, sumário de alta, conciliação e autenticidade documental.
Portal e comunicação	26–30	Telas, acessibilidade, educação, notificações e protocolos de suporte.
Interoperabilidade e sistemas	31–33	Arquitetura alvo, integrações HIS/LIS/RIS/PACS, RNDS e homologação.
Operação, resultados e implantação	36–40	POPs, RH, indicadores, custos, piloto, testes e avaliação.

CRITÉRIO DE APROVAÇÃO A aprovação deste capítulo valida o conceito e a orientação institucional do Passaporte. Não substitui a aprovação futura dos fluxos técnicos, jurídicos, clínicos, de segurança e de integração.

Referências essenciais — consultadas em 02/11/2026

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente: objetivos, princípios e diretrizes. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente

[2] SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Indicador A9 — Alta Responsável; referência ao conceito de planejamento e transferência do cuidado na Política Nacional de Atenção Hospitalar. https://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/acesso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel

[3] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication safety in transitions of care. Geneva: WHO, 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025: Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. Página oficial de legislação RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS — integração e modelos em HL7 FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Saúde Digital, Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026; divulgação oficial em 29/10/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018): aspectos de tratamento, agentes e responsabilidades. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital: acesso do cidadão às informações e documentos de saúde disponíveis na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS): interoperabilidade, privacidade e acesso assistencial. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/rnds

Nota editorial: este capítulo apresenta síntese e diretrizes originais de planejamento com base nas fontes indicadas. As disposições normativas foram contextualizadas; sua aplicação concreta exige avaliação jurídica, regulatória e técnica na data de implementação.

Registro de revisão e aprovação

Etapa	Responsável	Data / manifestação
Revisão clínica e assistencial	A designar	Pendente
Revisão jurídica e privacidade	A designar	Pendente
Revisão tecnológica e segurança	A designar	Pendente
Aprovação institucional	Instituto de Ciências Médicas Canaã	Pendente

Histórico de versão: v0.1 — 02/11/2026 — primeira minuta técnica do Capítulo 01 para avaliação do Instituto; sem aprovação operacional.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 02

PROBLEMA SANITÁRIO, JUSTIFICATIVA E VALOR PÚBLICO PARA O SUS

Da fragmentação informacional à continuidade responsável do cuidado

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade de implantação inicialmente planejada	Hospital Canaã – município de São Paulo/SP (projeto de reativação)
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Documento	Manual Institucional – Capítulo 02
Título	Problema sanitário, justificativa e valor público para o SUS
Natureza e estágio	Minuta conceitual e técnico-científica; ainda não constitui POP homologado ou integração pactuada
Versão e data	0.1 – 02/11/2026
Dependência editorial	Capítulo 01 aprovado pelo proponente; Capítulo 02 pendente de revisão e aprovação
Âmbito	Transição hospital–domicílio; hospital–APS; hospital–atenção especializada; hospital–rede de urgência
Próxima revisão	Após comentários e aprovação institucional do conteúdo

NOTA DE ESCOPO Este capítulo demonstra a necessidade sanitária, a racionalidade assistencial e o valor público esperado do programa. O desenho tecnológico definitivo, os protocolos clínicos, as regras de compartilhamento e os fluxos pactuados serão detalhados nos capítulos posteriores. Resultados e economias apresentados como hipóteses exigem validação no piloto.

Roteiro interno do capítulo

2.1 Finalidade, pergunta central e tese sanitária
2.2 O problema público: fragmentação na transição do cuidado
2.3 Pontos críticos na alta e seus mecanismos de dano
2.4 Relação com a organização do SUS e as redes assistenciais
2.5 Evidências científicas: o que está demonstrado e o que permanece incerto
2.6 Justificativa para o Hospital Canaã e contexto paulistano
2.7 Modelo lógico de intervenção e cadeia de valor
2.8 Benefícios esperados por grupo interessado
2.9 Populações prioritárias e critérios de equidade
2.10 Riscos do modelo e salvaguardas indispensáveis
2.11 Valor público, economicidade e limites de inferência
2.12 Cenários clínicos demonstrativos

2.13 Indicadores propostos e mensuração de resultados
2.14 Condições mínimas, responsabilidades e pactuação
2.15 Limites do capítulo, hipóteses e decisões para aprovação
2.16 Síntese conclusiva e encaminhamentos
Referências bibliográficas verificadas
Registro de análise e aprovação

2.1 Finalidade, pergunta central e tese sanitária

A finalidade deste capítulo é explicitar o problema sanitário que fundamenta o Passaporte Digital de Saúde Canaã e demonstrar por que sua proposta deve ser avaliada como intervenção assistencial de continuidade do cuidado, e não simplesmente como ferramenta de armazenamento ou disponibilização digital de documentos.

A pergunta orientadora é: de que modo um hospital pode assegurar que as informações essenciais, as decisões terapêuticas, as pendências clínicas e o plano de acompanhamento produzidos durante o atendimento sejam compreendidos pelo paciente e cheguem, em tempo oportuno e com segurança, ao próximo profissional ou serviço responsável pela assistência?

A tese sanitária do programa é que a alta hospitalar deve ser considerada uma transição de responsabilidade assistencial. O encerramento administrativo de uma internação não encerra, por si só, o tratamento do indivíduo. Quando as informações são incompletas, atrasadas, difíceis de compreender ou não chegam aos serviços de destino, cria-se risco de descontinuidade, repetição desnecessária de atos e perda de oportunidades terapêuticas.

O Passaporte Canaã é proposto como instrumento de apoio a uma alta clinicamente estruturada: um sumário de alta confiável, documentos relevantes, plano individual de continuidade, comunicação com o paciente e possibilidade progressiva de contrarreferência segura para os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Não substitui o prontuário eletrônico institucional, nem a avaliação médica, nem as competências da atenção primária, da regulação ou da urgência.

ENUNCIADO DE VALOR Transformar a alta hospitalar de um evento documental em um processo verificável de orientação, comunicação e continuidade do cuidado – com resultados a serem demonstrados por indicadores, e não presumidos pela mera disponibilização do portal.

2.2 O problema público: fragmentação na transição do cuidado

2.2.1 Multiplicidade de pontos assistenciais e perda de contexto

O usuário do SUS pode transitar entre UBS, UPA, serviços ambulatoriais, hospitais, centros diagnósticos, reabilitação e atenção domiciliar. Esses pontos de atenção cumprem funções

diferentes, com sistemas de informação, ritmos de trabalho e graus de acesso aos registros que nem sempre são uniformes. A fragmentação ocorre quando um ponto não recebe o contexto clínico suficiente para sustentar a próxima decisão.

O problema não se resume à ausência de tecnologia. Mesmo quando há prontuário eletrônico, um documento pode estar incompleto, conter terminologia pouco inteligível, permanecer indisponível fora da instituição de origem ou não indicar claramente quem deve acompanhar uma pendência. A interoperabilidade técnica, embora indispensável, não corrige automaticamente uma informação clínica de baixa qualidade.

No cenário de uma nova consulta na UBS, a falta de histórico recente pode comprometer a revisão das medicações, a interpretação de sintomas, o planejamento de exames de controle e a definição da necessidade de seguimento especializado. Em uma nova urgência na UPA, a indisponibilidade de informações sobre cirurgia recente, alergias, anticoagulação, microbiologia, exames e condições de alta pode exigir reconstrução do histórico sob pressão de tempo.

2.2.2 Três descontinuidades que devem ser tratadas separadamente

Dimensão	Falha típica	Consequência possível
Informacional	Sumário ausente, atrasado, sem resultados ou não acessível ao serviço seguinte	Decisões com contexto insuficiente; repetição de história e exames; risco de erro
Terapêutica	Medicações não conciliadas, sinais de alarme pouco claros, condutas conflitantes	Uso incorreto, duplicidade ou omissão terapêutica; atraso na procura de ajuda
Organizacional	Encaminhamento sem destino definido, exames pendentes sem responsável ou ausência de contrarreferência	Seguimento perdido; dificuldade de coordenação; possível retorno evitável

O Passaporte deve atuar nas três dimensões simultaneamente, com responsabilidades clínicas, registros de entrega e mecanismos de correção. Uma solução limitada a oferecer PDF para download melhora a disponibilidade documental, mas pode ser insuficiente para solucionar falhas terapêuticas e organizacionais.

2.3 Pontos críticos na alta e seus mecanismos de dano

2.3.1 Medicamentos: reconciliação e comunicação de mudanças

As transições de cuidado constituem situação prioritária para segurança medicamentosa segundo a Organização Mundial da Saúde. A organização recomenda processos formais, profissionais capacitados, participação do paciente, qualidade da informação e medição sistemática dos resultados [7].

O risco não decorre apenas de uma receita ilegível. Ele inclui ausência de explicação sobre fármacos suspensos, troca de dose, retomada indevida de medicamento anterior, falta de acesso ao tratamento prescrito e desconhecimento de interações relevantes. Para a proposta Canaã, o resumo destinado ao paciente deve discriminar medicamentos em uso antes da admissão, aqueles relevantes durante a internação e o regime indicado para domicílio, deixando explícitas as alterações clinicamente significativas.

A disponibilidade de uma lista conciliada é condição necessária, mas a decisão terapêutica continua sob responsabilidade dos profissionais habilitados. Dados não devem ser alterados automaticamente por modelos de inteligência artificial sem revisão e validação humana.

2.3.2 Resultados pendentes, exames e achados críticos

Na alta, alguns resultados podem ainda estar pendentes, inclusive culturas, exames anatomopatológicos ou laudos complementares. O risco assistencial está na ausência de identificação dessa pendência, de responsável pela análise e de mecanismo de comunicação ao paciente e ao serviço que continuará o cuidado.

O programa deve prever, em seu desenvolvimento posterior, que a entrega digital não substitua uma cadeia formal de responsabilidade. Resultados novos, particularmente achados críticos, precisam de fluxo de validação, avaliação clínica, comunicação proporcional ao risco e registro de providências adotadas. A simples publicação silenciosa de um achado importante no portal não caracteriza transição segura.

2.3.3 Linguagem, compreensão e capacidade real de autocuidado

A alta também pode falhar quando o paciente recebe explicações complexas, fragmentadas entre profissionais ou incompatíveis com sua capacidade de compreensão, situação socioeconômica e suporte familiar. Documentos técnicos para profissionais e orientações compreensíveis ao paciente são produtos relacionados, porém distintos.

O modelo Re-Engineered Discharge (RED), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), recomenda educação estruturada, verificação de compreensão pelo método teach-back, plano escrito, encaminhamentos e contato após a alta [8]. Esses elementos demonstram por que o Passaporte deve incorporar letramento em saúde e não apenas digitalização.

2.3.4 Ausência de responsável por cada etapa

Quando a alta é considerada concluída apenas porque documentos foram assinados, pode permanecer indefinido quem revisará a reconciliação medicamentosa, quem monitorará resultados posteriores, quem esclarecerá dúvidas e quem enviará a contrarreferência. Portanto, cada etapa relevante deverá ser associada a um responsável identificável, prazo definido e evidência auditável de execução.

Este capítulo propõe o problema e os princípios de responsabilização; matrizes RACI, POPs e prazos operacionais serão aprovados em capítulos próprios e não devem ser presumidos como compromissos já contratados.

2.4 Relação com a organização do SUS e as redes assistenciais

2.4.1 Integralidade e direito à informação

A Lei nº 8.080/1990 estabelece, em seu art. 7º, a integralidade da assistência, compreendendo ações articuladas e contínuas em diferentes níveis de complexidade, e o direito das pessoas assistidas à informação sobre a própria saúde [1]. O Passaporte dialoga diretamente com esses dois princípios ao organizar informação relevante para o paciente e para a continuidade do acompanhamento.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria nº 3.390/2013 e incorporada à consolidação normativa do Ministério da Saúde, trata a alta hospitalar responsável como transferência do cuidado, com orientação a pacientes e familiares e articulação com os demais pontos da RAS, particularmente a atenção básica [2].

2.4.2 Responsabilidade compartilhada com a atenção primária

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), Portaria GM/MS nº 1.604/2023, reconhece a APS como principal centro de comunicação da RAS e atribui aos serviços especializados dever de articulação e continuidade. Seus arts. 14 a 16 tratam de referência segura e informada, plano de cuidado, comunicação entre profissionais e pactuação de protocolos de alta responsável [3].

Por essa razão, o Passaporte não deve estabelecer vínculo permanente e artificial do paciente com o hospital para demandas próprias da APS. O propósito é qualificar a passagem da responsabilidade, respeitando a coordenação do cuidado pela equipe de referência e a regulação municipal.

2.4.3 Saúde digital como meio e não como finalidade isolada

A Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD), instituída pela Portaria GM/MS nº 12.301/2026, reforça centralidade do cidadão, qualidade e integridade dos dados, proteção da privacidade, letramento digital e interoperabilidade da RNDS. Ela também prevê adoção gradual de padrões e articulação federativa [5].

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 institui o Modelo de Informação do Sumário de Alta no âmbito da RNDS [6]. O futuro modelo de dados do Canaã deverá ser compatível com esse referencial, sem pressupor que a unidade possua hoje credenciamento, conexão operacional com a RNDS ou autorização para integrar sistemas municipais.

2.5 Evidências científicas: o que está demonstrado e o que permanece incerto

2.5.1 Revisões sistemáticas e achados relevantes

Uma revisão sistemática com metanálise em rede publicada no JAMA Network Open em 2023 reuniu 126 ensaios e aproximadamente 97,4 mil participantes. Intervenções de transição hospital–comunidade estiveram associadas, em determinadas categorias e períodos, à redução de reinternações e de utilização de emergências. Os resultados variaram conforme a intensidade, o desenho e a duração do acompanhamento; não é apropriado transferir seus tamanhos de efeito como previsão de desempenho para o Canaã [9].

Uma revisão sistemática de intervenções centradas em pacientes e famílias, publicada em 2024, incluiu 50 ensaios (44 em metanálises) e estimou redução relativa de reinternações com razão de incidência de 0,86 (IC 95% 0,75–0,98). O efeito agregado sobre visitas a serviços de emergência não foi significativo, enfatizando que a avaliação deve distinguir resultados e cenários [10].

Uma revisão de revisões publicada eletronicamente em outubro de 2025 e na edição de fevereiro de 2026 de Health Services Research concluiu haver evidência mais consistente para associação entre planejamento da alta e menos reinternações, discrepâncias medicamentosas e maior satisfação; para mortalidade, visitas à emergência e qualidade de vida, a evidência foi fraca ou insuficiente. Programas multicomponentes, com revisão medicamentosa e seguimento, apresentaram melhor desempenho em determinados desfechos [11].

Esses achados sustentam uma intervenção composta por organização clínica, educação do paciente, reconciliação medicamentosa, acompanhamento e transmissão da informação. Não demonstram, por si sós, que um portal web isolado reduza reinternações, custos, mortalidade ou permanência hospitalar.

2.5.2 Matriz de tradução da evidência ao projeto

Componente	Base de sustentação	Inferência permitida para o Canaã
Planejamento integrado da alta	AHRQ RED; revisões de transição [8–11]	Justifica desenhar um processo multiprofissional auditável; resultados devem ser medidos localmente
Conciliação medicamentosa	OMS; revisão de revisões [7,11]	Priorizar registro confiável de mudanças terapêuticas e educação associada

Componente	Base de sustentação	Inferência permitida para o Canaã
Plano e compreensão do paciente	AHRQ RED [8]	Usar linguagem clara, validação de entendimento e alternativas à interface digital
Acompanhamento e pendências	AHRQ RED; sínteses [8,9,11]	Definir responsáveis por exames pendentes e contato proporcional ao risco
Portal de documentos e interoperabilidade	PNISD; RNDS; SMS-SP [5,6,12]	Justifica disponibilidade e alinhamento técnico, sem inferir benefício clínico direto

2.5.3 Interpretação crítica e validade externa

A heterogeneidade dos estudos, as diferenças entre sistemas de saúde, o risco basal dos pacientes, as múltiplas intervenções simultâneas e a possibilidade de viés dificultam estabelecer uma única estimativa de benefício. Mesmo quando há melhora de desfechos na literatura, a magnitude observada depende de implementação fiel, população atendida, seguimento e acesso real à rede.

Portanto, o Instituto Canaã não deverá divulgar percentuais de redução de reinternação, mortalidade ou custo como resultados próprios antes da coleta e da análise de dados. A apresentação institucional deve utilizar a expressão “benefícios esperados”, acompanhada de hipóteses explícitas e plano de avaliação.

2.6 Justificativa para o Hospital Canaã e contexto paulistano

O Hospital Canaã é concebido como unidade de implantação inicial do programa na capital paulista, associada à proposta de reativação hospitalar, com atendimento clínico e cirúrgico, internação, terapia intensiva e serviços diagnósticos. Essa implantação permanece condicionada à viabilidade do projeto hospitalar, ao licenciamento, à estrutura assistencial efetivamente aprovada e às pactuações com o gestor do SUS.

O valor adicional do Passaporte decorre do tipo de informação produzida em hospital de maior resolutividade: intervenções realizadas, diagnósticos definidos ou em investigação, exposição a medicamentos e dispositivos, resultados de exames, orientações pós-cirúrgicas, planos de reabilitação e demandas de seguimento. Sem síntese organizada, parte desse conhecimento pode perder utilidade na passagem entre níveis de atenção.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo mantém a plataforma e-SaúdeSP, que disponibiliza histórico de atendimentos, exames, vacinação, lembretes e teleassistência, entre outros recursos [12]. Por isso, a proposta Canaã deve buscar complementaridade e

interoperabilidade, em vez de assumir a substituição ou o controle de plataformas públicas já existentes.

Não se presume, neste momento, que a Secretaria Municipal tenha aprovado o programa, definido o Hospital Canaã como ponto de contrarreferência, autorizado conexão com e-SaúdeSP ou disponibilizado dados de base para estimar economia. O estudo territorial, a população efetivamente encaminhada, as linhas assistenciais e as possibilidades de integração exigem validação conjunta antes da etapa operacional.

2.7 Modelo lógico de intervenção e cadeia de valor

O valor público deve ser demonstrado por uma cadeia causal explícita, permitindo separar recursos empregados, processos efetivamente realizados, produtos disponibilizados e resultados observáveis. O modelo lógico proposto serve como hipótese de planejamento e deverá ser testado durante o piloto.

Etapa	Conteúdo proposto	Como verificar
Recursos	Profissionais, PEP, sistemas de laboratório e imagem, infraestrutura segura, tempo de revisão e treinamento	Inventário de sistemas; dimensionamento de equipes; disponibilidade
Atividades	Sumário de alta; conciliação; revisão de pendências; orientação; publicação segura; contrarreferência	Auditoria de execução por episódio e profissional
Produtos	Passaporte íntegro; documentos acessíveis; plano de seguimento; registro de entrega	Completude, tempo de liberação e acesso
Resultados intermediários	Melhor compreensão; menor discrepância; maior clareza do encaminhamento; pendências acompanhadas	Entrevistas, revisão de prontuário, pesquisa de experiência e rastreamento
Resultados assistenciais	Continuidade mais segura; potencial redução de falhas e reutilização evitável	Estudos comparativos com ajuste de perfil e horizonte temporal
Valor público	Integração de rede, transparência, segurança, equidade e eventual eficiência	Painel assistencial e econômico validado com gestor

A relação entre uma atividade e o resultado final não é automática. Por exemplo, liberar um sumário no portal comprova disponibilidade documental; não comprova que o usuário compreendeu a conduta, que a UBS o recebeu, ou que uma reinternação foi evitada. Cada degrau da cadeia deve ter medida própria.

2.8 Benefícios esperados por grupo interessado

Público / instituição	Valor proposto	Evidência operacional necessária
Paciente e cuidador	Acesso aos documentos, entendimento do plano, autonomia para compartilhar informações	Taxa de entrega, acessibilidade, compreensão e resolução de dúvidas
UBS / eSF	Melhor contexto para reconciliação terapêutica e acompanhamento longitudinal	Recebimento e utilidade clínica reconhecida por profissionais
UPA / pronto atendimento	Disponibilidade de informações recentes em novo episódio agudo	Consulta autorizada e utilidade documentada em casos amostrados
Atenção especializada	Encaminhamentos com dados relevantes, exames e motivo da avaliação	Qualidade da contrarreferência e redução de solicitações incompletas
Hospital Canaã	Alta melhor organizada, rastreabilidade, menor perda de pendências	Auditoria de alta, incidentes e tempo documental
Gestor municipal SUS	Potencial ganho de coordenação, integridade da informação e uso racional de recursos	Indicadores pactuados e análise de custo/resultado

Os ganhos potenciais não devem ser entendidos como obrigação da rede receptora de abrir um portal externo ou aceitar um canal não pactuado. A efetividade institucional será proporcional à qualidade da coordenação com o gestor municipal e às condições reais dos serviços de destino.

2.9 Populações prioritárias e critérios de equidade

O benefício de uma transição assistencial bem estruturada pode ser especialmente relevante para indivíduos com maior complexidade clínica e maior risco de perda de seguimento. A priorização do piloto deve combinar risco assistencial, viabilidade de atuação e salvaguardas de equidade, sem excluir pacientes com baixa escolaridade, deficiência, condição de rua ou ausência de conectividade.

Como hipóteses de priorização, a serem confirmadas pelo hospital e pela rede, consideram-se: pessoas com múltiplas condições crônicas ou polifarmácia; usuários com internações recentes repetidas; pacientes com alta após cuidado intensivo; pessoas submetidas a cirurgias que exigem seguimento e vigilância; indivíduos com exames pendentes relevantes; pessoas com comprometimento funcional, cognitivo ou barreira comunicacional; e pacientes que exigem serviços de reabilitação ou atenção domiciliar.

A seleção não deverá produzir discriminação por idade, deficiência, renda, raça, região, alfabetização ou condição migratória. O programa deve disponibilizar versão impressa, mediação presencial, possibilidade de representante legalmente habilitado, adequações de acessibilidade e alternativas fora do smartphone. A PNISD expressamente valoriza a redução das desigualdades digitais [5].

2.9.1 Matriz preliminar de barreiras e respostas

Barreira	Risco de exclusão	Resposta institucional proposta
Sem smartphone ou conectividade	Documento inacessível em momento de necessidade	Impressão essencial, atendimento assistido e cópia sob demanda
Baixa alfabetização em saúde	Incompreensão da receita ou dos sinais de alerta	Linguagem clara, pictogramas testados e método teach-back
Deficiência visual ou auditiva	Impossibilidade de utilizar interface padrão	Acessibilidade digital e comunicação adaptada
Dependência de cuidador	Perda de orientações e dificuldade para acesso	Perfis de representante, verificação de legitimidade e limites de acesso
Sem documento identificador usual	Falha na identificação ou pareamento	Fluxo assistencial de identificação segura, sem bloqueio indevido do cuidado

2.10 Riscos do modelo e salvaguardas indispensáveis

A proposta envolve benefícios esperados, porém introduz riscos novos caso a tecnologia seja implementada sem governança. A disponibilidade digital amplia a superfície de exposição de dados sensíveis e pode transmitir uma falsa sensação de completude quando documentos permanecem desatualizados.

Por isso, a segurança do paciente e a segurança da informação devem ser tratadas como critérios de viabilidade, não como etapas opcionais de aperfeiçoamento. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, constitui marco de qualificação do cuidado e gestão de riscos [4]; a LGPD e a PNISD orientam a proteção dos dados clínicos [5,13].

Risco	Possível repercussão	Controle mínimo conceitual
Resumo incompleto ou errado	Decisão clínica inadequada	Autoria identificada, revisão médica, validação e correção auditável

Risco	Possível repercussão	Controle mínimo conceitual
Identificação incorreta	Exame ou relatório associado a outra pessoa	Identificadores conferidos, regra de pareamento, testes e contingência
Exame crítico postado sem revisão	Atraso em comunicar necessidade de intervenção	Responsável clínico e escalonamento de achados críticos
Acesso indevido	Quebra de sigilo e possível dano ao paciente	Autenticação, menor privilégio, logs e gestão de incidentes
Uso do chat como urgência	Atraso de atendimento emergencial	Limites do canal, respostas de risco e encaminhamento imediato
Conteúdo educativo genérico aplicado como prescrição	Conduta imprópria por interpretação equivocada	Separação visual entre educação e prescrição individual
Integração suposta, mas indisponível	Informação não chega à UBS/UPA	Fluxos pactuados, testes, status de entrega e alternativa não digital

As bases legais de tratamento e compartilhamento de dados pessoais sensíveis não podem ser reduzidas ao pressuposto de consentimento genérico para todas as finalidades. Devem ser analisadas, conforme o caso, as hipóteses da LGPD relacionadas à tutela da saúde, políticas públicas, obrigação legal ou outras bases aplicáveis, com validação jurídica institucional [13].

2.11 Valor público, economicidade e limites de inferência

2.11.1 Valor em saúde como resultado e não como número publicitário

O valor público do Passaporte deve ser analisado sob cinco eixos: qualidade da transição, segurança do paciente, experiência e autonomia, capacidade de coordenação da RAS e sustentabilidade do uso de recursos. A economicidade é componente possível, porém secundário à segurança e à indicação clínica adequada.

Rastrear medicamentos e exames pode diminuir pedidos desnecessariamente repetidos quando os resultados anteriores são pertinentes, confiáveis e suficientemente recentes. Entretanto, exames repetidos por necessidade clínica não são desperdício. Não se recomenda criar meta de “reduzir exames” sem estratificação por indicação, risco e julgamento profissional.

Da mesma forma, a disponibilidade de orientações pode contribuir para reduzir falhas e retornos evitáveis, mas deve preservar a procura oportuna por urgência quando indicada. Um aumento inicial de visitas apropriadas à emergência, por melhor reconhecimento dos sinais de alerta, não deve ser interpretado isoladamente como piora do programa.

2.11.2 Estrutura para avaliação econômica futura

A avaliação deverá comparar custos reais de implantação e manutenção – equipe, licenças, infraestrutura, segurança, integração, treinamento, suporte e contingência – com resultados assistenciais e administrativos observados. A análise será feita sob perspectiva previamente definida (hospital, contratante municipal ou SUS), evitando contabilizar como economia institucional valores apenas deslocados para outro serviço.

Os modelos possíveis incluem análise de custo-consequência, avaliação de processo e, caso exista evidência suficiente, análise de custo-efetividade. Não há, nesta etapa, base empírica para estimar economia em reais, taxa de retorno financeiro ou redução percentual de reinternações atribuíveis ao Passaporte Canaã.

REGRA DE PRUDÊNCIA Não incluir no material de apresentação institucional valores econômicos estimados como resultados comprovados, nem prometer diminuição de readmissões, eventos adversos ou custos sem linha de base, acompanhamento e método analítico validado.

2.12 Cenários clínicos demonstrativos

2.12.1 Paciente após colecistectomia: o que deve acompanhar a alta

Cenário hipotético e didático: paciente submetido a colecistectomia recebe alta após evolução satisfatória. Ao acessar seu Passaporte, encontra resumo cirúrgico e período de internação, diagnósticos, procedimentos realizados, exames pertinentes, receita de alta, cuidados com ferida operatória, restrições e sinais de alarme específicos, além de orientação de seguimento.

O serviço que o reavaliará poderá obter contexto essencial sem depender exclusivamente de memória verbal. Caso haja anatomopatológico pendente, o Passaporte indicará a pendência e o processo pelo qual será revisto e comunicado. O benefício depende da correta validação desses dados, da compreensão do usuário e da efetiva assistência posterior.

2.12.2 Paciente clínico com hipertensão e medicações modificadas

Cenário hipotético: durante uma internação por condição clínica aguda, o esquema anti-hipertensivo foi ajustado. A alta segura exige diferenciar os medicamentos previamente usados, aqueles suspensos ou substituídos e o esquema destinado ao domicílio. A equipe de APS deve receber ou ter acesso seguro a essa síntese, respeitados os fluxos locais, para revisão de adesão, efeitos adversos e condições clínicas.

O conteúdo educativo digital pode explicar técnica de medida da pressão, adesão, alimentação e sinais de alerta, mas permanece distinto da prescrição individual e não autoriza mudanças autônomas do tratamento.

2.12.3 Novo atendimento em UPA: reutilização segura da informação

Cenário hipotético: semanas após a alta, o paciente procura uma UPA por sintoma novo. Poderá apresentar ao médico um resumo atualizado com procedimentos recentes, alergias, medicações e principais resultados. A equipe decidirá quais dados são clinicamente úteis naquele contexto e procederá à avaliação atual. O Passaporte oferece continuidade informacional; não determina o diagnóstico nem substitui protocolos da unidade receptora.

O acesso profissional direto a informações pela rede dependerá de integração autorizada, autenticação, registro de acesso e pactuação institucional. Na ausência desses requisitos, permanecem as alternativas de apresentação autenticada pelo próprio paciente e documentos válidos disponibilizados para compartilhamento seguro.

2.13 Indicadores propostos e mensuração de resultados

O painel de avaliação deverá distinguir indicadores de estrutura, processo, resultado intermediário e desfecho. A seleção final, denominadores, metas e métodos de coleta serão pactuados após avaliação de disponibilidade e confiabilidade dos dados. Valores apresentados abaixo são propostas metodológicas, não metas estabelecidas nem resultados já alcançados.

Indicador proposto	Definição inicial / denominador	Periodicidade sugerida
Completude do sumário	Altas elegíveis com todos os campos críticos validados / total de altas elegíveis	Mensal
Liberação tempestiva	Altas com Passaporte liberado até o prazo contratualmente definido / altas elegíveis	Semanal e mensal
Conciliação na alta	Altas elegíveis com reconciliação medicamentosa documentada / altas elegíveis	Mensal
Pendências com responsável	Altas com exame pendente e responsável/prazo registrado / altas com exames pendentes	Semanal
Orientação compreendida	Pacientes amostrados que demonstram compreensão dos pontos críticos / pacientes avaliados	Mensal

Indicador proposto	Definição inicial / denominador	Periodicidade sugerida
Contrarreferência efetivada	Encaminhamentos com comprovação de envio ou recebimento, conforme fluxo pactuado / encaminhamentos elegíveis	Mensal
Acessibilidade de entrega	Altas de pacientes com barreira digital que receberam alternativa adequada / altas com barreira registrada	Mensal
Reinternação não programada	Episódios com reinternação não programada em janela definida / altas monitoráveis, ajustado por risco	Trimestral
Incidentes de segurança e privacidade	Ocorrências confirmadas por 1.000 altas ou acessos, conforme taxonomia	Mensal

2.13.1 Proposta de desenho de avaliação

Antes da implantação, recomenda-se mapear o processo real de alta, caracterizar perfil clínico, duração da internação, taxas de reinternação observáveis, tempo de disponibilidade dos documentos e incidência de pendências sem resolução. Os indicadores clínicos precisam ser estratificados por faixa etária, complexidade, internação clínica versus cirúrgica, risco assistencial, destino da alta e acesso digital.

Na fase piloto, uma avaliação de séries temporais ou comparação com período de referência pode apoiar melhoria de processo. Para conclusões causais mais robustas, serão necessários desenho avaliativo, controle de fatores de confusão e, quando viável, grupo comparador. Uma redução bruta de reinternações pode decorrer de mudança de case mix, acesso à rede ou sazonalidade, e não exclusivamente do programa.

A governança dos indicadores deverá garantir dados mínimos necessários, anonimização ou pseudonimização quando pertinente, finalidade assistencial definida e aprovação institucional de qualquer estudo que configure pesquisa com seres humanos.

2.14 Condições mínimas, responsabilidades e pactuação

A implantação segura pressupõe que o hospital opere com prontuário eletrônico institucional confiável, mecanismos de autoria e validação do sumário, serviços diagnósticos capazes de disponibilizar laudos íntegros, plano de resposta a resultados pendentes e fluxo formal de comunicação com pacientes.

Em termos institucionais, o Instituto Canaã deverá designar responsáveis pela governança do programa; a direção clínica e as equipes assistenciais responderão pela correção e pela validação clínica dos registros dentro de suas competências; as áreas de tecnologia, segurança, privacidade, qualidade e atendimento garantirão seus controles específicos. Atribuições concretas dependerão de organização e aprovação local.

O relacionamento com UBS, UPA, ambulatórios, serviços de reabilitação e demais pontos da RAS depende de pactuação com a Secretaria Municipal da Saúde e de respeito aos fluxos de regulação vigentes. A proposta não concede ao Instituto atribuições de gestão sobre serviços municipais nem acesso irrestrito aos prontuários da rede.

O conjunto de integrações, perfis de acesso, prazos, fornecedores e orçamento somente deverá ser contratado após análise de riscos, homologação e definição de base jurídica. Um piloto limitado e supervisionado é preferível à disponibilização ampla de funcionalidades não testadas.

2.15 Limites do capítulo, hipóteses e decisões para aprovação

2.15.1 Premissas confirmadas do conceito

- O Passaporte constitui plano de continuidade assistencial apoiado em informação clínica organizada, e não prontuário paralelo.
- O portal inicial é web e orientado ao paciente; eventual aplicativo nativo não é requisito da primeira fase.
- O prontuário hospitalar permanece fonte oficial dos registros clínicos; documentos do Passaporte necessitam autoria, validação e rastreabilidade.
- O usuário deve ter acesso a resumo da internação, diagnósticos, condutas, medicamentos, exames, receitas, orientações, seguimento e comunicação institucional.
- O Hospital Canaã é a unidade piloto pretendida, enquanto o Instituto de Ciências Médicas Canaã é o proponente institucional.

2.15.2 Hipóteses em avaliação e dependências externas

- O escopo de compartilhamento ativo com UBS, UPA e especialidades será definido segundo pactuação municipal e regras de interoperabilidade.
- As metas de tempo e de proporção de contrarreferências dependem de fluxos assinados, capacidade instalada e responsabilidades de serviços receptores.
- Os ganhos clínicos e econômicos somente poderão ser afirmados após observação e análise dos indicadores.
- O nível de integração com e-SaúdeSP, RNDS e demais soluções depende de credenciamento, padrões técnicos, autorizações e disponibilidade operacional.
- O piloto deve contemplar mecanismos não digitais e revisão de risco, especialmente em pacientes vulneráveis e com resultados pendentes.

2.16 Síntese conclusiva e encaminhamentos

A justificativa sanitária para o Passaporte Digital de Saúde Canaã é consistente com princípios de integralidade, direito à informação, alta responsável e coordenação do cuidado no SUS. A evidência disponível favorece intervenções multicomponentes de transição assistencial, especialmente quando associam comunicação padronizada, reconciliação medicamentosa, educação e seguimento; não autoriza, entretanto, afirmar eficácia clínica de um portal isolado sem avaliação local.

O valor público esperado consiste em melhorar a continuidade informacional e terapêutica, apoiar pacientes e cuidadores, qualificar a comunicação entre níveis de atenção e criar condições para gestão com indicadores. A intervenção deve ser desenhada com proteção de dados, responsabilidade clínica explícita, acessibilidade, alternativas não digitais e integração gradual com a RAS.

Como encaminhamento editorial, o Capítulo 03 deverá transformar a justificativa aqui demonstrada em missão, objetivos, princípios, escopo e limites formais do programa. Os capítulos assistenciais, jurídicos e tecnológicos posteriores converterão esse fundamento em procedimentos verificáveis. Nenhuma etapa de implantação é considerada operacional até sua homologação e as pactuações necessárias.

CONCLUSÃO INSTITUCIONAL O Passaporte Digital de Saúde Canaã será avaliado pelo que efetivamente consegue transferir, orientar e acompanhar – não pelo volume de documentos armazenados nem pelo número bruto de acessos ao portal.

Referências bibliográficas e normativas — consulta em 02/11/2026

[1] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde, art. 7º. Câmara dos Deputados. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.html

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente; Portaria GM/MS nº 529/2013. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/sobre-o-programa

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026. Política Nacional de Informação e Saúde Digital. https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&numeroAto=00012301&orgao=GM%2FMS&tipo=POR&valorAno=2026

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[7] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication safety in transitions of care. Geneva: WHO, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[8] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

[9] TYLER, N. et al. Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Network Open, 2023;6(11):e2344825. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.44825. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38032642/

[10] Patient- and family-centred care transition interventions for adults: a systematic review and meta-analysis of RCTs. International Journal for Quality in Health Care, 2024. PubMed PMID: 38147502. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38147502/

[11] IMHOF, L. et al. Hospital Discharge Planning—An Investigation of Outcomes and Interventions. Health Services Research, 2026;61(1):e70060 (online 2025). DOI: 10.1111/1475-6773.70060. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41130716/

[12] PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Plataforma da Saúde Paulistana: e-SaúdeSP. Atualização exibida em 16/09/2026. https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/usuario-e-saudesp

[13] AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (ANPD). Perguntas frequentes sobre bases legais para o tratamento de dados, inclusive dados pessoais sensíveis. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes

Registro de revisão e aprovação

Etapa	Responsável	Situação / data
Elaboração técnica	Equipe de elaboração – Instituto Canaã (minuta de apoio)	02/11/2026
Revisão assistencial	Direção clínica / representantes multiprofissionais	Pendente
Revisão jurídica, privacidade e segurança	Assessoria jurídica / encarregado / segurança da informação	Pendente
Validação técnico-operacional	Gestão de qualidade / TI / coordenação do programa	Pendente
Aprovação institucional	Direção do Instituto de Ciências Médicas Canaã	Aguardando aprovação

Observação editorial: este capítulo não constitui, isoladamente, autorização para compartilhamento de dados pessoais de saúde, contratação de sistemas ou implementação de fluxos externos. As referências e normas deverão ser revalidadas antes da publicação do manual consolidado.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 03

MISSÃO, OBJETIVOS, PRINCÍPIOS, ESCOPO E LIMITES DO PROGRAMA

Das diretrizes institucionais aos compromissos assistenciais verificáveis

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 03
Título	Missão, objetivos, princípios, escopo e limites do programa
Entidade proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade piloto prevista	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação sujeita a condições institucionais e assistenciais)
Código do documento	PDSC-MAN-C03
Versão e data	0.1 | 02/11/2026
Classificação	Minuta técnica para revisão; não constitui política operacional vigente
Âmbito	Direcionamento estratégico, compromissos assistenciais, delimitação de funcionalidades e exclusões
Documentos vinculados	Capítulos 01 e 02 aprovados; Índice Mestre; capítulos 04–40 e anexos a desenvolver
Aprovação	Pendente de revisão da direção institucional e validações clínica, jurídica e tecnológica
Vigência	A definir após aprovação formal e, quando pertinente, pactuação com a gestão SUS

Roteiro interno do capítulo

3.1 Finalidade e posição deste capítulo no Manual

3.2 Missão institucional, visão e proposição de valor

3.3 Objetivo geral e objetivos específicos

3.4 Teoria de mudança e compromissos mensuráveis

3.5 Princípios orientadores e sua tradução operacional

3.6 Escopo assistencial e população elegível

3.7 Percurso temporal: entrada, preparação e saída

3.8 Escopo funcional do Passaporte e prioridades

3.9 Limites clínicos e responsabilidade profissional

3.10 Limites digitais, jurídicos e de compartilhamento

3.11 Educação, mensagens e orientação pós-alta: fronteiras

3.12 Relações com UBS, UPA, especialidades e gestão SUS

3.13 Equidade, representação e alternativas não digitais

3.14 Critérios de implantação, fases e condições de avanço

3.15 Matriz de riscos, salvaguardas e premissas críticas

3.16 Indicadores de compromisso e critérios de aceitação

3.17 Deliberações institucionais e interfaces com capítulos futuros

3.18 Síntese conclusiva e declaração de escopo

Referências normativas e técnico-científicas verificadas

Registro de análise e aprovação institucional

3.1 Finalidade e posição deste capítulo no Manual

Este capítulo fixa a identidade finalística do Programa Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC), delimitando sua missão, os objetivos que justificam sua implantação, os princípios que devem reger decisões clínicas e tecnológicas, as entregas incluídas e as fronteiras que não podem ser ultrapassadas. Ele converte a justificativa sanitária estabelecida no Capítulo 2 em compromissos operacionais que poderão ser comprovados, auditados e aperfeiçoados.

As definições deste capítulo constituem **proposta de política institucional** para futura aprovação pelo Instituto de Ciências Médicas Canaã. Sempre que houver referência a funcionalidades, recursos humanos, sistemas, integrações ou prazos, a redação distingue a intenção de implantação daquilo que já existe ou foi pactuado. A apresentação do programa ao poder público não deverá converter expectativas em declarações de capacidade operacional demonstrada.

O âmbito deste capítulo é deliberadamente estratégico. As regras clínicas detalhadas da alta, modelos do Sumário de Alta, matrizes de responsabilidade, critérios de acesso, requisitos de segurança, integrações e protocolos específicos serão aprofundados nos capítulos correlatos do Índice Mestre. A ausência de especificação técnica neste texto não autoriza execução sem protocolo validado.

REGRA DE INTERPRETAÇÃO Missão e princípios definem a finalidade; escopo define o que a organização se compromete a construir; limites definem o que não poderá ser prometido ou realizado sem condições adicionais. Não se confundem proposta, teste piloto, serviço efetivamente implantado e integração homologada.

3.2 Missão institucional, visão e proposição de valor

3.2.1 Enunciado de missão

MISSÃO PROPOSTA Assegurar que cada pessoa atendida pelo Hospital Canaã possa prosseguir seu cuidado com informações clínicas essenciais, confiáveis e compreensíveis, um plano de continuidade individualizado e meios seguros de acesso e compartilhamento, fortalecendo a integração com a Rede de Atenção à Saúde e reduzindo rupturas evitáveis na transição hospitalar.

O verbo **assegurar** expressa compromisso com processos assistenciais sob governabilidade da instituição: produzir e validar a documentação, preparar a pessoa para a alta, orientar sobre cuidados e pendências, oferecer acesso proporcional à sua

condição e encaminhar informações pelas vias legitimamente disponíveis. Não significa assegurar vaga, consulta, adesão, ausência de complicações ou resposta de outro prestador que esteja fora da competência do hospital.

3.2.2 Visão de futuro

Constituir, progressivamente, uma referência institucional de alta responsável e continuidade assistencial para o SUS paulistano, integrando sumários clínicos estruturados, exames e documentos verificáveis, plano de seguimento e contrarreferência qualificada. A ambição de expansão para outras unidades geridas pelo Instituto Canaã depende de validação de resultado, maturidade operacional e adequação às características e contratos de cada estabelecimento.

3.2.3 Promessa pública de valor

Ao paciente: compreender o que aconteceu, saber quais cuidados adotar, reconhecer sinais de alerta e identificar os próximos passos. Ao profissional que o recebe: recuperar rapidamente o contexto clínico pertinente e sua procedência. À gestão do SUS: dispor de processos de transição mais rastreáveis, sem criação de agenda ou regulação paralelas. Ao hospital: verificar que a alta foi preparada como processo clínico, e não apenas como encerramento administrativo.

3.3 Objetivo geral e objetivos específicos

3.3.1 Objetivo geral

Estruturar, implantar e monitorar um programa institucional de continuidade do cuidado após atendimentos hospitalares, apoiado no prontuário eletrônico oficial, no Sumário de Alta validado, em um plano individual de seguimento e em mecanismos de acesso, educação e comunicação compatíveis com os padrões do SUS, com a legislação de proteção de dados e com a capacidade real do Hospital Canaã.

3.3.2 Objetivos específicos organizados por domínio

Domínio	Objetivos específicos propostos	Evidência mínima de verificação
Segurança e qualidade da alta	1. Padronizar sumários de alta; 2. registrar alergias e mudanças terapêuticas; 3. identificar pendências e sinais de alerta.	Amostra auditável de sumários, conciliações e checklists clínicos.
Autonomia do paciente	4. Dar acesso facilitado a documentos e exames; 5. oferecer orientações compreensíveis; 6. registrar entrega e compreensão quando aplicável.	Teste com usuários; registros de entrega; retorno de compreensão.

Domínio	Objetivos específicos propostos	Evidência mínima de verificação
Continuidade em rede	7. Formalizar plano de seguimento; 8. produzir contrarreferência qualificada; 9. permitir consulta posterior por vias legítimas.	Planos com serviço de destino; documentos/fluxos de compartilhamento autorizados.
Governança informacional	10. Manter origem, autoria e versão dos dados; 11. garantir segurança e auditoria; 12. compatibilizar a estrutura com normas e padrões pertinentes.	Trilhas de auditoria; documentação de integração; homologação e controle de versões.
Gestão e melhoria	13. Medir qualidade e efetividade da transição; 14. revisar incidentes e dificuldades de acesso; 15. planejar ampliação de forma sustentável.	Painel de indicadores; atas de revisão; plano de ação e análise de capacidade.

Os objetivos específicos são interdependentes. A publicação de um documento não compensa a ausência de revisão clínica; a educação digital não substitui orientação presencial quando necessária; e a existência de um link para outro serviço não constitui, por si, encaminhamento regulado ou recebimento confirmado.

3.4 Teoria de mudança e compromissos mensuráveis

A hipótese central de funcionamento é que uma transição preparada durante a internação, acompanhada de síntese clínica qualificada, explicação compreensível, tratamento reconciliado e informação acessível no momento do novo contato com a rede, reduz oportunidades de perda de contexto. A efetividade sobre reinternações, eventos adversos ou custos precisará ser demonstrada por avaliação própria; tais efeitos não decorrem automaticamente da implantação de um portal.

Componente	Entrega inicial	Efeito proximal esperado	Resultado a testar
Preparação da alta	Plano e sumário revisados	Menos lacunas documentais na transição	Maior completude e adequação do seguimento
Comunicação com o paciente	Explicações e orientações individualizadas	Maior entendimento de terapias, retornos e alertas	Menos dúvidas relevantes sem resposta e falhas evitáveis
Disponibilização digital e alternativa física	Acesso a documentos verificáveis	Menos barreiras à recuperação de exames/condutas	Uso útil em UBS/UPA e outros atendimentos
Contrarreferência definida	Destino assistencial e pendências com responsáveis	Mais previsibilidade de acompanhamento	Aumento de encaminhamentos efetivamente concluídos
Auditoria e indicadores	Medição regular e análise de falhas	Correções tempestivas do processo	Melhoria sustentada de segurança e desempenho

Para cada resultado, o programa deverá separar **produto** (por exemplo, percentual de altas com sumário), **processo** (percentual de documentos entregues sem atraso), **experiência** (capacidade de localizar orientações), **resultado clínico** (quando cientificamente avaliável) e **equidade** (diferenças de acesso por barreiras funcionais ou digitais). O Capítulo 38 detalhará definições, denominadores e metas.

3.5 Princípios orientadores e sua tradução operacional

Os princípios seguintes são compromissos de projeto, sustentados pela integralidade do SUS, pela atenção especializada articulada em rede, pelos direitos da pessoa usuária e pelas regras de tratamento de dados pessoais. Sua implementação exige protocolos, auditoria e validação institucional; enunciá-los não demonstra cumprimento automático [1–7].

Princípio	Tradução operacional	Evidência de aplicação
01. Centralidade da pessoa	A informação deve responder primeiro às necessidades do paciente: o que ocorreu, como prosseguir e a quem recorrer.	Testes de compreensão; linguagem simples; apoio de equipe.
02. Integralidade e coordenação	O programa conecta etapas do cuidado, sem desorganizar a referência territorial nem substituir a APS.	Registro explícito de serviço de seguimento e papel assistencial.
03. Segurança clínica antes da conveniência	Nenhuma facilidade de publicação pode antecipar documento sem revisão profissional.	Validação, assinatura, bloqueios para conteúdo incompleto ou incongruente.
04. Informação clinicamente pertinente	O conteúdo deve ser suficiente para continuidade, sem exposição indiscriminada de todo o prontuário.	Curadoria clínica e dicionário de dados aprovado.
05. Fonte única e rastreabilidade	O prontuário institucional mantém o registro original; o portal reproduz documentos autenticados e versões reconhecíveis.	Proveniência, data/hora, autoria e versão.
06. Transparência e linguagem acessível	O paciente conhece o que recebe, o que não consta e como solicitar documentos adicionais.	Avisos claros, canais de correção e orientação.
07. Equidade	Uso do digital não pode tornar-se requisito para alta ou atendimento, nem agravar vulnerabilidades.	Cópia física e mediação presencial quando necessárias.
08. Privacidade desde a concepção	Acesso restrito, finalidade definida, minimização e segregação de perfis.	Análise de riscos, controles de acesso e logs.
09. Compartilhamento legítimo	Compartilhar com outra instituição requer base jurídica, pertinência assistencial e arranjo autorizado.	Instrumentos de governança, registro e validação da integração.
10. Responsabilidade humana	Decisões diagnósticas, terapêuticas, de alta e interpretação de achados não são automatizadas sem validação competente.	Assinatura clínica, escalonamento e responsabilidade nominativa.
11. Direito à continuidade sem vínculo artificial	O hospital encaminha o cuidado conforme necessidade, sem capturar para si atribuições da UBS ou da regulação.	Fluxo de contrarreferência e comunicação adequada.

Princípio	Tradução operacional	Evidência de aplicação
12. Não discriminação e segurança cultural	Conteúdo e acesso não podem excluir pessoas por idioma, deficiência, renda, idade, escolaridade ou condição social.	Acessibilidade, materiais alternativos e revisão por usuários.
13. Interoperabilidade progressiva	Priorizar padrões e cooperação com sistemas existentes, evitando base paralela isolada.	Conformidade técnica e homologação de integrações.
14. Melhoria contínua orientada por dados	Riscos, atrasos e experiências devem resultar em revisão de processo.	Indicadores, auditoria e plano de melhoria.
15. Sustentabilidade e proporcionalidade	Implantar funcionalidades apenas quando houver suporte clínico, tecnológico, financeiro e de segurança.	Análise de custo total e critérios de progressão por fase.

Quando dois princípios entrarem em tensão — por exemplo, rapidez de disponibilização e necessidade de revisão clínica — prevalecerá a segurança assistencial e a proteção dos direitos do usuário, sem prejuízo do fornecimento de informações pelos canais legalmente devidos.

3.6 Escopo assistencial e população elegível

3.6.1 Unidade piloto e delimitação inicial

O programa é concebido pelo Instituto de Ciências Médicas Canaã e terá como unidade piloto prevista o Hospital Canaã, em São Paulo. Seu desenho inicial considera pacientes atendidos nos fluxos de urgência, internação clínica, internação cirúrgica e terapia intensiva adulta, segundo a capacidade efetivamente licenciada e implantada. Procedimentos de curta permanência, day clinic e atendimentos ambulatoriais poderão integrar fases posteriores, mediante adequação do resumo assistencial e dos processos de alta respectivos.

A participação no Passaporte não depende de diagnóstico específico. A intensidade do plano de continuidade, contudo, será proporcional ao risco clínico, às pendências, à complexidade terapêutica e às vulnerabilidades. Pacientes com múltiplos medicamentos, alterações terapêuticas relevantes, dependência funcional, exames pendentes ou necessidade de reavaliação breve exigirão atenção operacional reforçada.

3.6.2 Eventos e exceções

Situação assistencial	Tratamento de escopo proposto	Condição / ressalva
Alta após internação clínica ou cirúrgica	Núcleo prioritário do programa, com sumário, documentos e plano de seguimento.	Exige conteúdo validado e orientações individualizadas.
Alta de UTI para enfermaria e alta definitiva	A transferência interna compõe o registro clínico; o Passaporte consolida o episódio ao término do atendimento hospitalar.	Não gerar documentos contraditórios entre setores.

Situação assistencial	Tratamento de escopo proposto	Condição / ressalva
Atendimento de PS sem internação	Possível módulo futuro de resumo de atendimento, diferenciado do Sumário de Alta hospitalar.	Depende de protocolo, sistema de origem e aderência aos modelos aplicáveis.
Transferência para outro hospital	Exige comunicação clínica de transferência por canais adequados, independentemente da ativação do portal.	Passaporte não pode retardar ou substituir a transferência.
Alta a pedido / evasão / abandono	Registro factual apropriado, conforme política clínica e jurídica específica.	Não presumir plano de alta concluído quando não houver.
Óbito	Registros e encaminhamentos próprios, sem tratar o evento como alta assistencial ordinária.	Acesso por representantes exige regras próprias.
Pediatria, obstetrícia e neonatologia	Fora do escopo assistencial inicial projetado para o hospital.	Não declarar cobertura ou funcionalidades dessas linhas de cuidado sem implantação.

A elegibilidade operacional completa será aprovada em conjunto com o Comitê Assistencial e a governança de dados, em ato específico de implantação. A exclusão de determinada funcionalidade digital nunca restringirá direitos de acesso à informação e à documentação clínica pelas vias legalmente asseguradas.

3.7 Percurso temporal: entrada, preparação e saída

A alta segura exige continuidade longitudinal dentro do próprio hospital. O Passaporte não deve ser construído por uma equipe administrativa apenas após a saída: informações de identificação, alergias, terapias relevantes e necessidades de seguimento precisam ser atualizadas ao longo do episódio assistencial.

Momento	Ação institucional proposta	Ponto de controle
Admissão e identificação	Vincular pessoa, episódio assistencial e dados de contato seguros; reconhecer barreiras e eventual representante autorizado.	Conferência de identidade sem exposição indevida.
Durante a assistência	Manter registros válidos no PEP; registrar exames, procedimentos, alterações terapêuticas e pendências.	Coerência entre fontes clínicas e documentos.
Preparação antecipada da alta	Definir destino, plano de medicações, orientações, retorno e responsabilização por pendências.	Checklist multiprofissional e revisão clínica.
Validação da alta	Produzir Sumário de Alta e documentos pertinentes; revisão e assinatura conforme política profissional.	Bloqueio de versão provisória como documento definitivo.
Entrega e educação	Disponibilizar versão digital segura e alternativa não digital; orientar sinais de alerta e acesso.	Registro de orientação/entrega e da impossibilidade, se houver.
Transição para o próximo serviço	Produzir contrarreferência pelos fluxos disponíveis; encaminhar ao ponto da rede apropriado.	Identificação do destino e status: proposto, enviado ou confirmado.

Momento	Ação institucional proposta	Ponto de controle
Depois da alta	Monitorar resultados pendentes sob responsabilidade atribuída, corrigir erros e registrar versões.	Escalonamento documentado e não dependente de leitura de mensagens.

Os marcos operacionais, tempos aceitáveis, critérios de exceção e responsáveis nominativos serão descritos nos POPs. Nesta fase editorial, não devem ser apresentados prazos de resposta como SLA contratado ou serviço já disponível.

3.8 Escopo funcional do Passaporte e prioridades

3.8.1 Núcleo obrigatório proposto para o produto mínimo assistencial

O produto mínimo não é simplesmente a página web. Ele é o menor conjunto de processos clínicos e digitais capaz de tornar o episódio compreensível ao paciente e útil ao seguimento. Na primeira etapa, recomenda-se incluir:

- **Identificação segura** da pessoa e do episódio, incluindo serviço responsável e datas relevantes, com informação de proveniência.
- **Sumário de Alta clínico** com motivo de internação, diagnósticos/CID quando pertinente, procedimentos, tratamento, condição na alta e orientações para continuidade, conforme modelo vigente da RNDS [5].
- **Plano individual de continuidade** com seguimento recomendado, cuidados, restrições, sinais de alerta, pendências e orientação de onde buscar ajuda.
- **Prescrição e conciliação terapêutica** discriminando medicamentos de alta, mudanças em relação ao uso prévio e tratamentos hospitalares que não devem ser mantidos em domicílio.
- **Exames e laudos pertinentes** com identificação de realização, resultado disponível, estado de revisão e mecanismo de acesso seguro quando a integração com sistemas de diagnóstico permitir.
- **Mecanismo de acesso do paciente** por portal web autenticado, complementado por entrega física ou assistida.
- **Registro de versões e auditoria** que permita identificar data, autoria, alteração e correção documental.

3.8.2 Módulos de implantação condicionada

A evolução do produto poderá contemplar histórico longitudinal de múltiplos episódios, visualizador de imagens DICOM, notificações de exames pós-alta, materiais educativos personalizados, canal de orientação pós-alta e intercâmbio automatizado com sistemas oficiais. Essas entregas somente ingressarão no escopo operacional após análise da capacidade, proteção de dados, segurança clínica e homologação técnica.

Módulo	Condição mínima antes de ativar	Status editorial
Portal de documentos	Identidade verificada, documentos validados, trilhas de acesso e contingência.	Essencial para primeira fase.
Exames de imagem e PACS	Vinculação segura e checagem entre laudo/imagem/paciente; capacidade de visualização.	Conforme prontidão dos sistemas.
Educação personalizada	Textos revisados por equipe competente, indicação clínica correta e linguagem acessível.	Etapa de expansão.
Chat / WhatsApp institucional	Protocolo de triagem, limites do serviço, retenção, privacidade e escalonamento assistencial.	Etapa de expansão, não substitui urgência.
Integração com RNDS e sistemas municipais	Credenciamento, pactuação, conformidade técnica, testes e autorização institucional.	Meta estratégica condicionada.
Consulta por profissionais externos	Vínculo assistencial, autenticação, autorização e controles legais e contratuais.	Não presumir acesso universal.

3.9 Limites clínicos e responsabilidade profissional

O Passaporte não constitui prontuário paralelo, sistema autônomo de tomada de decisão ou fonte primária independente. A informação clínica deve derivar de registros oficiais do atendimento e de documentos elaborados/validados por profissionais habilitados. A criação de uma síntese não pode apagar ressalvas, incertezas, hipóteses diagnósticas, limitações de exames ou alterações no plano terapêutico.

O médico responsável pela alta e os demais profissionais, cada um dentro de suas atribuições, permanecem responsáveis pelo conteúdo que produzem ou validam. O acesso a um documento por outra instituição não transfere automaticamente a titularidade do cuidado, nem dispensa avaliação atualizada do paciente. Condutas de urgência e emergência devem sempre observar as condições clínicas presentes e os protocolos aplicáveis, mesmo quando o Passaporte estiver indisponível.

3.9.1 Regras de não substituição

- O Passaporte **não substitui** a avaliação clínica, a prescrição formal, a receita válida, o prontuário de origem nem o processo de regulação assistencial.
- O histórico disponibilizado **não certifica** que todas as doenças, alergias, tratamentos anteriores ou exames realizados em outras instituições estejam registrados.
- O resultado laboratorial ou anatomopatológico pendente **não pode ser tratado** como normal ou liberado sem o fluxo clínico de revisão e comunicação pertinente.
- Informações educativas são **complementares** às orientações e prescrições individualizadas; não autorizam alterações medicamentosas pelo paciente sem avaliação.

- A ausência de internet, celular, identificação digital ou familiar habilitado **não pode bloquear** alta clinicamente indicada nem assistência em outro serviço.

3.10 Limites digitais, jurídicos e de compartilhamento

O programa não deverá declarar interoperabilidade plena com UBS, UPAs, e-SaúdeSP, Meu SUS Digital ou RNDS até que existam instrumentos, credenciais, acordos e testes efetivamente concluídos. A RNDS é um ecossistema de intercâmbio padronizado, sujeito a requisitos técnicos e de segurança próprios; o portal do Instituto Canaã não terá acesso automático a todo histórico nacional do usuário [5, 6, 8].

Os dados de saúde são dados pessoais sensíveis segundo a LGPD. A base legal aplicável a cada operação de tratamento — assistência, portal, compartilhamento, comunicação, analytics, pesquisa e telemedicina — deverá ser analisada caso a caso. **Não se deve afirmar que o consentimento genérico é a única base jurídica**; tampouco presumir que o mero fato de prestar assistência autoriza acesso irrestrito por terceiros [7].

A disponibilização de um sumário não elimina o direito de acesso aos registros clínicos nos termos legais. As respostas a pedidos de cópia integral, correção, informação sobre tratamento de dados e representação serão tratadas por fluxo institucional próprio. A exibição resumida no portal deve informar sua natureza e sua origem.

Limite	Vedação / cautela	Exigência para evolução
Integração externa	Não anunciar conexão operacional inexistente.	Autorização, desenvolvimento, testes, documentação e aceite.
Acesso em UPA/UBS	Não presumir login de qualquer profissional externo.	Identidade, vínculo assistencial, política de autorização e logs.
Compartilhamento via QR code	Não disponibilizar diagnóstico ou laudo em link público estático.	Mecanismo de verificação ou autorização temporária segura.
Acesso por familiar	Não confundir parentesco com permissão universal.	Regras de representação e autorização conforme caso.
Inteligência artificial	Não gerar diagnóstico ou plano clínico definitivo sem revisão humana.	Validação, rastreabilidade, avaliação de risco e governança.
Comunicação e marketing	Não usar os dados para fins incompatíveis, exposição ou publicidade sem respaldo.	Análise de finalidade, base legal e minimização.

3.11 Educação, mensagens e orientação pós-alta: fronteiras

O conteúdo educativo poderá ser vinculado a diagnósticos e procedimentos, como hipertensão arterial, diabetes, pneumonia, cuidados de ferida operatória ou colecistectomia. Cada material deverá indicar público, indicação, data de revisão, área técnica responsável e ressalva de que não substitui orientações individualizadas. Exemplos genéricos não deverão se sobrepor à prescrição efetivamente emitida.

O canal de comunicação previsto poderá atender dúvidas sobre acesso a documentos, organização de retornos e orientações assistenciais protocoladas. Se incluir avaliação clínica individualizada à distância, deverá ser enquadrado nas modalidades e exigências profissionais e legais pertinentes à telemedicina, incluindo registros, segurança, informação e autorização necessárias [9].

São limites indeclináveis: não prometer atendimento emergencial em chat assíncrono; não usar respostas automáticas como única triagem de sinais de gravidade; não permitir prescrição ou mudança de conduta por agente não habilitado; e não oferecer WhatsApp pessoal de profissionais como canal institucional sem gestão, registro e proteção de dados.

MENSAGEM DE SEGURANÇA PROPOSTA O canal digital do Passaporte destina-se à orientação dentro de seu horário e escopo divulgados. Em sinais de gravidade ou emergência, procurar imediatamente um serviço de urgência ou acionar o SAMU 192, conforme a situação. O conteúdo específico dessa orientação será validado nos protocolos assistenciais.

3.12 Relações com UBS, UPA, especialidades e gestão SUS

O Hospital Canaã será ponto de atenção de origem da informação sobre o episódio. A UBS, quando responsável pela coordenação territorial, receberá o paciente para continuidade longitudinal; a atenção especializada receberá encaminhamentos clínicos pertinentes; e uma UPA poderá se beneficiar da síntese em nova urgência, desde que apresentada pelo paciente ou acessada por meio legítimo. Esse arranjo não presume vínculo contratual, prioridade de vaga ou interoperabilidade com estabelecimentos específicos.

3.12.1 Três estados distintos da contrarreferência

Estado	Definição rigorosa	Evidência possível
Orientação de destino	Paciente recebeu informação do serviço adequado e próximos passos.	Plano de seguimento e registro da orientação.
Documento encaminhado	Informação enviada por canal permitido a serviço ou unidade identificada.	Protocolo, mensagem institucional ou outro comprovante, conforme fluxo.
Recebimento / continuidade confirmados	Serviço destinatário confirmou recebimento ou acompanhamento efetivo, conforme pactuação.	Confirmação documentada ou evento interoperável homologado.

Esses estados não são equivalentes. O painel de gestão deverá impedir que o simples envio de um PDF seja interpretado como consulta agendada, recepção confirmada ou continuidade clinicamente concluída. Agendamento, regulação e acesso a procedimentos obedecerão às competências da rede pública e às regras oficiais de cada serviço.

3.13 Equidade, representação e alternativas não digitais

A plataforma deverá ser acessível a pessoas com deficiência, idosos, indivíduos com baixa escolaridade ou letramento digital, pessoas que compartilham telefone e pacientes sem internet. A assistência ao uso do Passaporte não pode ser reduzida à instrução “baixe o aplicativo”; especialmente porque o desenho proposto é um **portal web**, utilizável em navegador, sem instalação obrigatória de aplicativo nativo.

A política de acesso por representantes deverá diferenciar incapacidade, menoridade, tutela/curatela, procuradores e escolhas do titular conforme a legislação e os contextos clínicos. O sistema não deverá presumir que o familiar que acompanha a internação pode consultar irrestritamente todos os dados do paciente.

A alternativa mínima institucional será entregar ou disponibilizar, sem exigência digital, um conjunto essencial de orientações e documentos de alta, com informações sobre como solicitar outros registros. Apoio presencial, orientação verbal, documento impresso, acessibilidade comunicacional e eventual mediação de cuidador autorizado deverão compor o plano de implantação.

3.14 Critérios de implantação, fases e condições de avanço

Sugere-se uma implantação progressiva, governada por avaliações explícitas. A priorização não corresponde a calendário contratual e dependerá da entrada em operação do hospital, das capacidades do prontuário eletrônico, do diagnóstico situacional de TI, da constituição de equipes e da aprovação institucional.

Fase proposta	Conteúdo	Condição para avançar
Fase 0 — desenho e governança	Comitê, aprovação clínica e jurídica, dicionário de dados, mapeamento de fluxos e riscos.	Responsáveis nomeados, escopo assinado, análise preliminar de privacidade e mapa de dependências.
Fase 1 — alta responsável	Sumário estruturado, medicações, documentos essenciais, plano de continuidade e alternativa não digital.	Auditoria de completude, assinaturas, entrega e tratamento de exceções.
Fase 2 — portal ao paciente	Autenticação, visualização de documentos, suporte ao acesso, auditoria e comunicação de indisponibilidade.	Testes de segurança, acessibilidade, identidade e recuperação de conta.
Fase 3 — complementos e resultados	Exames e laudos, pendências rastreadas, educação revisada e canal orientativo com protocolos.	Risco assistencial controlado, equipe de suporte e escopo do canal validado.
Fase 4 — interoperabilidade externa	Troca de informação com sistemas oficiais e serviços pactuados.	Homologação, permissões, contratos e monitoramento interoperável.

A implantação deverá prever **critérios de não avanço**: falhas relevantes de identificação, ausência de validação profissional, divulgação indevida de dados, resultados pendentes sem responsáveis, baixa capacidade de suporte, indisponibilidade de alternativa não digital e integração externa não autorizada.

3.15 Matriz de riscos, salvaguardas e premissas críticas

Risco-chave	Consequência potencial	Barreira de prevenção / resposta
Pessoa ou episódio associados incorretamente	Exposição de dados alheios e erro assistencial.	Identificação com múltiplos atributos, validação de vínculo e protocolo de correção.
Sumário incompleto ou sem revisão	Condutas posteriores apoiadas em contexto incorreto.	Validação clínica, campos críticos e bloqueio de publicação final.
Mudanças medicamentosas mal descritas	Duplicidades, interrupções ou uso indevido após a alta.	Conciliação e revisão de medicações; teste de compreensão.
Laudo crítico disponibilizado sem escalonamento	Atraso no diagnóstico/tratamento.	Responsável por resultado, fluxo ativo de comunicação e registro.
Acesso indevido por familiar ou profissional externo	Violação de sigilo e dano à pessoa.	Representação verificada, política de autorização e auditoria.
Indisponibilidade do portal	Barreira de acesso à informação.	Contingência assistida e material físico essencial.
Mensagem interpretada como emergência	Atraso na procura de pronto-atendimento.	Aviso de limites, protocolos de risco e encaminhamento imediato.
Contrarreferência tratada como agendamento	Paciente acredita ter retorno garantido sem confirmação.	Estados distintos e linguagem transparente.
Expansão sem recurso humano	Pendências acumuladas e baixa qualidade documental.	Capacidade dimensionada e progressão por critérios de aceite.

As salvaguardas aqui propostas serão convertidas em procedimentos, requisitos testáveis, planos de contingência e matriz RACI nos capítulos de governança, segurança da informação e operação. Sua existência no manual não substitui comprovação de implementação.

3.16 Indicadores de compromisso e critérios de aceitação

Na fase de projeto, indicadores devem expressar a fidelidade do processo e a possibilidade de benefício, sem criar metas arbitrárias anunciadas como obrigações contratuais. A linha de base será medida no piloto, com denominadores e exclusões aprovados. As metas quantitativas serão definidas posteriormente à avaliação da viabilidade e da capacidade do serviço.

Indicador conceitual	Pergunta de gestão	Método inicial sugerido
Cobertura de altas com sumário validado	Quanto do escopo elegível possui documentação clínica revisada?	Numerador: sumários validados; denominador: altas elegíveis.
Conciliação medicamentosa documentada	As alterações terapêuticas foram explicitadas e conferidas?	Auditoria amostral de altas com prescrição e lista conciliada.
Plano de continuidade completo	Há serviço de destino, retornos, pendências e sinais de alerta?	Checklist e consistência com o diagnóstico/risco.
Entrega e compreensão da orientação	Paciente/cuidador recebeu explicações adequadas?	Registro de entrega e avaliação de compreensão quando indicada.
Acesso equitativo	Quais grupos encontram barreiras para consultar informações?	Teste com usuário, suporte, alternativa impressa e amostras por barreira.
Pendências com responsável	Quem responde pelo resultado ainda não concluído?	Proporção de pendências nominadas e acompanhadas até desfecho.
Contrarreferência por status	Qual proporção foi orientada, enviada e confirmada?	Estados separados; confirmação somente quando demonstrada.
Incidentes e correções	Erros de identidade, privacidade ou conteúdo são identificados e corrigidos?	Registro de incidentes, tempo de resposta e análise de causa.

Para aprovação de uma versão funcional, recomenda-se exigir evidência de: (i) documentação clínica consistente com o PEP, (ii) acesso apenas por identidades autorizadas, (iii) trilhas de auditoria disponíveis, (iv) correção de publicação equivocada, (v) contingência não digital e (vi) orientação clara de limites do serviço. Ensaios de uso com pacientes e profissionais deverão validar o entendimento real do conteúdo.

3.17 Deliberações institucionais e interfaces com capítulos futuros

3.17.1 Decisões que requerem ratificação antes do piloto

15. **Escopo assistencial:** definir quais episódios entram na primeira fase e quem decide exceções.
16. **Responsabilidade pela informação:** aprovar médico/serviço responsável pelo sumário, reconciliação, pendências e correções.
17. **Governança de dados:** validar finalidades, bases legais, perfis de acesso, representação e regras de compartilhamento.
18. **Suporte ao usuário:** determinar atendimento assistido e contingência física, incluindo horários e canais.
19. **Pactuação SUS:** registrar quais fluxos de contrarreferência estão acordados; não pressupor autorização externa.
20. **Plano de testes:** estipular critérios de homologação clínica, tecnológica, acessibilidade e privacidade.

3.17.2 Matriz de interfaces editoriais

Tema deste capítulo	Aprofundamento previsto no Manual	Delimitação
Equidade e público-alvo	Capítulos 04 e 25	Perfis, vulnerabilidades, representantes e alternativas não digitais.
Alta e segurança clínica	Capítulos 07, 08, 18, 20, 21 e 24	Conteúdo, assinatura, medicamentos, exames críticos e pendências.
Contrarreferência e rede	Capítulos 05, 22 e 23	Articulação territorial e uso em novo atendimento de urgência.
Direitos, LGPD e governança	Capítulos 11 a 15	Bases legais, papéis, auditoria e riscos.
Portal e comunicação	Capítulos 26 a 30	Usabilidade, exames, educação, chat e notificações.
Tecnologia e integração	Capítulos 31 a 35	PEP, DICOM, RNDS/FHIR, identidade e segurança cibernética.
Implantação e avaliação	Capítulos 36 a 40	POPs, treinamento, indicadores, fases e sustentabilidade.

O Capítulo 3 não autoriza alteração unilateral das responsabilidades de UBS, UPA, Secretarias ou prestadores externos. A execução deverá ser compatibilizada com contratos, instrumentos de gestão, licenças, fluxos regulatórios e pactuações assistenciais aplicáveis.

3.18 Síntese conclusiva e declaração de escopo

O Instituto de Ciências Médicas Canaã propõe o Passaporte Digital de Saúde Canaã como **programa assistencial de transição segura do cuidado, sustentado por informação clínica validada e ferramentas de acesso digital**. Sua razão de existir é oferecer continuidade, não acumular dados; orientar os próximos passos, não apenas arquivar o passado; e fortalecer a autonomia do paciente sem deslocar responsabilidades clínicas ou institucionalizar uma via de acesso paralela ao SUS.

O compromisso central do programa será produzir uma transição documentada e compreensível, com encaminhamento adequado e respeito aos limites de governabilidade do hospital. A valorização da inovação dependerá da mensuração transparente de qualidade, segurança, equidade e efetividade. A ampliação tecnológica ocorrerá apenas quando forem demonstradas as condições clínicas, regulatórias, financeiras e de proteção de dados necessárias.

DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL PROPOSTA O Passaporte Digital de Saúde Canaã não substituirá o prontuário médico, não exercerá regulação de vagas, não garantirá consulta externa sem pactuação, não funcionará como canal de emergência e não permitirá acesso irrestrito a dados sensíveis. Sua finalidade é apoiar a continuidade do tratamento com informação confiável, planos de cuidado e comunicação segura.

Referências normativas e técnico-científicas verificadas

[1] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Portal Planalto. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[3] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0553_15_01_2018.html

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026. Institui a Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Notícia oficial de publicação: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta no âmbito da RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS: integração e serviços HL7 FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/integracao.html

[7] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Portal Planalto. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. RNDS: guia de integração para gestores e desenvolvedores. https://rnds-guia.saude.gov.br/

[9] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.314/2022. Define e regulamenta a telemedicina. https://portal.cfm.org.br/noticias/apos-amplo-debate-cfm-regulamenta-pratica-da-telemedicina-no-brasil/

[10] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Safety in Transitions of Care. WHO/UHC/SDS/2019.9, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios de proteção de dados pessoais previstos na LGPD. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd/principios

[12] BRASIL. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. Perguntas frequentes: dados pessoais sensíveis. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes

Fontes consultadas em 02/11/2026. A versão aplicável de normas e guias deverá ser novamente confirmada antes da aprovação operacional e sempre que houver alteração normativa.

Registro de análise e aprovação institucional

Etapa	Responsável / instância	Situação / data
Elaboração inicial	Equipe técnica de desenvolvimento institucional — apoio de pesquisa e redação	Minuta 0.1 — 02/11/2026
Revisão técnico-assistencial	Direção técnica e representantes médicos e multiprofissionais	Pendente
Revisão jurídica, ética e privacidade	Assessoria jurídica / encarregado e governança de dados	Pendente
Revisão de sistemas e segurança	TI hospitalar / fornecedor de PEP / segurança da informação	Pendente
Aprovação institucional	Direção do Instituto de Ciências Médicas Canaã	Pendente
Pactuação externa (quando aplicável)	Gestão municipal/estadual, RNDS e serviços destinatários	Não presumida; condicional

Checklist de deliberação para aprovação deste capítulo

Antes de aprovar a versão institucional, recomenda-se que a direção registre expressamente as decisões abaixo, inclusive quando a resposta for “pendente”. Aprovar o conceito não equivale a homologar o portal ou os processos assistenciais.

Questão de aprovação	Status inicial
A missão e a proposta de valor representam adequadamente o programa?	A deliberar
O programa permanecerá centrado na alta hospitalar e na continuidade do cuidado?	A deliberar
Estão aceitas as exclusões de prontuário paralelo, regulação de vagas e canal de emergência?	A deliberar
O núcleo mínimo e a implantação em fases refletem as prioridades institucionais?	A deliberar
Estão reconhecidas a necessidade de validação clínica e a dependência de pactuação para integrações externas?	A deliberar
Foram identificados responsáveis pela elaboração dos capítulos técnicos vinculados?	A deliberar

Controle de revisão: comentários e alterações posteriores deverão gerar versão datada, com histórico de mudanças. Esta minuta não constitui comprovação de implantação do programa nem autorização para operar integrações ou canais assistenciais.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 04

PÚBLICO-ALVO, EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO DIGITAL

Acesso ao cuidado com autonomia, segurança e alternativas para todos

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 04
Título	Público-alvo, equidade, acessibilidade e inclusão digital
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade piloto prevista	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação condicionada à autorização, à estrutura e aos fluxos aprovados)
Código	PDSC-MAN-C04
Versão e data	0.1 | 02/11/2026
Natureza	Minuta técnica para análise e aprovação; não constitui procedimento operacional implantado
Interfaces documentais	Capítulos 01, 02 e 03 aprovados; capítulos específicos de LGPD, educação, comunicação e TI a desenvolver
Áreas que deverão validar	Direção institucional; direção técnica; enfermagem; serviço social; qualidade; jurídico/LGPD; TI/segurança; representantes dos usuários
Aprovação/Vigência	Pendentes de deliberação institucional e avaliação de conformidade antes do uso operacional

Roteiro interno do capítulo

4.1 Finalidade, contexto e decisões de projeto

4.2 Fundamentos sanitários, evidências e legislação

4.3 Universo de beneficiários e elegibilidade inclusiva

4.4 Barreiras de acesso e avaliação individual não discriminatória

4.5 Segmentação assistencial e modalidades de atendimento

4.6 Jornada inclusiva: admissão, internação, alta e seguimento

4.7 Pessoas idosas, fragilidade e letramento digital

4.8 Deficiência visual, auditiva, motora e cognitiva

4.9 Linguagem simples, compreensão e educação em saúde

4.10 Acesso de familiares, cuidadores e representantes

4.11 Crianças, adolescentes e situações especiais

4.12 Sem celular, sem internet, baixa renda e territórios vulneráveis

4.13 Requisitos de acessibilidade do portal e dos documentos

4.14 Identidade, privacidade, segurança e fluxos de exceção

4.15 Fluxo operacional, responsáveis e registros mínimos

4.16 Matriz de riscos e controles compensatórios

4.17 Indicadores, auditoria, escuta e critérios do piloto

4.18 Plano de implantação por fases e decisões pendentes

4.19 Casuística ilustrativa e testes de aceitação

4.20 Síntese normativa e compromissos institucionais
Referências normativas, estatísticas e técnico-científicas
Registro de análise e aprovação institucional

4.1 Finalidade, contexto e decisões de projeto

O presente capítulo estabelece as condições para que o Programa Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC) seja acessível a todas as pessoas elegíveis, independentemente de idade, deficiência, escolaridade, idioma, renda, conectividade, disponibilidade de dispositivo ou capacidade de utilizar tecnologia. O direito à informação clínica e a uma alta responsável não pode ser convertido em obrigação de possuir smartphone, instalar aplicativo, contratar pacote de dados, manter e-mail ou compartilhar credenciais com familiares.

A proposta nasce da distinção já aprovada nos Capítulos 1 a 3: o Passaporte não é prontuário paralelo, cartão de benefícios ou mecanismo de triagem comercial; é uma **camada de acesso seguro a documentos clínicos autenticados e um plano de continuidade assistencial**, conectado ao prontuário institucional de origem e à lógica de referência e contrarreferência do SUS. A inclusão deve, portanto, ser medida pela capacidade real de o paciente compreender, obter e utilizar o plano, inclusive por via não digital.

O Instituto de Ciências Médicas Canaã será a entidade proponente; o Hospital Canaã é a unidade piloto pretendida. A implantação, o compartilhamento automatizado entre organizações e a disponibilização de determinados canais dependerão de validações assistenciais, jurídicas, tecnológicas e, quando pertinente, pactuação com a gestão pública. Nenhuma funcionalidade descrita equivale a afirmar que tais integrações já estejam operacionais.

REGRA INSTITUCIONAL PROPOSTA A ausência de acesso ao portal nunca poderá ser tratada como recusa de cuidados, impedir alta clinicamente indicada, dificultar acesso aos documentos devidos ou inviabilizar encaminhamento assistencial. O canal digital complementa, mas não substitui, os deveres de orientação e documentação do serviço.

4.2 Fundamentos sanitários, evidências e legislação

4.2.1 Equidade em saúde e risco de exclusão digital

A equidade exige respostas proporcionais às barreiras encontradas. Entregar o mesmo link a todos não produz acesso igualitário se parte da população não dispõe de internet, dispositivo adequado, alfabetização funcional ou apoio seguro. O IBGE apurou que, em 2025, 90,5% das pessoas com 10 anos ou mais utilizaram a internet nos três meses de referência; entre pessoas de 60 anos ou mais, o percentual foi de 74,5%. Esses percentuais

descrevem a população nacional, não os pacientes do Hospital Canaã, e devem orientar a necessidade de diagnóstico local, sem servir de estimativa automática do público da unidade [1].

A Organização Mundial da Saúde orienta a transformação digital como instrumento de sistemas mais equitativos, centrados nas pessoas e sustentáveis, e não como mera implementação de dispositivos e plataformas [2]. A Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD), instituída pela Portaria GM/MS nº 12.301/2026, incorpora centralidade do usuário, redução de desigualdades, letramento digital e proteção de dados entre seus eixos [3].

4.2.2 Normas de acessibilidade e proteção de dados

Referência	Implicação concreta para o Passaporte
Constituição Federal / Lei nº 8.080/1990	Universalidade, integralidade e equidade orientam os fluxos assistenciais; acesso ao documento não pode ser condicionado a equipamento digital.
Lei Brasileira de Inclusão – Lei nº 13.146/2015	Acessibilidade na informação e comunicação; art. 63 orienta sítios de internet sob seu âmbito; capacidade legal da pessoa com deficiência deve ser respeitada (arts. 84–85) [4].
Lei nº 13.709/2018 – LGPD	Dados de saúde são sensíveis; exigir finalidade, base legal adequada, transparência, controles de acesso, segurança e direitos do titular; especial cautela para menores e representantes [5].
Estatuto da Pessoa Idosa – Lei nº 10.741/2003	Proteção da dignidade, participação nas escolhas e acesso à saúde; idoso não deve ser presumido incapaz por idade [6].
Lei nº 15.263/2025 – Política Nacional de Linguagem Simples	Obriga órgãos e entidades da administração pública abrangidos; para o Instituto, serve como referência de desenho comunicacional e poderá integrar obrigações contratuais quando aplicáveis [7].
eMAG 3.1 / WCAG 2.2	Referenciais técnicos de acessibilidade; recomenda-se adotar WCAG 2.2 nível AA como meta de projeto e testes reais com usuários, sem afirmar certificação antecipada [8,9].
Portaria GM/MS nº 8.026/2025 – Sumário de Alta/RNDS	Suporta padronização do conteúdo clínico e da interoperabilidade futura; não dispensa a produção de versão compreensível para o paciente [10].

A arquitetura deverá utilizar a LGPD com base jurídica específica por finalidade. **Consentimento genérico não é solução universal** para dados assistenciais; a definição de bases legais para tratamento, representação e comunicação deve passar pela assessoria jurídica e encarregado de dados, observadas as circunstâncias concretas [5].

4.3 Universo de beneficiários e elegibilidade inclusiva

O público principal compreende pacientes cujos atendimentos no Hospital Canaã gerem documento de alta, resumo de atendimento, exames ou plano de continuidade. A prioridade clínica inicial prevista recai sobre internações adultas clínicas e cirúrgicas e

alta de terapia intensiva, segundo a capacidade implantada, sem impedir que fases seguintes incluam outros episódios elegíveis. O diagnóstico, a idade, a nacionalidade ou a habilidade digital não são critérios para negar acesso à documentação assistencial.

Grupo	Necessidade principal	Resposta institucional esperada
Paciente com autonomia digital	Consulta segura, downloads, histórico e atualizações.	Portal acessível; autenticação adequada; documentos íntegros e revisados.
Paciente autônomo com baixa habilidade digital	Ajuda para ativar e compreender acesso.	Apoio presencial sem exigência de entregar senha; guia em linguagem simples.
Pessoa idosa/frágil	Compreensão da terapia, apoio, mobilidade e meios alternativos.	Orientação assistida, versão impressa, cuidador autorizado quando cabível.
Pessoa com deficiência	Informação em formato perceptível e operação assistiva.	Compatibilidade com leitor de tela, teclado, Libras/legendas e adaptações adequadas.
Pessoa sem dispositivo ou conectividade	Acesso ao plano mesmo sem internet.	Kit físico de alta, canal presencial/telefônico e emissão de segunda via.
Pessoa com apoio de terceiro	Autonomia preservada com compartilhamento legítimo.	Procuração/representação verificada, delegação delimitada e revogável.
Profissional da UBS/UPA e rede SUS	Síntese útil e confiável, acessada por meio legítimo.	Documento assinado compartilhado pelo paciente ou integração homologada quando existir.

A equipe deve reconhecer que a condição de vulnerabilidade não corresponde automaticamente à incapacidade. A escolha do paciente, suas preferências de comunicação e sua aptidão decisória específica devem ser respeitadas. A avaliação de barreiras é instrumento de apoio, nunca cadastro discriminatório.

4.4 Barreiras de acesso e avaliação individual não discriminatória

Durante o preparo da alta, a equipe realizará uma triagem breve de acessibilidade e continuidade. Ela deve identificar **necessidades operacionais**, não classificar pessoas por estereótipos. O registro deve limitar-se ao indispensável para oferecer apoio, com informação clara sobre sua finalidade e acesso restrito.

Dimensão de barreira	Pergunta prática da equipe	Medida inicial
Conectividade	Consegue acessar internet quando precisar dos documentos?	Ofertar entrega física e explicar canal de segunda via.
Dispositivo	Dispõe de dispositivo próprio ou de acesso confiável?	Evitar autenticação dependente exclusivamente de aparelho pessoal.
Visão e leitura	Prefere texto ampliado, leitor de tela, áudio ou ajuda na leitura?	Fornecer alternativa acessível e testar a legibilidade.
Audição e comunicação	Qual forma de comunicação compreende melhor?	Agendar recurso acessível, legendas, texto ou intérprete quando necessário.

Dimensão de barreira	Pergunta prática da equipe	Medida inicial
Compreensão	Consegue explicar como usará medicamentos e quando retornará?	Aplicar técnica de retorno da informação, sem constrangimento.
Idioma e contexto cultural	Em qual idioma ou modalidade gostaria de receber as orientações?	Viabilizar mediação linguística qualificada e tradução validada.
Apoio cotidiano	Deseja incluir pessoa de confiança na explicação ou entrega?	Confirmar vontade, verificar legitimidade e delimitar o acesso.

O formulário de triagem deverá evitar campos desnecessários, perguntas obrigatórias sobre renda ou religião e inferências automáticas de deficiência. A pessoa poderá recusar o compartilhamento de preferências não essenciais sem perder acesso aos cuidados ou documentos. Preferências informadas podem ser revistas a qualquer momento.

4.5 Segmentação assistencial e modalidades de atendimento

A segmentação proposta não se baseia apenas no perfil digital. Combina necessidade clínica de continuidade, risco de falhas na alta e capacidade de acesso. O grau de complexidade clínica é determinado pela equipe assistencial; a modalidade de acesso é negociada com a pessoa e seus apoiadores legítimos. São eixos independentes.

Modalidade de entrega	Indicação	Conteúdo mínimo	Salvaguarda
A — Digital autônoma	Pessoa capaz de autenticar-se e consultar documentos.	Resumo validado, plano, receitas, exames disponíveis, pendências.	Orientação de segurança e acesso alternativo sob demanda.
B — Digital assistida	Pessoa deseja usar o portal, mas precisa de ajuda inicial.	Mesmos documentos e demonstração da navegação.	Ajudante não guarda senha e não registra códigos de autenticação.
C — Híbrida	Pessoa prefere digital mais material físico ou precisa de apoio.	Documentos no portal e kit impresso de alta.	Informações coerentes entre versões; carimbo temporal.
D — Não digital	Sem internet/dispositivo ou por preferência informada.	Kit impresso completo conforme indicação; canal para novas vias.	Não reduzir qualidade documental; controle de entrega.
E — Por representante habilitado	Necessidade legal ou pedido expresso legítimo.	Acesso delimitado a documentos pertinentes e autorizados.	Identificação, escopo, registro e revogação de permissão.

As modalidades poderão coexistir, com mudança posterior. A opção C ou D deve estar disponível por solicitação e, proativamente, quando houver barreira identificada. **Jamais converter o download do PDF em condição para realizar a alta ou obter a prescrição médica.**

4.6 Jornada inclusiva: admissão, internação, alta e seguimento

Momento	Ação inclusiva	Evidência audível/auditável
Admissão/ acolhimento	Informar a existência futura do Passaporte, sem promessa de integração não implantada; perguntar preferência de comunicação.	Registro sintético de preferência, quando pertinente.
Internação	Atualizar contato autorizado; identificar cuidador e barreiras; fornecer educação progressiva conforme plano terapêutico.	Anotação assistencial e orientações relevantes.
Pré-alta	Revisar documentação, conferir prescrições e resultados pendentes; selecionar modalidade A–E.	Checklist clínico e de acessibilidade.
Momento da alta	Explicar diagnóstico, mudanças de medicamento, sinais de alerta, retorno e pendências; testar compreensão.	Registro de entrega, modalidade e entendimento.
Após a alta	Disponibilizar resultados após validação; oferecer segunda via e orientação dentro do canal aprovado.	Log de publicação e atendimento; responsável por pendências.
Novo atendimento na rede	Paciente apresenta documento ou profissional consulta por via institucional homologada.	Versão autenticada; trilha de acesso quando institucional.

O profissional que confirma a saída deverá verificar que o paciente conhece o serviço de destino ou o procedimento para buscá-lo, os principais sinais de alarme e a forma de obter documentos. **O acesso ao portal não é prova de compreensão clínica.** Essa última exige comunicação humana, adaptada ao caso, e documentação pertinente.

4.7 Pessoas idosas, fragilidade e letramento digital

Idade isolada não determina incapacidade, desinteresse tecnológico nem necessidade de um terceiro. O acolhimento deve reconhecer maior heterogeneidade de capacidades físicas, cognitivas, funcionais e de conectividade, oferecendo escolha efetiva entre uso independente, apoio transitório e forma física de entrega. O Estatuto da Pessoa Idosa sustenta participação ativa e dignidade no cuidado [6].

Quando houver fragilidade clínica, polifarmácia, dependência funcional ou alterações recentes de tratamento, recomenda-se plano de alta com ênfase em conciliação medicamentosa, identificação clara de responsáveis, revisão de riscos e instruções de fácil consulta. O letramento digital deve ser ensinado de forma breve, respeitosa e sem transferir ao familiar a titularidade dos dados do paciente.

- Evitar autenticação baseada exclusivamente em aplicativo ou reconhecimento facial sem alternativa comprovadamente acessível.
- Permitir aumento de fonte, leitura por tecnologia assistiva, tempo adequado de sessão e recuperação de acesso com verificação robusta.

- No atendimento presencial, demonstrar em linguagem simples como localizar “Minha alta”, “Medicamentos” e “Retornos”.
- Oferecer a pessoa de confiança apenas se o paciente desejar ou se houver representação legal cabível; registrar escopo do apoio.

4.8 Deficiência visual, auditiva, motora e cognitiva

4.8.1 Barreiras visuais e motoras

O portal deverá ser navegável por teclado e leitor de tela; empregar títulos semanticamente estruturados, rótulos em formulários, foco visível, ordem lógica de navegação, contraste adequado e botões com área de toque suficiente. Os arquivos clínicos devem utilizar texto selecionável e estrutura acessível sempre que tecnicamente possível; laudos digitalizados sem camada textual precisam de alternativa equivalente. Para imagens DICOM, a visualização deve ser acompanhada do laudo textual acessível, sem prometer que a imagem diagnóstica em si será integralmente traduzível a usuários cegos [8,9].

4.8.2 Barreiras auditivas e necessidades de comunicação

Vídeos educativos deverão prever legendas revisadas e, conforme público e recursos, janela de Libras; mensagens clínicas importantes devem ter equivalentes textuais. Para pessoas que utilizam Libras como principal língua, recursos automáticos como VLibras podem ajudar na navegação, mas não substituem intérprete humano qualificado quando a complexidade da situação exige comunicação efetiva e segura [11].

4.8.3 Barreiras cognitivas, neurodivergências e múltiplas necessidades

Oferecer percursos curtos, instruções previsíveis, linguagem concreta, ícones acompanhados de texto, resumos estruturados e confirmação antes de operações com repercussões de privacidade. Não usar diagnósticos cognitivos como pressuposto de incapacidade. Ao contrário, ajustar o suporte à decisão e garantir avaliação individual da autonomia e das preferências. A tomada de decisão apoiada e a curatela possuem regimes jurídicos distintos; a deficiência não retira automaticamente a capacidade legal [4].

Condição/ barreira	Obrigação de projeto proposta	Teste essencial
Baixa visão/cegueira	Leitor de tela, ampliação, sem dependência exclusiva de cor.	Localizar, abrir e compreender sumário e receita por navegação não visual.
Surdez/deficiência auditiva	Texto para avisos sonoros; vídeos legendados; recursos de interpretação.	Receber orientação de alta sem depender de áudio.
Limitação motora	Operar sem gestos complexos; teclado e alvos adequados.	Autenticar, navegar e baixar documentos sem arrastar elementos.
Limitação	Fluxos simples, passos claros, erros	Concluir consulta e identificar próximos

Condição/ barreira	Obrigação de projeto proposta	Teste essencial
cognitiva	recuperáveis.	cuidados sem confusão.
Múltiplas barreiras	Compatibilidade de tecnologias assistivas e apoio humano.	Percurso integral de ponta a ponta com caso de teste realista.

4.9 Linguagem simples, compreensão e educação em saúde

O PDSC deve preservar dois níveis complementares: **documento técnico clinicamente fiel**, destinado ao paciente e aos profissionais, e **explicação orientativa acessível**, redigida em linguagem clara sem apagar informação essencial. O glossário deve traduzir siglas e termos como CID, anatomopatológico, tromboembolismo e retorno ambulatorial, mas nunca alterar prescrição ou reinterpretar decisão médica de forma automática.

A Lei nº 15.263/2025 instituiu a Política Nacional de Linguagem Simples na administração pública; ainda que sua incidência ao Instituto dependa do arranjo jurídico aplicável, constitui parâmetro compatível com serviço de saúde orientado ao cidadão [7]. A AHRQ recomenda a aplicação universal de medidas de letramento em saúde, incluindo explicações curtas, materiais inteligíveis e verificação de compreensão por “teach-back” [12].

4.9.1 Técnica de retorno da informação — proposta operacional

- Explicar primeiro 1 a 3 mensagens essenciais: como tomar os medicamentos, quando procurar ajuda e onde/como ocorrerá o seguimento.
- Convidar o paciente a explicar com suas palavras: “Para confirmar se fui claro, como o senhor vai tomar este remédio em casa?” — sem transformar a interação em prova ou constrangimento.
- Se houver divergência, corrigir a explicação, repetir o procedimento e registrar apenas o resultado necessário para o cuidado.
- Quando indicada demonstração prática — curativo, dispositivo, inalador — utilizar “show-me” com observação profissional.

4.9.2 Exemplo de apresentação de orientação

Registro técnico no sumário	Explicação adicional compreensível, validada
“Reavaliar sinais flogísticos em ferida operatória.”	“Observe se o corte apresenta vermelhidão crescente, secreção, calor local ou febre. Se ocorrer, procure avaliação conforme as orientações recebidas.”
“Seguimento ambulatorial em até 7 dias.”	“Agende ou compareça à avaliação no serviço indicado em até 7 dias, conforme o encaminhamento entregue. Se não conseguir, use o canal informado para orientação.”

Registro técnico no sumário	Explicação adicional compreensível, validada
“Resultado anatomopatológico pendente.”	“O resultado de um exame ainda não ficou pronto. A equipe explicará como você será informado e quem fará a avaliação quando chegar.”

Os exemplos acima são orientações ilustrativas, não substituem a individualização e a validação clínica. Prazo de retorno e sinais de alerta devem seguir as decisões específicas do caso, sem padronizações indiscriminadas.

4.10 Acesso de familiares, cuidadores e representantes

Família e cuidado compartilhado são parte relevante da continuidade, mas **parentesco ou convivência não conferem, por si só, acesso irrestrito** aos dados de saúde. O paciente com capacidade decisória preservada é o titular do seu acesso e pode decidir envolver pessoa de confiança, conforme as bases jurídicas pertinentes e os procedimentos de autenticação e delegação aprovados. Representação legal e tomada de decisão apoiada devem ser analisadas segundo a legislação e o instrumento apresentado, sem fórmulas automáticas.

Cenário	Tratamento inicial proposto	Controle indispensável
Adulto capaz pede apoio de familiar	Orientação conjunta e, se implantado, compartilhamento delimitado.	Confirmação da vontade; identidade; escopo, prazo e revogação.
Pessoa cuidadora sem autorização confirmada	Orientações gerais não sigilosas; encaminhamento para validação.	Não liberar exames/diagnósticos apenas por parentesco.
Representante legal	Análise do documento e sua abrangência jurídica.	Validação de poderes, prazo e limitações específicas.
Apoio em situação aguda de incapacidade	Aplicar fluxos assistenciais e legais para proteção do paciente.	Acesso mínimo necessário, registro de motivo e responsabilização.
Solicitação por telefone/WhatsApp	Orientar canal seguro; evitar envio aberto de laudos.	Autenticação forte e processo validado para documento sensível.

Recomenda-se manter trilha de auditoria para emissão, modificação e revogação de delegações, com mecanismo para encerrar autorização quando cessar a legitimidade. Em caso de conflito familiar, suspeita de violência ou risco de exposição, acionar Serviço Social, equipe assistencial, jurídico e proteção de dados antes de divulgar informações.

4.11 Crianças, adolescentes e situações especiais

Embora a configuração inicial do Hospital Canaã não preveja atendimento pediátrico ou obstétrico próprio, este manual institucional deve estabelecer uma política futura

consistente e aplicável aos eventuais episódios autorizados em outros serviços sob gestão do Instituto. Para crianças e adolescentes, devem prevalecer seu melhor interesse, as regras de representação legal, o direito à proteção e a preservação de confidencialidade nas hipóteses legalmente cabíveis [13].

O Enunciado CD/ANPD nº 1/2023 esclarece que o tratamento de dados de crianças e adolescentes pode apoiar-se nas hipóteses dos arts. 7º ou 11 da LGPD, desde que observado o melhor interesse [13]. A solução técnica não deve presumir que todo responsável possui autorização irrestrita sobre toda informação sensível em qualquer circunstância. A definição de perfis, sigilo específico e guarda de documentos deverá ser objeto de protocolo jurídico-assistencial específico, antes de ampliar o programa para menores.

Outras situações que requerem avaliação individual incluem pessoa em risco de violência doméstica, paciente com medida protetiva, nome social, casos com necessidade de sigilo reforçado, pessoa privada de liberdade e paciente sem documentação civil usual. Para migrantes, refugiados e apátridas, o Ministério da Saúde recomenda redução das barreiras documentais e abordagem intercultural na atenção à saúde; o projeto não deve estabelecer exigências indevidas que impeçam orientações assistenciais [14].

4.12 Sem celular, sem internet, baixa renda e territórios vulneráveis

A alternativa física não pode ser uma versão clínica inferior. Na alta, a pessoa que não utiliza o digital deverá receber, conforme indicação, identificação do episódio, sumário de alta validado, prescrições, encaminhamentos, orientações, lista de exames disponíveis ou meios legítimos de obtê-los e informação de pendências. Não se deve imprimir indiscriminadamente volumes desnecessários; os anexos devem ser adequados à necessidade de continuidade, com possibilidade de obtenção de laudos adicionais e imagens quando cabível.

O hospital deve disponibilizar um **ponto de apoio à entrega documental e inclusão digital** integrado ao processo de alta (e não um balcão novo automaticamente exigido em obra). Esse apoio poderá ser organizado na equipe existente, conforme dimensionamento e validação do fluxo, com funções claras para orientar, conferir destinatário, reemitir documentos e encaminhar dúvidas clínicas a profissionais habilitados.

4.12.1 Conjunto mínimo de acesso não digital

- Cópia impressa legível do sumário e plano de continuidade, com data e identificação de autoria.
- Receita e orientações em formato acessível escolhido; intérprete ou tecnologia assistiva quando necessária.
- Telefone/canal institucional e procedimento de segunda via sem exigir login digital.

- Comprovante de documento entregue, sem transcrever diagnósticos em listas administrativas abertas.
- Orientação sobre documentos que ainda não estão prontos e fluxo de comunicação dos resultados pendentes.

Para dificuldades extremas de contato, o projeto deverá prever articulação com Serviço Social e com a rede de referência, dentro de arranjos institucionais autorizados, evitando promessas de visita domiciliar ou agendamento na UBS que não tenham sido formalmente contratadas ou pactuadas.

4.13 Requisitos de acessibilidade do portal e dos documentos

O projeto digital será orientado pelo eMAG e pela WCAG 2.2 como referência técnica. **Adotar nível AA é uma meta de conformidade a verificar, não um selo que o Instituto já possua.** Acessibilidade deverá ser comprovada com verificações automatizadas, inspeção manual e testes com pessoas com necessidades distintas, cobrindo etapas reais de autenticação, recuperação de acesso, visualização de exames e extração de documentos [8,9].

Componente	Especificação mínima de projeto	Evidência requerida
Navegação	Cabeçalhos semânticos, foco visível, teclado, leitor de tela, sem dependência apenas de cor.	Teste manual de percursos críticos com tecnologia assistiva.
Tipografia e leitura	Contraste, redimensionamento, espaçamento, responsividade e linguagem inteligível.	Auditoria técnica e testes com usuários idosos e baixa visão.
Autenticação	Processo acessível com alternativa segura quando SMS/aplicativo não for viável.	Teste de autenticação, recuperação e bloqueio indevido.
Formulários	Campos identificados, mensagens de erro explicativas e instruções recuperáveis.	Concluir cadastro/solicitação sem auxílio externo obrigatório.
Documentos	PDF com texto acessível e estrutura lógica quando viável; alternativa equivalente para documentos legados.	Leitura por leitor de tela; legibilidade de impressão.
Imagens médicas	Laudo textual independente do visualizador; acesso às imagens por meio compatível e seguro.	Consulta a laudo e método alternativo de obtenção das imagens.
Vídeos/educação	Legenda, transcrição e recursos comunicacionais adequados.	Revisão humana de conteúdo e acessibilidade.
Notificações	Não incluir diagnóstico em push/SMS exposto; permitir preferências de aviso.	Teste de minimização, visibilidade e entregabilidade.

Não basta auditar somente a página inicial: fluxo de login, escolha do representante, documentos, resultados de laboratório, sessão expirada e formulário de suporte constituem percursos críticos. Toda mudança relevante no portal deverá disparar revisão das funcionalidades de acessibilidade afetadas.

4.14 Identidade, privacidade, segurança e fluxos de exceção

O conteúdo do Passaporte reúne dados de saúde, que recebem proteção especial. O tratamento deve ter base jurídica própria e medidas de segurança proporcionais ao risco. Entre os controles necessários estão autenticação adequada ao contexto, verificação de identidade por canal seguro, segregação de papéis, minimização do conteúdo apresentado, criptografia, trilhas de auditoria e proteção contra exposição em computadores compartilhados [5].

A equipe não deve solicitar senha, PIN ou código de autenticação do paciente. Em acesso assistido, o paciente mantém controle sobre suas credenciais; quando isso não for possível, o atendimento seguirá fluxo institucional de representação/identificação, sem uso informal do login por funcionários. Impressoras e balcões devem reduzir risco de retirada indevida de documentos.

4.14.1 Exceções e compartilhamento em emergência

Em uma futura consulta por profissionais de outra unidade, a identificação, autenticação e legitimação de acesso dependerão de integração autorizada. A expressão “emergência” não autoriza acesso universal e irrestrito ao Passaporte. Eventual mecanismo excepcional de acesso (“break-glass”) exige base jurídica analisada, justificativa registrada, revisão posterior, prazo e limitação de dados; não se propõe sua ativação nesta fase.

QR codes e links públicos devem conter, no máximo, meios de verificação de autenticidade ou conduzir à autenticação; não devem expor exames ou diagnósticos em endereço livremente acessível. Canais de WhatsApp ou SMS podem avisar que um documento está disponível, sem inserir o dado sensível no texto da notificação enquanto não houver arquitetura validada.

4.15 Fluxo operacional, responsáveis e registros mínimos

A operacionalização requer interface entre áreas assistenciais e de apoio. O objetivo é assegurar que as adaptações não fiquem dependentes da boa vontade de um funcionário isolado; devem fazer parte do processo rastreável de alta.

Atividade	Responsável principal proposto	Apoio/validação
Identificar barreiras e preferência de comunicação	Enfermagem/acolhimento ou profissional treinado	Serviço Social e equipe multiprofissional, quando necessário.
Produzir e validar sumário e orientações clínicas	Médico responsável pelo episódio assistencial	Enfermagem, farmácia clínica e demais áreas conforme o caso.
Confirmar compreensão de autocuidado	Profissional que orienta a alta, conforme atribuições	Enfermagem; equipe médica quando houver dúvida clínica.

Atividade	Responsável principal proposto	Apoio/validação
Entregar documentos e orientar acesso	Equipe de alta/atendimento documental designada	TI para incidentes de acesso; Serviço Social para barreiras sociais.
Validar representação e compartilhamento	Fluxo institucional autorizado	Jurídico/encarregado LGPD em situações complexas.
Manter acessibilidade digital e logs	TI/segurança da informação	Qualidade, encarregado, fornecedor, usuários de teste.
Avaliar falhas e indicadores de equidade	Núcleo de Qualidade e coordenação do programa	Direção Técnica, Serviço Social, Ouvidoria e comitês pertinentes.

4.15.1 Checklist obrigatório proposto para a entrega inclusiva

- Confirmado o paciente e o episódio; documentos pertencem à pessoa correta.
- Revisados por profissional habilitado o sumário, receitas, orientações e pendências.
- Identificada a modalidade de entrega A–E, preservada a preferência e a possibilidade de troca.
- Concluída a explicação dos principais cuidados, sinais de alerta e seguimento.
- Aplicado retorno da informação quando indicado e registrada dificuldade relevante.
- Providenciadas adaptações de comunicação ou alternativa física necessárias.
- Confirmado destinatário de documentos e legitimidade de terceiro, quando houver.
- Fornecida informação de contato e método de segunda via.
- Identificados exames pendentes, quem revisará o resultado e como ocorrerá a comunicação.
- Registrado incidente, barreira não resolvida ou condição excepcional para acompanhamento.

A definição final do formulário, obrigatoriedade de campos, horários e retenção será validada nos POPs correspondentes. O registro deve preservar rastreabilidade, sem transformar preferências de acessibilidade em diagnósticos administrativos.

4.16 Matriz de riscos e controles compensatórios

Risco	Dano potencial	Controle preventivo / resposta
Portal como único canal	Paciente perde acesso a receita ou plano.	Entrega física e segunda via por canal institucional.
Familiar acessa sem legitimidade	Violação de sigilo e possível dano pessoal.	Delegação formal, autenticação e revogação.
Documento ilegível em leitor de tela	Exclusão de pessoa com deficiência visual.	Padrões acessíveis, teste real e alternativa equivalente.
Tradução clínica inadequada	Uso incorreto de medicamento e perda de	Mediação qualificada e validação profissional; dupla checagem quando necessário.

Risco	Dano potencial	Controle preventivo / resposta
	informação.	
Notificação revela diagnóstico	Exposição involuntária em celular compartilhado.	Aviso neutro; acesso autenticado para conteúdo sensível.
Resultado pendente sem responsável	Atraso de diagnóstico e seguimento.	Responsável clínico, regra de pendência e escalonamento.
Vulnerabilidade confundida com incapacidade	Discriminação, paternalismo e perda de autonomia.	Avaliação individual, preferência registrada e capacitação.
Internet indisponível na alta	Atraso documental ou bloqueio de orientação.	Modo contingência com impressão e conferência.
Sinal de alerta não compreendido	Busca tardia de atendimento.	Linguagem simples, teach-back e instruções acessíveis.

A análise de riscos de privacidade e segurança digital aprofundada será conduzida em capítulos próprios, incluindo eventual Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais quando recomendável ou exigível. Essa matriz é um instrumento assistencial inicial e deverá ser revisada com os eventos do piloto.

4.17 Indicadores, auditoria, escuta e critérios do piloto

O programa não deve considerar a mera emissão de login como evidência de equidade. A avaliação exige indicadores de alcance, barreira, segurança, compreensão, oportunidade e diferença entre subgrupos, sempre com proteção de dados e análise de denominadores. Metas numéricas dependerão de linha de base e validação institucional; os indicadores abaixo são **propostas de monitoramento**, não resultados já alcançados.

Indicador / fórmula proposta	Fonte / periodicidade	Interpretação e cuidado
Cobertura de entrega adequada = altas elegíveis com material entregue na modalidade necessária ÷ total de altas elegíveis ×100	Checklist de alta; mensal	Auditar amostras; entrega digital isolada não satisfaz quando houve barreira não resolvida.
Avaliação de barreira = altas elegíveis com triagem documentada ÷ altas elegíveis ×100	Registros de alta; semanal no piloto	Evitar formulários extensos e respostas fictícias.
Alternativa ofertada quando necessária = casos com barreira e alternativa documentada ÷ casos com barreira ×100	Checklist/registro assistencial; mensal	Revisar também recusa do paciente e indisponibilidade operacional.
Compreensão verificada = altas com teach-back indicado e realizado ÷ altas com teach-back indicado ×100	Amostragem assistencial; mensal	Indicação clínica definida; não medir aprovação do paciente.
Falhas de acesso crítico = chamados críticos confirmados ÷ 1.000 acessos autenticados	Service desk + logs; mensal	Estratificar motivo e tempo de resolução; não confundir erros do usuário com defeitos.

Indicador / fórmula proposta	Fonte / periodicidade	Interpretação e cuidado
Índice de desigualdade de entrega = diferença em pontos percentuais entre grupos de modalidade e barreira	Painel agregado; trimestral	Somente segmentos justificáveis, amostras suficientes e privacidade preservada.
Pendências acompanhadas = resultados pendentes com responsável e fluxo de comunicação ÷ resultados pendentes identificados ×100	Prontuário + controle de pendências; mensal	Ênfase clínica; precisa ser validado com processo de revisão de laudos.

Para dados de deficiência, língua, vulnerabilidade e outros atributos pessoais, a coleta deverá ser proporcional à finalidade assistencial, com avaliação de base legal e proteção reforçada. Quando apropriado, usar apenas categorias funcionais de barreira (por exemplo, “necessita documento impresso”) e indicadores agregados, em vez de criar base ampla de dados sensíveis para análise de desempenho.

O piloto deverá incluir **testes acompanhados com usuários de perfis diversos**, representantes de pacientes, profissionais de alta e equipes da rede. A escuta não poderá limitar-se a usuários digitais bem-sucedidos, pois excluiria justamente as pessoas que encontraram barreiras. Ouvidoria e Serviço Social constituem canais relevantes para identificar falhas que não se tornam tickets de TI.

4.18 Plano de implantação por fases e decisões pendentes

Fase	Entrega de equidade/acessibilidade	Critério mínimo para avançar
0 — Governança e desenho	Inventário das barreiras, fluxos físicos, política de representação e desenho universal de acesso.	Aprovação clínica, jurídica, de segurança e participação de usuários.
1 — Piloto assistencial	Alta impressa qualificada + portal básico acessível; triagem breve; apoio de equipe.	Todos os percursos críticos testados; sem bloqueio de documento por falha digital.
2 — Ampliação de comunicação	Conteúdo educativo acessível, ajustes de notificações e segunda via; acompanhamento de pendências.	SLA de suporte definido, resultados de testes e correções monitoradas.
3 — Integração em rede	Possíveis fluxos pactuados com UBS/UPA/gestão SUS, conforme governança e homologação.	Acordos e controles técnicos concluídos; auditoria e comprovação de autorização.

Decisões institucionais ainda pendentes: responsável pelo ponto de apoio à alta; política de intérpretes e comunicação acessível; instrumento de validação de representantes; critérios de impressão e reemissão; perfil de suporte telefônico; especificações de autenticação e recuperação; roteiro de teste com pessoas com deficiência; recursos orçamentários; indicadores e metas; integração formal com serviços externos.

CONDIÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE CRÍTICA Não liberar funcionalidades que tornem impossível obter sumário/receita por via alternativa, publiquem diagnóstico sem revisão, exponham dados sensíveis por link aberto ou permitam que terceiro acesse informações por simples conhecimento de CPF, CNS ou parentesco.

4.19 Casuística ilustrativa e testes de aceitação

4.19.1 Caso A — pessoa idosa sem smartphone após cirurgia

Uma paciente idosa recebe alta após colecistectomia; não usa smartphone, mas compreende bem as orientações. O hospital entrega sumário, receita, sinais de alerta, cuidados com ferida e instruções de retorno impressos; explica como solicitar segunda via. Uma cuidadora participa da orientação a pedido da paciente, sem receber acesso irrestrito ao portal. **Critério de aceitação:** a paciente consegue dizer o que fará em casa e leva documentação válida sem ter criado uma conta.

4.19.2 Caso B — pessoa cega após internação clínica

Um paciente utiliza leitor de tela e deseja acesso autônomo. O portal permite autenticação, leitura do sumário e da prescrição em formato textual, bem como identificação de exames e resultados pendentes. Laudos em formato somente imagem são tratados como exceção, com alternativa acessível. **Critério de aceitação:** consegue localizar a medicação de alta e o serviço de seguimento sem ajuda visual.

4.19.3 Caso C — surdez e comunicação de resultado pendente

Uma pessoa surda tem anatomopatológico pendente na alta. Recebe orientação escrita clara, informações sobre prazo estimado conforme serviço e contato acessível; quando necessário, participa de explicação assistida por profissional qualificado em Libras. Nenhuma notificação anuncia diagnóstico antes de validação clínica. **Critério de aceitação:** compreende que o exame ainda está em análise, quem fará a revisão e como obter a informação.

4.19.4 Caso D — documento apresentado em nova urgência

Meses depois, uma pessoa procura uma UPA. Ela pode apresentar o resumo clínico assinado pelo próprio portal ou por documento físico. O profissional lê diagnósticos anteriores, alergias, procedimentos e tratamento de alta, sem presumir que os dados refletem o estado clínico atual. **Critério de aceitação:** o material é autenticável e útil para contextualizar o atendimento, mas não substitui avaliação atual nem autoriza consulta a outros registros não compartilhados.

4.19.5 Caso E — família pede senha de pessoa adulta

Um familiar solicita acesso à conta da paciente adulta e afirma ser responsável por sua medicação. Sem verificação de legitimidade, a equipe não fornece senha nem envia exames por aplicativo pessoal. Oferece orientação geral e procedimento formal de autorização. **Critério de aceitação:** o cuidado prossegue sem exposição indevida de dados, com caminho realista para participação familiar quando legítima.

4.20 Síntese normativa e compromissos institucionais

O Instituto de Ciências Médicas Canaã deverá assumir a equidade como requisito estruturante do Programa Passaporte Digital de Saúde Canaã e não como complemento de interface. O programa somente cumprirá sua finalidade quando a pessoa sair do hospital sabendo o que lhe aconteceu, quais cuidados deve seguir, que pendências permanecem e como acessar seus registros e o serviço de continuidade, com suporte proporcional às suas necessidades.

O compromisso institucional aqui proposto combina quatro garantias: **acesso não condicionado ao digital; informação clínica correta e compreensível; autonomia com privacidade; e comunicação segura para continuidade na rede SUS**. A maturidade do portal deverá ser avaliada por esses resultados, e não apenas por downloads, cadastros, interações ou volume de mensagens.

Este capítulo permanece minuta de política institucional até aprovação e implementação dos POPs, treinamento da equipe, testes de acessibilidade, validação da base jurídica dos tratamentos e definição do modelo de governança. A eventual interoperabilidade com e-SaúdeSP, RNDS e serviços da rede depende de pactuação e homologação, não decorrendo automaticamente da publicação do manual.

Referências normativas, estatísticas e técnico-científicas verificadas

[1] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Proporção de usuários da internet ultrapassou 90% da população de 10 anos ou mais, em 2025. Agência IBGE Notícias, 2 jul. 2026. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/47408-proporcao-de-usuarios-da-internet-no-pais-ultrapassou-90-da-populacao-de-10-anos-ou-mais-em-2025

[2] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO, 2025. https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Saúde Digital, Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026; notícia institucional de 29 out. 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[4] BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Arts. 63, 84 e 85. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

[5] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD); ANPD. Direitos dos titulares e Perguntas Frequentes. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm ; https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/titular-de-dados-1/direito-dos-titulares

[6] BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa). Ministério da Saúde. Direitos da pessoa idosa na saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa/direitos/direitos/

[7] BRASIL. Lei nº 15.263, de 14 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Linguagem Simples. https://presidencia.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15263.htm

[8] BRASIL. Governo Digital. Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico (eMAG), versão 3.1. https://www.gov.br/governodigitallogin/pt-br/acessibilidade-e-usuario/acessibilidade-digital/modelo-de-acessibilidade

[9] WORLD WIDE WEB CONSORTIUM (W3C). Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Recommendation, atualização de 12 dez. 2024. https://www.w3.org/TR/WCAG22/

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025: Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[11] BRASIL. Governo Digital. Suíte VLibras: recursos de acessibilidade e limites do recurso automático. https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-e-usuario/vlibras

[12] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 3rd ed. Rockville, 2024; Tool 5: Teach-Back Method. https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html ; https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html

[13] AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (ANPD). Enunciado CD/ANPD nº 1, de 22 de maio de 2023: tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes. https://bibliotecadigital.mj.gov.br/bitstream/1/10215/2/Enunciado_ANPD_2023_1.html

[14] BRASIL. Ministério da Saúde. Populações migrantes, refugiadas e apátridas: equidade em saúde e APS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/migrantes-refugiadas-e-apatridas

Nota de atualização normativa: referências conferidas em fontes oficiais e técnico-científicas disponíveis até 02/11/2026. A análise de aplicabilidade específica a instrumentos contratuais, obrigações legais e regras profissionais será revista pelo jurídico e pelos responsáveis técnicos antes de aprovação operacional.

Registro de análise e aprovação institucional

Etapa	Situação / responsável
Elaboração técnica	Minuta para revisão e aprimoramento — Instituto de Ciências Médicas Canaã.
Revisão clínica e assistencial	Pendente: Direção Técnica, enfermagem, Serviço Social e qualidade.
Revisão de acessibilidade	Pendente: testes com usuários e recursos assistivos.
Revisão jurídica / LGPD	Pendente: acesso por representantes, proteção de menores e base legal dos fluxos.
Revisão tecnológica	Pendente: TI, arquitetura de autenticação, portal, documentos e logs.
Aprovação da direção institucional	Pendente de deliberação.
Data de início de vigência	Não aplicável à presente minuta; a definir no ato de aprovação.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 05

ARTICULAÇÃO COM O HOSPITAL CANAÃ E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE SÃO PAULO

Da alta hospitalar à continuidade do cuidado na UBS, na atenção especializada e na urgência

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 05
Título	Articulação com o Hospital Canaã e a Rede de Atenção à Saúde de São Paulo
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade piloto prevista	Hospital Canaã — Rua Antônio Carlos, 122, Consolação, São Paulo/SP; reativação e funcionamento sujeitos a etapas regulatórias e contratuais
Código	PDSC-MAN-C05
Versão e data	0.1 | 02/11/2026
Natureza	Minuta técnico-institucional, ainda não implantada nem pactuada com a Secretaria Municipal da Saúde
Controle editorial	Capítulos 01 a 04 aprovados; capítulo 05 em revisão; demais capítulos pendentes
Áreas de validação	Direção técnica, atenção hospitalar, atenção primária, serviço social, qualidade/segurança do paciente, regulação, jurídico/LGPD, TI, coordenação institucional
Aprovação e vigência	Pendentes de aprovação institucional e pactuação com gestores competentes, onde aplicável

Roteiro interno do capítulo

5.1 Objeto, finalidade e limites

5.2 Fundamentos estruturantes da Rede de Atenção à Saúde

5.3 Situação institucional e perfil assistencial projetado do Hospital Canaã

5.4 Atualização territorial decisiva: CRS Norte e STS Sé/Santa Cecília

5.5 Cartografia funcional dos pontos de atenção e interlocutores

5.6 Papéis diferenciados de APS, atenção especializada e urgência

5.7 Modelo institucional de integração assistencial

5.8 Da internação à alta: preparação da continuidade

5.9 Contrarreferência ativa: documento, comunicação e confirmação

5.10 Percursos clínicos e cirúrgicos prioritários

5.11 Uso do Passaporte na UPA, AMA e em novo pronto-socorro

5.12 Relação com a regulação assistencial e SIRESP

5.13 Interfaces com e-SaúdeSP, RNDS e sistemas locais

5.14 Identificação, privacidade e permissões entre organizações

5.15 Governança interinstitucional e matriz de responsabilidades

5.16 Matriz de riscos assistenciais e de implementação

5.17 Indicadores para acompanhar continuidade e resposta da rede

5.18 Plano faseado de articulação e critérios de aceite

5.19 Casos simulados e pontos de decisão
5.20 Síntese executiva e itens a pactuar
Referências normativas e institucionais verificadas
Registro de análise e aprovação

5.1 Objeto, finalidade e limites

Este capítulo define o arranjo proposto para articular o **Hospital Canaã**, unidade hospitalar projetada pelo Instituto de Ciências Médicas Canaã, aos pontos de atenção e às instâncias de gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de São Paulo. Seu núcleo é a transição assistencial: assegurar que a pessoa atendida no hospital disponha de documentação clínica confiável, plano de seguimento e meios legítimos de compartilhar informações com o serviço que continuará o cuidado.

O Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC) será uma camada institucional de acesso ao sumário de alta, prescrições, exames, orientações e plano de continuidade. Não pretende substituir o prontuário do hospital, o prontuário municipal, o Meu SUS Digital, o e-SaúdeSP, a atividade regulatória do gestor nem a decisão clínica dos profissionais da rede. O programa pode ser planejado antes da reabertura do hospital, mas sua implantação e os fluxos com o SUS exigirão etapas de validação e acordos formais.

Este documento distingue, de modo auditável, **capacidade interna pretendida**, **articulação a negociar** e **integração eletrônica dependente de credenciamento**. Proximidade geográfica, menção nominal a unidades municipais e apresentação em proposta institucional não equivalem a autorização para intercâmbio automático de dados, encaminhamento de pacientes, reserva de vagas ou operação conveniada.

DELIMITAÇÃO OBRIGATÓRIA O presente capítulo é um modelo de governança e de fluxo assistencial proposto. Não atesta funcionamento do Hospital Canaã, contrato com a Prefeitura, acesso à regulação, integração com sistemas municipais ou homologação RNDS.

5.2 Fundamentos estruturantes da Rede de Atenção à Saúde

A Lei nº 8.080/1990 estabelece as bases de organização do SUS. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 reúne diretrizes das Redes de Atenção à Saúde, inclusive os princípios da articulação entre serviços, da coordenação do cuidado e da integralidade. Para o Passaporte Canaã, isso significa tratar a alta hospitalar como transição entre equipes e responsabilidades, e não como um ato isolado de disponibilização de arquivo eletrônico [1, 2].

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.390/2013 e incorporada à consolidação normativa do SUS, descreve a **alta responsável** vinculada à orientação de pacientes/familiares, articulação entre pontos da rede e

mecanismos de desospitalização. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo utiliza o conceito em material sobre indicador de alta responsável [3].

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), Portaria GM/MS nº 1.604/2023, reforça a organização regionalizada e integrada da atenção especializada. Seu art. 15 prevê plano de cuidado registrado e compartilhamento de informações clínicas relevantes; o art. 16 orienta os serviços especializados a compartilhar informações e a definir conjuntamente protocolos de encaminhamento, alta responsável e continuidade assistencial com a APS [4].

Base normativa	Diretriz relevante	Implicação para o PDSC
Lei 8.080/1990	Integralidade, regionalização, organização de ações e serviços.	O Passaporte deve apoiar uma linha contínua de cuidado, não apenas o arquivo de internações.
Portaria de Consolidação GM/MS 3/2017	RAS integrada e coordenação de pontos de atenção.	Especificar interfaces entre hospital, UBS, serviços especializados e urgência.
PNHOSP / Portaria GM/MS 3.390/2013	Alta responsável e articulação para continuidade.	Criar preparação multiprofissional da alta, documentação e contato de destino.
PNAES / Portaria GM/MS 1.604/2023	Atenção especializada articulada à APS; planos e comunicação.	Prever contrarreferência ativa e definição compartilhada dos fluxos.
PNISD / Portaria GM/MS 12.301/2026	Informação e transformação digital centradas no cidadão.	Projetar interoperabilidade e acesso protegido, sem sistemas paralelos desnecessários.

Na prática, o ciclo assistencial só estará completo quando houver uma orientação compreensível ao paciente e uma rota plausível, pactuada ou legitimamente disponibilizada, para que o próximo serviço tenha acesso às informações necessárias. **Não se deve confundir transmissão de mensagem com recebimento, nem recebimento com seguimento clínico efetivamente realizado.**

5.3 Situação institucional e perfil assistencial projetado do Hospital Canaã

Segundo o site institucional consultado em 02/11/2026, o Hospital Canaã é apresentado como proposta de reativação na Rua Antônio Carlos, nº 122, Consolação, São Paulo/SP. A capacidade informada no site é de 122 leitos planejados, sendo 92 de internação e 30 de UTI adulto; o projeto contempla pronto-socorro adulto, centro de diagnóstico, centro cirúrgico e assistência clínica e cirúrgica [5]. São **premissas de planejamento**, e não capacidade já habilitada ou oferta efetivamente contratada ao SUS.

O PDSC poderá atender episódios oriundos de pronto-socorro, enfermaria clínica, internação cirúrgica, UTI, procedimentos e diagnóstico, observada a pertinência clínica de cada campo informacional. Um paciente poderá ter vários episódios de cuidado e um

histórico longitudinal de altas; cada episódio deverá conservar origem, data, profissional responsável, versão e documentos relacionados.

A integração interna dependerá da convergência entre prontuário eletrônico hospitalar (PEP/HIS), prescrição, enfermagem, laboratório, radiologia e demais registros. O hospital deve reter a fonte primária no PEP, e o portal apresentar apenas documentos validados, versões vigentes e instruções seguras. Divergências entre informações publicadas no site e versões de plantas/equipamentos serão resolvidas nos manuais de engenharia e implantação, sem interferir no desenho lógico da contrarreferência.

5.3.1 Relação com os demais programas do Instituto

O programa **Acelera SUS Paulista Emergência** se concentra na resolutividade e na fluidez durante o atendimento agudo. O **Passaporte Digital de Saúde Canaã** se concentra em preservar informações, organizar o plano terapêutico e permitir continuidade após a alta e em atendimentos futuros. São programas complementares, mas com escopos, indicadores e instrumentos de gestão próprios. Este capítulo trata exclusivamente do segundo.

5.4 Atualização territorial decisiva: CRS Norte e STS Sé/Santa Cecília

A identificação correta da governança territorial é essencial para interlocução institucional. O Decreto Municipal nº 64.999, de **10 de março de 2026**, extinguiu a antiga Coordenadoria Regional de Saúde Centro e reorganizou a estrutura: a área da Subprefeitura Sé foi incorporada à **Coordenadoria Regional de Saúde Norte (CRS Norte)**, mediante a **Supervisão Técnica de Saúde Sé/Santa Cecília**. O artigo 5º expressamente compreende Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé [6].

A reorganização consta também no portal da Prefeitura atualizado em outubro de 2026, que apresenta cinco CRS: Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul. Portanto, qualquer versão anterior de relatório do Canaã que trate a “CRS Centro” como interlocutora atual deverá ser corrigida. A expressão “região central” continua válida como referência geográfica, mas não como denominação da coordenadoria administrativa vigente [7].

Item	Situação verificada em 02/11/2026	Uso recomendado
Endereço do hospital	Rua Antônio Carlos, 122 — bairro Consolação.	Localização institucional para análise territorial e fluxos.
Distrito administrativo	Consolação (Subprefeitura Sé).	Classificação territorial; validar cadastros CNES e mapas da SMS.
Supervisão técnica atual	STS Sé/Santa Cecília.	Interlocução territorial preliminar, a confirmar formalmente.

Item	Situação verificada em 02/11/2026	Uso recomendado
Coordenadoria regional atual	CRS Norte.	Referência administrativa da rede municipal territorial.
Instância normativa do SUS municipal	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.	Gestão, pactuações, regulação, sistemas e eventual contratação.
Situação de parcerias Canaã–SMS	Não comprovadas nesta pesquisa.	Não descrever como existente antes de instrumento formal.

Segundo o diretório atualizado da SMS, a STS Sé/Santa Cecília possui endereço institucional na Rua Líbero Badaró, 282, 9º andar, telefone (11) 5128-1357 e contato stssesantacecilia@prefeitura.sp.gov.br [8]. Informações de contato e responsáveis podem mudar e devem ser reconfirmadas no momento da interlocução oficial.

ALERTA DE ATUALIZAÇÃO DOCUMENTAL A mudança administrativa de março de 2026 é material para o Plano Diretor do Hospital Canaã e deve ser espelhada nas peças de apresentação territorial, no mapeamento de UBS e UPAs e no capítulo de relações institucionais.

5.5 Cartografia funcional dos pontos de atenção e interlocutores

Uma rede assistencial deve ser descrita em função das necessidades concretas de um paciente e das competências de cada ponto de cuidado, não somente pela distância do hospital. Para o programa piloto, recomenda-se construir um **cadastro institucional de referências** atualizado periodicamente, com CNES, endereço, contatos autorizados, perfil de atendimento, critérios de encaminhamento, canal seguro e situação de pactuação. É inadequado presumir que toda UBS próxima seja automaticamente a unidade de referência do paciente.

O levantamento preliminar identifica, entre outros exemplos municipais, a **UBS Nossa Senhora do Brasil – Armando D'Arienzo**, no distrito Bela Vista, e a **AMA 24h Sé**, relacionadas em documentos ou diretórios da SMS [9, 10]. Esses exemplos demonstram tipos de unidades existentes; sua citação **não configura acordo de atendimento, contrarreferência específica ou compartilhamento de sistemas** com o Canaã.

Ponto da rede	Papel assistencial típico	Informações que podem agregar continuidade
UBS/equipe de saúde da família	Acompanhamento longitudinal, monitoramento clínico, prevenção e coordenação do cuidado.	Diagnóstico de alta, medicações vigentes, pendências, sinais de alerta e retorno proposto.
Atenção especializada/ambulatório	Reavaliação de condições específicas e pós-operatório indicado.	Procedimentos, hipóteses e diagnósticos, exames, restrições e motivo do encaminhamento.
AMA, UPA ou outro	Avaliação e tratamento de novas	Linha do tempo recente, alergias,

Ponto da rede	Papel assistencial típico	Informações que podem agregar continuidade
serviço de urgência	intercorrências agudas.	cirurgias, condições de risco e exames essenciais.
Atenção domiciliar/reabilitação, quando indicada	Suporte à recuperação e à autonomia funcional.	Necessidade de curativos, dispositivos, plano terapêutico, apoio de cuidadores.
Vigilância/gestão e regulação	Gestão e organização da oferta conforme competências oficiais.	Informações mínimas e finalidades autorizadas, em sistemas e fluxos pactuados.

O catálogo de referências deverá ser governado pela equipe designada pelo Instituto e validado com a rede correspondente. Deve conter campo que diferencie: **unidade cadastrada publicamente**, **unidade com canal de contato confirmado**, **unidade com fluxo pactuado** e **unidade com integração tecnológica homologada**. Essa classificação impede que informações administrativas sejam confundidas com compromissos assistenciais.

5.6 Papéis diferenciados de APS, atenção especializada e urgência

A Atenção Primária à Saúde tem papel longitudinal e coordenador do cuidado na RAS. O hospital é responsável por registrar com qualidade sua assistência, realizar alta segura e informar as recomendações relevantes; não pode, por decisão unilateral, atribuir à UBS uma obrigação operacional fora dos fluxos pactuados. A atenção especializada realiza seguimento conforme risco e disponibilidade regulada; as unidades de urgência reavaliam intercorrências, não substituindo acompanhamento rotineiro.

5.6.1 Responsabilidade durante e após a alta

Etapa	Responsável principal proposto	Limite de atuação
Alta clínica/cirúrgica	Médico responsável pela assistência, com apoio multiprofissional.	Decide aptidão e valida documentos conforme atribuições.
Organização do pacote de alta	Enfermagem + serviço de documentação, sob responsabilidade clínica definida.	Confere entrega, orientação e documentos disponíveis; não altera conteúdo médico sem revisão.
Plano de continuidade	Equipe médica e multiprofissional, com paciente/família.	Define necessidade e urgência de seguimento; não garante vaga externa.
Encaminhamento/ contrarreferência	Núcleo de transição ou função institucional designada.	Aciona canais autorizados e registra evidências; não regula o SUS.
Continuidade efetiva	Equipe do serviço recebedor, conforme acolhimento e pactuação.	Reavalia o paciente e define condutas sob sua responsabilidade.
Acesso documental	Paciente e profissionais autorizados.	Consulta limitada à finalidade, identidade e permissões legítimas.

Caso um encaminhamento externo não esteja garantido, a alta deverá informar o risco, a necessidade e a rota disponível, incluindo instruções de procura de unidade apropriada e gestão de resultados pendentes. Em condições de risco elevado, a equipe não deve reduzir a continuidade a simples entrega de PDF: impõe-se avaliar a necessidade de contato direto, permanência hospitalar quando clinicamente indicada ou acionamento dos fluxos existentes.

5.7 Modelo institucional de integração assistencial

Propõe-se um arranjo em **quatro camadas complementares**: (I) integração assistencial interna; (II) informação acessível ao paciente; (III) contrarreferência ativa por canais formalizados; e (IV) interoperabilidade com plataformas públicas após habilitação. Cada camada deve ser implantável sem alegar que a seguinte já existe. O objetivo é reduzir descontinuidade mantendo rastreabilidade e independência das competências assistenciais.

Camada	Entregável	Condição de operação	Evidência auditável
I — Hospital	Sumário de alta e plano de continuidade validados no prontuário.	Protocolos e responsáveis internos aprovados.	Assinatura, versão e checklist de qualidade.
II — Paciente	Portal autenticado e versão física acessível.	Controle de identidade e suporte presencial.	Registro de disponibilização, acesso ou entrega física.
III — Rede pactuada	Encaminhamento e/ou comunicação com destino identificado.	Canal legítimo, protocolo de recebimento e regras de escalonamento.	Número de protocolo, confirmação ou justificativa de pendência.
IV — Interoperabilidade	Troca de registros padronizados entre sistemas.	Credenciamento, homologação técnica, regras de acesso e governança.	Logs e comprovantes de processamento/aceite.

Não haverá campo automático “contrarreferência concluída” apenas porque a equipe clicou em “enviar”. São estados distintos: **preparada**, **enviada**, **recebida/aceita** e **seguimento efetivo registrado quando houver base legítima para conhecê-lo**. O sistema deve permitir “não aplicável”, “pendente”, “falha” e “sem retorno de informação”, sem inventar confirmação assistencial.

5.8 Da internação à alta: preparação da continuidade

A transição deve começar antes da data de saída. A equipe deverá revisar necessidades clínicas, situação funcional, uso de medicamentos, exames pendentes, barreiras digitais, capacidade de autocuidado e indicação de acompanhamento. A identificação de risco de falha de continuidade não substitui critérios clínicos de internação, mas prioriza tarefas de preparação e coordenação.

5.8.1 Linha temporal proposta

Momento	Ação mínima	Registro/controle
Admissão ou estabilização	Conciliar identificação e contatos; registrar equipe e eventos do episódio; identificar referência de APS quando conhecida.	Identificadores conferidos; fonte do dado de UBS explicitada.
Durante a internação	Atualizar diagnósticos, medicação, procedimentos e exames; identificar complexidade do seguimento.	Lista de pendências e responsáveis.
Planejamento de alta	Reconciliar medicações; validar necessidades domiciliares e encaminhamentos.	Checklist clínico e plano de continuidade preliminar.
Alta autorizada	Assinar resumo; entregar receitas, exames disponíveis e orientações; aplicar retorno da informação.	Documento versionado e comprovação de entrega/orientação.
Pós-alta e pendências	Comunicar resultados relevantes, concluir fluxos previstos e responder demandas dentro dos limites definidos.	Log de contatos, resultados revisados e escalonamentos.

O plano individual deve explicitar diagnóstico e condutas, tratamento domiciliar, intervenções já realizadas, restrições, retorno proposto, alerta para piora, serviço preferencial de acompanhamento quando identificado e responsável pela revisão de resultados pendentes. As informações destinadas ao paciente devem ser claras, enquanto o resumo técnico preserva o grau de detalhe necessário ao profissional recebedor.

5.9 Contrarreferência ativa: documento, comunicação e confirmação

A contrarreferência é a comunicação estruturada que permite ao serviço de origem informar ao serviço de seguimento o cuidado prestado e a necessidade de continuidade. A modalidade ativa acrescenta tentativa organizada de comunicação e registro dos seus resultados. O Passaporte do paciente é um instrumento facilitador, mas, sozinho, não comprova que a equipe da UBS recebeu ou incorporou as recomendações.

O fluxo proposto é: (1) identificar destino ou rota de cuidado; (2) selecionar os documentos necessários; (3) validar a integridade das informações; (4) escolher canal autorizado e adequado; (5) registrar envio ou orientação; (6) controlar eventual recebimento; (7) escalar falha ou risco elevado conforme protocolo institucional. Prazos e responsáveis

devem ser pactuados por categoria de risco e fase do projeto, sem criar SLA fictício ou prometer resposta da rede.

Tipo de cenário	Conduta proposta	Quando escalar
UBS identificada, canal pactuado	Enviar pacote mínimo autorizado, registrar protocolo e informar paciente.	Ausência de confirmação no prazo pactuado, sobretudo em alto risco.
UBS identificada, sem canal pactuado	Entregar pacote ao paciente; orientar forma oficial de contato e registrar ausência de integração.	Risco clínico, resultado crítico, necessidade de transferência direta.
Unidade de referência desconhecida	Apoiar localização por meios institucionais e orientar procura da APS do território; evitar inferir UBS por distância.	Paciente vulnerável sem rota viável ou necessidade assistencial prioritária.
Alta com atendimento especializado necessário	Registrar especialidade e motivo; observar regulação ou fluxo autorizado; evitar agendamento unilateral.	Sinais de deterioração ou impossibilidade de acesso com risco clínico relevante.
Exame relevante pendente	Identificar resultado, prazo provável e profissional responsável por revisar e comunicar.	Achado crítico ou mudança de conduta antes da consulta prevista.

5.9.1 Pacote mínimo sugerido para contrarreferência

O conjunto técnico proposto inclui: identificação segura, identificador do episódio, data de internação/alta, motivo do atendimento, diagnósticos e códigos pertinentes, resumo evolutivo, cirurgias e procedimentos, alergias, medicações após conciliação, exames relevantes, resultados pendentes, limitações funcionais, dispositivos em uso, retorno recomendado, sinais de alerta e contato institucional. Sua estrutura definitiva deve observar o modelo oficial do Sumário de Alta da RNDS e validação clínico-documental [11].

5.10 Percursos clínicos e cirúrgicos prioritários

O piloto deve selecionar trajetórias com benefício assistencial potencial e processo verificável, em vez de iniciar com uma lista ilimitada de patologias. O atendimento de condições agudas ou complexas costuma exigir documentação robusta por conta da mudança terapêutica, do risco de intercorrências e da necessidade de acompanhamento oportuno.

Linha de cuidado	Risco de descontinuidade	Conteúdo-chave de transição
Alta após cirurgia geral	Erro de curativo, reinício equivocado de medicação, retorno inadequado.	Procedimento, data, intercorrências, ferida, restrições, retorno, sinais de alerta.
Cirurgia vascular e feridas complexas	Infecção, trombose, adesão inadequada à terapia.	Perfusão/conduta, antitrombóticos, cuidados locais e programação de revisão.
Clínica médica e	Duplicidade terapêutica, perda de	Hipóteses finais, medicação reconciliada,

Linha de cuidado	Risco de descontinuidade	Conteúdo-chave de transição
doenças crônicas	seguimento, piora não reconhecida.	exames de controle e acompanhamento na APS.
Alta de UTI	Alterações funcionais, polifarmácia, sequelas e múltiplos especialistas.	Resumo de terapias e complicações, dispositivos, reabilitação e responsáveis pelos retornos.
Neurologia/ neurocirurgia	Déficits, risco de convulsão, sinais neurológicos de alarme.	Diagnóstico, cirurgia quando houver, imagens relevantes, medicação e sinais de urgência.
Nefrologia	Variação de função renal e risco de dose inadequada.	Creatinina/eletrólitos relevantes, terapia renal, ajustes de dose e prazo de reavaliação.

As rotas ilustrativas não constituem protocolo terapêutico: o prazo real de retorno, os exames e a terapêutica devem ser definidos pela condição clínica e pelo médico responsável. Para cirurgias, a titularidade e os deveres de seguimento serão regulados no manual assistencial do Hospital Canaã; o Passaporte reproduzirá as decisões oficiais e o responsável pela alta, sem transferir automaticamente responsabilidades.

5.11 Uso do Passaporte na UPA, AMA e em novo pronto-socorro

Em um novo atendimento de urgência, o Passaporte poderá apoiar decisões por disponibilizar medicamentos, alergias, diagnósticos recentes, procedimentos, achados relevantes e orientações da última alta. A utilidade clínica exige que o documento identifique **data, origem, versão e limites de atualização**. Um relatório de meses atrás não representa, necessariamente, o estado atual do paciente.

São previstas três modalidades legítimas de acesso: apresentação do portal pelo próprio paciente; documento autenticado compartilhado com o profissional; e consulta por profissional habilitado em plataforma integrada quando houver regras e autorização válidas. O programa não presume que médico de toda UPA terá credenciais do portal Canaã ou acesso irrestrito a dados de seus pacientes.

O profissional que atender nova urgência deverá interpretar os dados em contexto, obter história e exame atuais e validar medicações relevantes. **O Passaporte ajuda a reconstruir a trajetória clínica, mas não é prescrição vigente automática nem substituto de avaliação médica.** Para pessoa inconsciente ou incapaz, qualquer acesso excepcional a dados sensíveis dependerá das hipóteses legais, controles técnicos e políticas de emergência aplicáveis, documentando as razões do acesso.

5.12 Relação com a regulação assistencial e SIRESP

O Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (**SIRESP**) informa publicamente que organiza módulos Ambulatorial, Urgência, Leitos, Pré-Hospitalar e Indicadores, conforme regras de regionalização e regulação. O sistema possui controle de

acesso restrito. O Passaporte Canaã não substitui solicitação, autorização, prioridade ou disponibilização de vagas nesses ambientes [12].

Os encaminhamentos para consultas especializadas, exames, internação em outros serviços e transferências devem respeitar as regras do gestor e os instrumentos efetivamente vigentes no território. O Passaporte pode qualificar o conteúdo clínico anexado a uma solicitação regulatória, mas não deve abrir “fila do Canaã” concorrente com mecanismos oficiais ou induzir interpretação de vaga confirmada quando houver somente recomendação médica.

Elemento	Natureza	Regra de não confusão
Plano clínico de alta	Recomendação assistencial individual.	Necessidade de seguimento não equivale a consulta agendada.
Contrarreferência	Comunicação ao serviço de destino.	Mensagem enviada não equivale a vaga/atendimento recebido.
Pedido regulatório	Solicitação por sistema/fluxo oficial.	Não presume deferimento nem horário de realização.
Comprovante de agendamento	Resultado de processo administrativo de marcação.	Somente exibir se efetivamente confirmado por fonte autorizada.
Consulta ao histórico	Uso clínico de documentos validados.	Não autoriza acesso indiscriminado à regulação ou ao prontuário da rede.

5.13 Interfaces com e-SaúdeSP, RNDS e sistemas locais

A Secretaria Municipal da Saúde descreve o **e-SaúdeSP** como plataforma municipal que possibilita ao cidadão acessar histórico de atendimentos, exames laboratoriais e de imagem, vacinas e informações de agendamentos, entre outros serviços [13]. O Passaporte Canaã deverá preservar uma arquitetura compatível com esse ecossistema, mas a integração com a plataforma municipal depende de diálogo institucional, avaliação jurídica, padrões disponíveis e decisão do gestor.

No plano nacional, a **RNDS** é uma infraestrutura de interoperabilidade que utiliza especificações HL7 FHIR R4 nos respectivos modelos de informação. O modelo de Sumário de Alta vigente é disciplinado pela Portaria GM/MS nº 8.026/2025; o guia oficial da RNDS descreve credenciamento, homologação e acesso à produção. Nenhuma integração deve ser anunciada como operacional sem essas etapas e comprovações [11, 14].

A Política Nacional de Informação e Saúde Digital, instituída pela Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, reforça a centralidade do cidadão, a proteção de dados e a interoperabilidade no SUS. O projeto deve prever compatibilidade futura, identificadores consistentes e padronização semântica, sem assumir que a política por si só concede acesso a bases de dados ou dispensa pactuação [15].

Integração/canal	Viabilidade conceitual	Dependência antes da operação
PEP/HIS e setores internos	Planejada como fonte primária dos documentos.	Contrato de software, validação técnica, segurança, governança clínica.
Portal Passaporte do paciente	Planejada como interface web própria.	Autenticação, testes de segurança, UX, acessibilidade, revisão de LGPD.
e-SaúdeSP	Alinhamento desejável com ecossistema municipal.	Análise de interfaces e negociação com a SMS; nenhuma conexão presumida.
RNDS / Sumário de Alta	Padrão de interoperabilidade formalmente documentado.	Credenciamento, desenvolvimento, testes, homologação e autorização produtiva.
SIRESP / regulação	Utilização de informações clínicas para fluxos autorizados.	Habilitação do prestador e observância de rotinas oficiais; nunca usar como atalho.
WhatsApp ou canal seguro	Apoio à orientação pós-alta.	Finalidade, canal institucional, consentimentos quando exigíveis e política de segurança.

5.14 Identificação, privacidade e permissões entre organizações

O intercâmbio de informações entre instituições exige identificação correta do paciente e dos profissionais, legitimidade da finalidade e proteção contra acessos excessivos. A correspondência entre cadastros do hospital e sistemas da rede deve evitar duplicidades e trocas de prontuário, com mecanismos de confirmação de identidade e tratamento de inconsistências. O uso de identificadores nacionais deverá observar as regras vigentes, a qualidade do cadastro e o princípio de minimização.

O paciente poderá compartilhar seus documentos autenticados, mas esse direito não autoriza o hospital a fornecer credenciais gerais do portal a terceiros. Para acesso de profissional externo, definir autenticação individual, vínculo e finalidade assistencial, perfis, tempos de sessão e trilhas de auditoria. O compartilhamento por link aberto ou QR code sem controle é inadequado para informações clínicas sensíveis.

A LGPD (Lei nº 13.709/2018), a legislação profissional e o sigilo clínico orientarão as bases legais e a governança de dados. Não se deve reduzir toda atividade assistencial a uma política uniforme de consentimento: cada operação de tratamento exige análise jurídica específica, transparência, segurança e registro das responsabilidades institucionais. As hipóteses de situações urgentes deverão ser previstas em protocolo próprio e avaliadas pelo encarregado e pelo corpo clínico.

5.14.1 Regras práticas de compartilhamento

Situação	Permitido em conceito	Condição indispensável
Paciente baixa documento	Sim, como titular de seus dados.	Autenticação e verificação de integridade do conteúdo.

Situação	Permitido em conceito	Condição indispensável
Paciente apresenta PDF na UBS	Sim, como instrumento informativo clínico.	Documento identificado, assinado e com versão/datas.
Profissional externo solicita acesso direto	Somente mediante solução autorizada.	Perfil autenticado, legitimidade, controle e auditoria.
Parente solicita todo o histórico	Não automaticamente.	Representação legítima ou autorização delimitada, quando aplicável.
Achado crítico depois da alta	Comunicação clínica organizada.	Revisão profissional, identificação do destinatário e registro.
Envio em massa de dados para análise	Não como procedimento padrão.	Finalidade, base legal, necessidade, segurança e governança específicas.

5.15 Governança interinstitucional e matriz de responsabilidades

Antes de qualquer piloto de contrarreferência estruturada, deverá ser instituído um grupo de projeto com participação das áreas internas pertinentes e com representantes externos apenas quando formalmente convidados ou autorizados. A direção técnica conserva responsabilidade sobre segurança clínica; a gestão hospitalar organiza recursos; a qualidade monitora processos; TI desenvolve integrações; jurídico/LGPD estabelece salvaguardas; e o gestor público preserva suas competências de organização da rede e regulação.

Ator/unidade	Responsabilidade a definir	Evidência de desempenho
Direção técnica hospitalar	Validação de processos clínicos, sumário e critérios de alta.	Protocolos aprovados, auditorias e assinatura dos responsáveis.
Médicos e equipe multiprofissional	Conceber e documentar o plano individual de continuidade.	Campos clínicos completos, conciliação e orientação registrada.
Núcleo de transição/serviço social/enfermagem	Apoiar identificação de destino, comunicação e barreiras de acesso.	Logs, formulários e não conformidades resolvidas.
Qualidade e segurança do paciente	Auditar riscos, falhas de comunicação e indicadores.	Relatórios, análise causal e plano de melhoria.
TI e segurança da informação	Disponibilidade, integridade, autenticação, interoperabilidade e logs.	Testes, monitoramento e evidências de homologação.
Jurídico e encarregado de dados	Analisar bases legais, papéis de controladores e instrumentos de compartilhamento.	Pareceres, avisos de privacidade, acordos quando necessários.
SMS/CRS/STS e serviços recebedores	Definir, se pactuado, canais, rotinas e acesso da rede sob sua competência.	Instrumentos formais e protocolos estabelecidos,

Ator/unidade	Responsabilidade a definir	Evidência de desempenho
		não presumidos.

A matriz RACI final deverá diferenciar quem executa, aprova, consulta e recebe informações em cada operação. Proibido atribuir a gestores ou equipes de unidades públicas responsabilidades dentro do manual institucional sem adesão e pactuação expressas. A matriz aqui apresentada é **proposta interna de desenho e interlocução**, não compromisso bilateral já firmado.

5.16 Matriz de riscos assistenciais e de implementação

Risco	Consequência potencial	Controle proposto	Responsável inicial
Unidade de referência errada	Perda ou atraso de seguimento.	Validar serviço designado com paciente e fonte confiável; registrar incerteza.	Núcleo de transição
Alta emitida com medicação divergente	Erro terapêutico ou dano.	Conciliação medicamentosa validada e versão única do documento.	Médico / farmácia clínica
Envio de informação sem confirmação	Falsa percepção de continuidade.	Estados separados de envio, recebimento e seguimento.	Gestão de transição
Acesso externo excessivo	Violação do sigilo e privacidade.	Identidade, perfis, finalidade, auditoria, políticas LGPD.	TI / encarregado
Exame pendente sem responsável	Atraso na resposta a achado relevante.	Lista de pendências e responsável por revisar/comunicar.	Equipe assistencial
Confusão entre encaminhamento e vaga	Orientação incorreta ao paciente.	Exibir status regulatório somente confirmado por fonte oficial.	Equipe / regulação
Barreira digital de paciente vulnerável	Paciente perde documentos ou instruções.	Entrega física equivalente e apoio assistido.	Enfermagem / acolhimento
Falha de integração/cadastro	Documento associado a pessoa incorreta.	Conciliação de identidade, logs e procedimentos de correção.	TI / cadastro
Mudança territorial/normativa não atualizada	Contatos ou fluxos desatualizados.	Revisão periódica de fontes oficiais e controle de versão.	Governança do projeto

A avaliação deverá aplicar matriz de probabilidade e impacto, com critérios próprios de risco clínico, cibernético, regulatório e reputacional. Nenhuma automação baseada em IA pode substituir validação profissional em resumos clínicos ou concluir, sem evidência, que a continuidade está assegurada.

5.17 Indicadores para acompanhar continuidade e resposta da rede

Os indicadores do PDSC devem monitorar **qualidade documental, conclusão das etapas sob controle do hospital e desfechos observáveis**. Indicadores que dependem de dados de UBS, UPA ou outros prestadores devem ser classificados como condicionados a acordo de compartilhamento. Recomenda-se fixar metas apenas após linha de base e aprovação do piloto; percentuais de exemplo não constituem metas institucionais assumidas.

Indicador	Definição operacional inicial	Fonte/cuidado metodológico
Alta com sumário validado	Numerador: altas elegíveis com sumário assinado; denominador: altas elegíveis.	PEP e auditoria de versões.
Alta com plano de continuidade completo	Altas elegíveis com destino/rota, medicação, pendências, retornos e alertas registrados.	Checklist, com definição de “não aplicável”.
Identificação da APS de referência	Pacientes com UBS/equipe identificada ou motivo formal de não identificação.	Fonte cadastral e declaração do paciente não devem ser confundidas.
Contrarreferência efetivamente enviada	Casos elegíveis com registro de encaminhamento em canal autorizado.	Não é recebimento nem consulta realizada.
Contrarreferência com confirmação	Casos elegíveis com confirmação demonstrável no período pactuado.	Depende de fluxo formal e evidência de recepção.
Pendências de resultado sob controle	Resultados pós-alta com profissional revisor, monitoramento e fechamento de ciclo.	Laboratório/PEP; monitorar criticidade.
Pacientes com acesso efetivo ao plano	Disponibilização digital comprovada ou entrega física registrada.	Evitar usar login como único indicador de acesso.
Uso clínico externo ou retorno efetivo	Consultas e revisões confirmadas por fonte legítima.	Somente quando houver dados autorizados; não inferir pelos envios.
Eventos adversos relacionados à transição	Taxa e análise de notificações relevantes pós-alta.	Subnotificação e confundimento clínico exigem cautela.

A avaliação de retorno à urgência e reinternação deve ser tecnicamente cautelosa: esses desfechos dependem de gravidade, perfil de casos, acesso à rede e outros fatores. Uma redução observada não poderá ser atribuída isoladamente ao Passaporte sem desenho analítico apropriado. É mais defensável começar por indicadores de processo clinicamente relevantes e ampliar gradualmente a análise de desfechos.

5.18 Plano faseado de articulação e critérios de aceite

A implantação é proposta em cinco fases. A passagem entre fases depende de marcos verificáveis e não de calendário fixo predeterminado. O hospital poderá concluir

internamente documentos e fluxos de alta antes de obter integração com sistemas externos; isso assegura ganho progressivo sem criar aparência de parceria ou interconectividade não existente.

Fase	Entregas e atos necessários	Critério de aceite/gatilho
0 — Governança	Validar projeto, mapa de interessados, jurídico/LGPD, riscos e responsabilidades.	Capítulos aplicáveis aprovados e responsáveis designados.
1 — Alta hospitalar estruturada	Implantar resumo e plano de continuidade em processos internos; entrega digital e física.	Auditoria amostral satisfatória, teste de identidade e de versões.
2 — Articulação territorial	Dialogar formalmente com SMS, CRS Norte, STS Sé/Santa Cecília e áreas assistenciais aplicáveis.	Registro de interlocução e eventual fluxo assinado/pactuado.
3 — Piloto de contrarreferência	Testar cenários selecionados em canais autorizados e monitorar falhas.	Confirmação de fluxos, indicadores e gestão de incidentes.
4 — Integração técnica e ampliação	Avaliar e, se viável, homologar integrações municipais e RNDS; expandir elegibilidade.	Homologações, evidências técnicas, análise de impacto e aprovação para produção.

5.18.1 Lista de requisitos bloqueantes antes de piloto externo

- **Definição formal do público piloto**, critérios de inclusão e exclusão, riscos e serviço(s) de destino.
- **Protocolo clínico de alta e pendências** aprovado pela direção técnica, com titulares claros da revisão de resultados.
- **Documento mínimo de contrarreferência** padronizado, assinatura, versão e dados estritamente necessários.
- **Canal de comunicação autorizado** e governança documental de quem enviará e receberá informações.
- **Procedimento de incidentes e falhas**, inclusive paciente sem acesso digital, cadastro incorreto e ausência de retorno.
- **Acordos interinstitucionais quando necessários**, com papéis e tratamentos de dados definidos.
- **Painel de indicadores e auditoria**, com critérios para pausar ou ampliar o piloto.

5.19 Casos simulados e pontos de decisão

5.19.1 Caso A — paciente com alta cirúrgica e retorno à UBS

Paciente adulto recebe alta após colecistectomia. A equipe médica valida diagnóstico, procedimento, analgesia, restrições, possíveis sinais de complicação e retorno cirúrgico. O Passaporte disponibiliza o resumo e os documentos; a equipe orienta o paciente sobre acompanhamento na UBS quando necessário, sem confundir a orientação de seguimento

com agendamento de consulta. Se houver fluxo pactuado, a contrarreferência pode ser transmitida com registro de recebimento.

5.19.2 Caso B — paciente clínico que procura AMA/UPA após alta

Pessoa com diabetes e doença renal tratada em internação apresenta-se a novo serviço de urgência por sintomas inespecíficos. O acesso legítimo ao Passaporte pode revelar alterações recentes na prescrição, função renal, alergias e exames relevantes, com datas e fontes. O médico da unidade reavalia o caso e não assume que a lista antiga de medicamentos permanece atual. Não há acesso automático pressuposto entre unidades.

5.19.3 Caso C — alta de UTI com necessidade de reabilitação

Paciente recebe alta após internação crítica, com limitação funcional e prescrição complexa. A equipe multiprofissional registra necessidade de acompanhamento, terapias e apoio familiar. O núcleo de transição identifica serviços possíveis, aciona fluxos autorizados e entrega versão acessível. Se não houver vaga, o documento não marcará “reabilitação agendada”. O risco deverá ser comunicado e escalado conforme condição clínica.

5.19.4 Caso D — anatomopatológico disponibilizado depois da alta

O laudo anatomopatológico fica pronto após a saída. Um profissional designado deverá revisar o resultado, avaliar necessidade de mudança de conduta e comunicar o paciente pelo canal clínico adequado, com registro e orientação. A simples publicação silenciosa de um achado clinicamente relevante no portal não substitui a comunicação responsável. Se o seguimento depender de outro serviço, encaminhamento e recebimento devem ter seus estados documentados.

5.19.5 Caso E — cidadão sem smartphone nem UBS identificada

Paciente sem acesso à internet recebe pacote impresso com sumário, receitas, orientações, exames pertinentes e instrução de segunda via. A equipe tenta identificar a unidade de referência por fonte legítima ou orienta sobre a rede pública, sem presumir cobertura apenas por proximidade. A ausência de portal ou de cadastro municipal integrado não impede o fornecimento da documentação clínica adequada.

5.20 Síntese executiva e itens a pactuar

A proposta do Passaporte Digital de Saúde Canaã é tecnicamente coerente com a organização da RAS e com os princípios de alta responsável e continuidade assistencial. Seu valor institucional consiste em transformar dados do episódio hospitalar em informação compreensível e clinicamente útil para o paciente e para o próximo serviço, com possibilidade de contrarreferência ativa quando houver canais legítimos e integração progressiva.

O mapeamento territorial verificado indica interlocução administrativa com a **CRS Norte e a STS Sé/Santa Cecília**, por força do Decreto nº 64.999/2026. Este é um dos ajustes mais importantes em relação a documentos de planejamento anteriores que ainda utilizam a denominação CRS Centro. O programa também deverá dialogar com áreas centrais da SMS responsáveis por atenção hospitalar, atenção primária, atenção especializada, regulação e saúde digital, segundo as competências vigentes.

Para o avanço institucional, permanecem pendentes: (i) validação do plano de reativação hospitalar; (ii) definição de perfil e volume de atendimentos SUS; (iii) identificação oficial dos interlocutores da SMS; (iv) pactuação dos fluxos, destinatários e responsabilidades de contrarreferência; (v) aprovação dos instrumentos LGPD e de segurança; (vi) escolha do prontuário e dos módulos internos; (vii) piloto assistencial com auditoria; e (viii) eventual credenciamento/homologação de interoperabilidade.

CONCLUSÃO INSTITUCIONAL O Passaporte é parte do cuidado e não somente um arquivo eletrônico. Sua efetividade deverá ser demonstrada pela qualidade do plano de alta, pela segurança do compartilhamento, pelo encaminhamento responsável e, quando mensurável, pela continuidade do acompanhamento na rede. O projeto deve avançar sem confundir intenção, pactuação e implantação efetiva.

Referências normativas e institucionais verificadas

[1] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[2] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo I — Redes de Atenção à Saúde (texto consolidado).
https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html

[3] SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Indicador A9: Alta Responsável (referência à PNHOSP).
https://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/acesso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel

[4] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023 — PNAES, especialmente arts. 15–17.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[5] INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ. Site do projeto Hospital Canaã, consulta em 02/11/2026.
https://canaa-community-care.lovable.app/

[6] PREFEITURA DE SÃO PAULO. Decreto Municipal nº 64.999, de 10 de março de 2026.
https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/decreto-64999-de-10-de-marco-de-2026

[7] SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadorias Regionais de Saúde (atualização de 22/10/2026).
https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/organizacao/coordenadorias-regionais-de-sa%C3%BAde-do-munic%C3%ADpio-de-s%C3%A3o-paulo

[8] SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Supervisões Técnicas de Saúde, diretório consultado em 02/11/2026.
https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/organizacao/supervisoes-tecnicas-de-saude

[9] SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Rede da CRS Norte — STS Sé/Santa Cecília.
https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/coordenadorias-regionais-de-sa%C3%BAde-norte

[10] SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Caracterização de UBS Nossa Senhora do Brasil, fevereiro/2026.
https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/edital-consulta-para-cg-emergencial-centro-pdf

[11] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025 — Modelo do Sumário de Alta na RNDS.
https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[12] SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. SIRESP — Sistema Informatizado de Regulação.
https://siresp.saude.sp.gov.br/

[13] SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. e-SaúdeSP — Plataforma da Saúde Paulistana, atualizada em 16/09/2026.
https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/usuario-e-saudesp

[14] MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS. Guia de Implementação RNDS, HL7 FHIR R4, credenciamento e integração.
https://fhir.saude.gov.br/

[15] MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNISD — Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026; informe de 29/10/2026.
https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus
[16] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
Critério de leitura: referências com consulta em 02/11/2026; verificar versões consolidadas e eventuais alterações antes da aprovação operacional. Os links indicam fontes de origem, e não evidência de pactuação do Canaã com os respectivos órgãos.

Registro de análise e aprovação

Etapa	Responsável	Data / situação
Redação técnica preliminar	Equipe de projeto do Instituto de Ciências Médicas Canaã	02/11/2026 — versão 0.1
Revisão da direção técnica	A designar	Pendente
Revisão de governança e regulação	A designar	Pendente
Revisão jurídico/LGPD e TI	A designar	Pendente
Aprovação institucional	Direção do Instituto de Ciências Médicas Canaã	Aguardando deliberação

Checklist de deliberação para aprovação deste capítulo

- Aprovar o entendimento de articulação assistencial em quatro camadas, diferenciando entrega documental, contrarreferência e interoperabilidade.
- Validar CRS Norte e STS Sé/Santa Cecília como referências territoriais atuais, para os documentos do Plano Diretor.
- Aprovar o princípio de que fluxo externo depende de pactuação e não será anunciado como funcional antes da autorização.
- Aprovar os indicadores propostos como estrutura de medição, sem fixar metas antes da linha de base.
- Encaminhar capítulos específicos sobre LGPD, RNDS, contrarreferência e tecnologia para desenvolvimento posterior.
- Conferir, antes da implantação, cadastro CNES, credenciamento, contratos e contatos institucionais.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 06

TRANSIÇÃO DO CUIDADO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL: FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS

Da alta responsável à comunicação clínica, ao seguimento e à segurança do paciente na rede SUS

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 06
Título	Transição do Cuidado e Continuidade Assistencial: Fundamentos Científicos
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade-piloto prevista	Hospital Canaã — reativação, licenças e integração ao SUS ainda dependentes das etapas institucionais cabíveis
Código	PDSC-MAN-C06
Versão e data	0.1 | 02/11/2026
Natureza	Fundamentação técnico-científica e proposta assistencial; não constitui protocolo clínico já implantado
Controle editorial	Capítulos 01 a 05 aprovados; capítulo 06 submetido à avaliação
Validação necessária	Direção técnica; Núcleo de Segurança do Paciente; equipe multiprofissional; APS; farmácia; regulação; jurídico/LGPD; TI; gestores SUS, quando aplicável
Situação	Minuta para aprovação institucional; futuras metas e fluxos dependem de viabilidade, pactuação e monitoramento

Resumo executivo

A transição do cuidado é um intervalo de risco clínico e organizacional no qual informações, decisões e responsabilidades são transferidas entre serviços, profissionais e paciente. A alta hospitalar segura exige mais que documentação: exige reconciliação terapêutica, definição de pendências, ensino compreensível, comunicação com o serviço que assumirá o seguimento e mecanismos proporcionais de acompanhamento. A síntese das melhores evidências apoia programas multicomponentes, mas os seus efeitos variam conforme população, desenho da intervenção, adesão da equipe e capacidade da rede de destino [1–7].

O Passaporte Digital de Saúde Canaã é proposto como **componente informacional e operacional** de um programa de continuidade, não como prontuário independente nem como garantia automática de redução de reinternações. Seu benefício será testado pela qualidade do processo de alta, pelo uso efetivo pelos pacientes e pelos desfechos observados após implantação. O Capítulo 6 estabelece a fundamentação e as hipóteses de trabalho que subsidiarão os protocolos assistenciais dos capítulos seguintes.

Roteiro do capítulo

6.1 Objeto e método de apreciação das evidências

6.2 Conceitos: alta, transferência e continuidade

6.3 Mecanismos de risco na transição hospital-comunidade

6.4 Evidência Cochrane: planejamento individualizado da alta
6.5 Evidência em larga escala: meta-análise em rede de 2023
6.6 Ensaios e modelos assistenciais estruturados (RED e TCM)
6.7 Transferência de informações: rapidez não equivale a qualidade
6.8 Modelo causal e componentes essenciais de uma transição segura
6.9 Estratificação de necessidades e proporcionalidade do apoio
6.10 Segurança medicamentosa e conciliação na alta
6.11 Resultados de exames pendentes: risco e responsabilidade
6.12 Educação, letramento em saúde e método teach-back
6.13 Articulação com APS, atenção especializada e urgência
6.14 Percursos clínicos: UTI, clínica médica e cirurgia
6.15 Dimensão digital: alcance, limites e interoperabilidade
6.16 Linha do tempo da transição e pontos de controle
6.17 Responsabilidades clínicas e multiprofissionais
6.18 Indicadores e definições operacionais iniciais
6.19 Avaliação prospectiva, desenho piloto e qualidade de evidências
6.20 Equidade, inclusão e riscos de implantação
6.21 Casos simulados e critérios de resposta
6.22 Conclusões e diretrizes derivadas para o programa
Referências normativas e técnico-científicas
Registro de apreciação e aprovação

6.1 Objeto e método de apreciação das evidências

O capítulo examina a transição assistencial com foco na passagem do hospital ao domicílio, à Atenção Primária à Saúde (APS), à atenção ambulatorial especializada e a novos episódios de urgência. As evidências citadas foram selecionadas em revisões sistemáticas, ensaios clínicos, orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), ferramentas da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e documentos normativos brasileiros disponíveis até **02/11/2026**. Não foi realizada revisão sistemática original com protocolo PRISMA; trata-se de síntese narrativa crítica orientada ao desenho de um programa institucional.

A interpretação segue uma ordem de preferência: revisões sistemáticas de ensaios e metanálises, ensaios individuais de referência, orientações técnicas sustentadas por consenso e, para questões de governança, normas brasileiras. Recomendações **[P]** representam proposta institucional sujeita a validação; enunciados **[E]** são conclusões da literatura analisada; exigências **[N]** decorrem de documentos normativos citados. Nenhum efeito observado em estudos estrangeiros deve ser transposto como desempenho garantido do Hospital Canaã.

As comparações de reinternação e utilização de pronto-socorro requerem atenção especial a período de seguimento, população incluída, definição de desfecho, risco de viés e contexto assistencial. A análise observa ainda um risco de causalidade reversa: pacientes mais graves recebem intervenções mais intensas, porém podem continuar apresentando maior necessidade de utilização dos serviços.

6.2 Conceitos: alta, transferência e continuidade

Alta hospitalar é o ato clínico e administrativo de encerrar determinado episódio de internação, com registro do desfecho, avaliação de estabilidade e orientação sobre tratamentos e cuidados subsequentes. **Alta responsável** pressupõe preparar o paciente para o próximo ambiente de cuidado e articular sua continuidade [8, 9]. **Transição do cuidado** é o processo temporal e relacional de transferir informação, plano terapêutico e responsabilidades. **Continuidade assistencial** é a manutenção coerente do cuidado ao longo de profissionais, serviços e tempo.

O conceito de continuidade inclui três dimensões complementares. A **continuidade informacional** depende de documentos corretos, disponíveis e compreensíveis. A **continuidade gerencial** depende de um plano de seguimento, objetivos compartilhados e coordenação entre serviços. A **continuidade relacional** depende de vínculo, possibilidade de esclarecer dúvidas e reconhecimento das preferências do paciente. A mera entrega de um PDF atende, quando muito, a uma parcela da primeira dimensão.

Dimensão	Pergunta de controle	Evidência necessária no PDSC
Informacional	A próxima equipe consegue conhecer o episódio hospitalar?	Sumário validado, medicações de alta, alergias, exames e pendências identificadas.
Gerencial	Existe plano inequívoco para o que vem depois?	Serviço de destino, necessidade de retorno, prazos clínicos definidos e responsável.
Relacional	O paciente sabe o que fazer e como pedir ajuda?	Orientação em linguagem simples, confirmação de compreensão, contato seguro.
Segurança	Pendências e riscos foram atribuídos a alguém?	Lista de risco, responsáveis nomeados, escalonamento e rastreabilidade.

6.3 Mecanismos de risco na transição hospital-comunidade

A alta desloca parte substancial da execução do tratamento para a pessoa, o cuidador e o próximo serviço. Nesse momento surgem mudanças simultâneas: troca de equipe, redução da vigilância presencial, novas prescrições, dúvidas sobre exames, limitação de acesso à rede e demandas sociais. O risco não decorre apenas da gravidade clínica; envolve comunicação, compreensão, capacidade funcional, apoio domiciliar, disponibilidade de medicamentos e possibilidade real de reavaliação.

Em revisão clássica de comunicação entre hospital e atenção primária, Kripalani e colaboradores identificaram falhas frequentes de transmissão de sumários e omissões de conteúdo importante [5]. Estudos subsequentes sobre sumários eletrônicos observaram ganho de oportunidade, mas **não melhoria consistente da qualidade** do conteúdo [6]. Portanto, informatizar o processo sem modificar as responsabilidades e a revisão clínica pode automatizar omissões e divergências em vez de preveni-las.

O Passaporte deve enfrentar riscos concretos: medicamento duplicado ou indevidamente mantido, exame pendente sem revisão, encaminhamento incompleto, orientação genérica, ausência de critérios para retorno imediato e falha de identificação do paciente. Oportunidade de cuidado perdida e reinternação não planejada são desfechos possíveis, mas não representam necessariamente falha individual ou evento evitável.

INFERÊNCIA INSTITUCIONAL A prioridade do PDSC não é produzir o maior número possível de documentos, mas assegurar que informações relevantes orientem as ações adequadas ao paciente certo, na hora certa e pelo profissional autorizado.

6.4 Evidência Cochrane: planejamento individualizado da alta

A revisão Cochrane de Gonçalves-Bradley et al. (2022), com **33 ensaios**, avaliou planos individualizados de alta em comparação com o cuidado usual. Encontrou evidência de que o planejamento adaptado ao paciente provavelmente produz uma pequena redução da duração inicial da internação e reduz discretamente readmissões em pessoas internadas por condições clínicas. Os efeitos sobre estado de saúde, satisfação, custos e uso de recursos apresentaram maior incerteza [1].

O resultado é relevante por mostrar que mudanças de processo aparentemente simples podem produzir benefícios, mas impede promessas de ganhos grandes e automáticos. O Passaporte Canaã propõe incorporar a identificação de necessidades, a documentação e a coordenação; não deve descrever o conjunto como intervenção já validada no hospital. Os resultados dependerão de aderência, adequação cultural, capacidade do serviço de destino e escolha de indicadores.

6.5 Evidência em larga escala: meta-análise em rede de 2023

Tyler et al. (2023) reuniram **126 ensaios clínicos e 97.408 participantes** em uma revisão sistemática e meta-análise em rede de intervenções na passagem do hospital à comunidade. Intervenções de menor complexidade foram associadas à redução de reinternações em 30 dias (OR 0,78; IC95% 0,66–0,92), e intervenções de média complexidade destacaram-se em alguns desfechos aos 90 dias e na adesão medicamentosa [2]. Esses resultados comparam categorias heterogêneas e não demonstram que todo protocolo simples produzirá o mesmo efeito.

A revisão também mostrou que maior complexidade não implicou superioridade universal. Uma plataforma tecnológica sofisticada, portanto, não deve substituir componentes assistenciais bem executados: lista de medicamentos reconciliada, plano claro, contato humano proporcional ao risco e acesso ao serviço de destino. A interpretação deve considerar contexto, variação nas definições, características dos participantes e impossibilidade de identificar uma fórmula única aplicável ao SUS paulistano.

Fonte	Achado resumido	Leitura para o Canaã
Cochrane 2022 [1]	33 ensaios; pequeno benefício provável em duração da internação e reinternação em pacientes clínicos.	Planejar alta individual, registrar resultados sem anunciar redução garantida.
Tyler et al. 2023 [2]	126 ensaios, 97.408 pessoas; algumas intervenções de baixa e média complexidade associadas a menor uso.	Priorizar componentes comprováveis em vez de maximizar recursos tecnológicos.
Jack et al. 2009 [3]	Pacote RED reduziu utilização combinada de hospital/urgência no estudo, em 30 dias.	Propor educação, reconciliação, comunicação e contato pós-alta.
Kripalani et al. 2007 [5]	Falhas de conteúdo e de oportunidade do sumário prejudicavam a transição.	Auditar o conteúdo e sua chegada, não apenas o documento emitido.

6.6 Ensaios e modelos assistenciais estruturados (RED e TCM)

O ensaio **Re-Engineered Discharge (RED)** de Jack e colaboradores (2009), com 738 participantes, integrou orientação de alta por profissional dedicado, reconciliação medicamentosa, organização de retornos, material personalizado e telefonema após a alta. A taxa de utilização combinada de pronto-socorro e hospital em 30 dias foi menor no grupo intervenção (razão de incidências 0,695; IC95% 0,515–0,937), em estudo de centro único com limitações de generalização [3]. O resultado pertence ao **pacote assistencial**, não a um aplicativo ou folheto isolado.

O RED, consolidado pela AHRQ, inclui 12 componentes, entre os quais planejamento de resultados pendentes, checagem de medicamentos, ensino, confirmação de entendimento, transmissão do sumário e contato após a alta [7]. O **Transitional Care Model (TCM)**, estudado por Naylor e colaboradores, enfatizou planejamento e acompanhamento por profissionais capacitados em idosos com risco elevado [4]. Ambos são referências metodológicas, não modelos para transposição literal de recursos humanos e custos ao contexto brasileiro.

Para o Canaã, o aprendizado é combinar ações com responsáveis identificados e controles mensuráveis. Uma iniciativa de alta segura pode começar com componentes essenciais bem executados, antes de oferecer acompanhamento mais intensivo a todos. A escolha de

enfermeiro de transição, farmacêutico ou gestor de caso dependerá da estratificação de risco e do dimensionamento institucional.

6.7 Transferência de informações: rapidez não equivale a qualidade

Uma revisão sistemática sobre sumários de alta observou, entre os estudos incluídos, que a mediana de conclusão em 48 horas foi de 67% e de disponibilidade aos médicos da atenção primária em 48 horas, 55%. Os sumários eletrônicos melhoraram a oportunidade de transmissão, porém não produziram melhoria consistente da qualidade do conteúdo [6]. São dados históricos de contextos internacionais, úteis como alerta metodológico, **não indicadores do Hospital Canaã**.

O documento correto para a equipe da UBS ou UPA precisa responder, em leitura rápida, a questões clínicas: por que o paciente foi internado; quais diagnósticos foram confirmados ou descartados; quais procedimentos e intercorrências ocorreram; quais tratamentos continuam; quais resultados permanecem pendentes; que sinais exigem retorno; e qual seguimento foi definido. A validação por profissional habilitado e a identificação de versão são tão necessárias quanto disponibilidade digital.

Falha de informação	Risco clínico	Controle recomendado
Sumário genérico sem problema atual	Conduta duplicada ou seguimento inespecífico.	Campos clínicos obrigatórios; validação por profissional responsável.
Medicamentos hospitalares misturados aos da alta	Uso domiciliar incorreto ou duplicidade.	Três listas distintas; conciliação e revisão farmacêutica quando indicada.
Exame pendente não sinalizado	Perda de diagnóstico tardio relevante.	Registro de pendências, responsável e rota de comunicação.
Arquivo sem versão ou assinatura	Profissional utiliza conduta superada.	Assinatura e rastreabilidade da versão vigente; retificação controlada.
Envio sem confirmação de chegada	UBS não toma conhecimento da alta.	Acompanhamento de entrega/recebimento quando houver integração pactuada.

6.8 Modelo causal e componentes essenciais de uma transição segura

A proposta assistencial deve seguir um encadeamento causal verificável: **avaliar risco → definir plano → validar informações → ensinar o plano → disponibilizar e compartilhar documentos → organizar seguimento → identificar problemas pós-alta → medir resultados**. A plataforma digital sustenta a rastreabilidade e a distribuição de

informações, mas as decisões e as respostas a alterações clínicas continuam dependentes de profissionais e serviços.

São componentes mínimos recomendados [P]: sumário clínico assinado; prescrição de alta reconciliada; alergias e alertas; exames e resultados pendentes; orientação acessível; plano de seguimento e necessidade de recursos domiciliares; contato apropriado; registro de entrega/explicação; possibilidade de atualização posterior sem apagar a versão anterior. Em pacientes de maior risco, acrescentar comunicação ativa e contato pós-alta conforme protocolos e disponibilidade.

Esses componentes não devem ser confundidos com requisitos legais universais de toda alta. Alguns decorrem de boas práticas e de diretrizes técnicas; outros serão definições locais a serem aprovadas e pactuadas. O modelo de informação nacional de Sumário de Alta, instituído pela Portaria GM/MS nº 8.026/2025, orientará o mínimo estruturado para a futura interoperabilidade [10].

6.9 Estratificação de necessidades e proporcionalidade do apoio

A literatura sustenta a adaptação de intensidade do apoio à situação de cada pessoa. A estratificação do PDSC deverá combinar **complexidade clínica**, **complexidade terapêutica**, **capacidade funcional e cognitiva**, **suporte social**, **compreensão do plano**, **histórico de utilização** e **barreiras ao seguimento**. Não é adequado aplicar pontuação preditiva proprietária ou escore clínico sem validação local. A matriz abaixo é proposta operacional de triagem e não instrumento prognóstico validado.

Faixa proposta	Situações indicativas (exemplos)	Ações proporcionais
A — padrão	Condição estável, plano simples, compreensão e acesso ao serviço.	Sumário e receita validados, ensino, portal/impresso, destino de seguimento.
B — atenção ampliada	Polifarmácia, múltiplas comorbidades, pós-operatório complexo ou seguimento incerto.	Revisão ampliada de medicações, encaminhamento, verificação de pendências e contato conforme protocolo.
C — transição intensiva	Alta de UTI com dependência, incapacidade funcional, necessidade de dispositivo ou apoio domiciliar complexo.	Planejamento multiprofissional antecipado, cuidador treinado, articulação ativa de rede e checagens adicionais.

A classificação deve ser revista antes da alta, especialmente quando surgirem novas limitações, necessidade de oxigenoterapia, ostomias, curativos especiais, anticoagulação, dependência de terceiros ou problemas relevantes de acesso a medicamentos. Situações clínicas com risco imediato **não** devem ser resolvidas apenas por classificação documental: exigem decisão assistencial antes da liberação.

6.10 Segurança medicamentosa e conciliação na alta

A OMS inclui a segurança medicamentosa nas transições entre as três prioridades da iniciativa Medication Without Harm, ao lado de polifarmácia e situações de alto risco [11]. A alta pode combinar suspensão de medicações crônicas, substituições temporárias, novos fármacos e alterações de dose, aumentando a chance de discrepâncias. A conciliação exige confrontar a lista prévia confiável, a prescrição vigente hospitalar e o plano domiciliar aprovado; **não** basta imprimir a última prescrição utilizada na internação.

O Passaporte deve distinguir três registros: **tratamentos utilizados durante a internação**, úteis como histórico; **tratamentos prescritos para uso após a alta**, com posologia e duração; e **medicamentos suspensos ou modificados**, com esclarecimento clinicamente pertinente. O campo “medicamentos de alta” será o único exibido como lista domiciliar atual, indicando data/versão e profissional responsável. A consulta de histórico não deverá gerar incentivo para automedicação.

As medicações de alto risco e situações de possível dano grave merecem controle reforçado (por exemplo, anticoagulantes, insulina, opioides, antimicrobianos complexos, imunossupressores e fármacos cuja dose depende de função renal). A educação deve explicar o que fazer em caso de omissão de dose e quais sinais exigem avaliação, de acordo com prescrição e protocolos específicos; o portal não deve improvisar recomendações automatizadas individuais.

6.11 Resultados de exames pendentes: risco e responsabilidade

Alta com exames ainda não concluídos é uma condição operacional possível e frequente, especialmente com microbiologia, anatomopatológico, culturas ou análises especializadas. O perigo está em tratar a “publicação do laudo” como fim da responsabilidade do serviço. Cada pendência precisa conter exame e data, importância clínica, profissional ou equipe responsável pela revisão, conduta prevista diante de alteração e como o paciente ou serviço de destino será informado.

A disponibilização digital pode gerar alerta ao paciente sobre a existência de novo resultado, mas resultados críticos ou potencialmente graves exigem **avaliação e comunicação clínica apropriadas**, conforme a gravidade e o protocolo, e não simples notificação automática. Devem existir mecanismos para caso o profissional responsável esteja ausente, a comunicação falhe ou o paciente não seja localizado. A retificação de resultado deve conservar trilha auditável e informar corretamente mudanças com impacto assistencial.

Etapa de pendência	Registro necessário	Falha crítica a prevenir
Na alta	Exame, laboratório, expectativa estimada, responsável e plano.	Exame sequer mencionado no sumário.

Etapa de pendência	Registro necessário	Falha crítica a prevenir
Ao surgir o resultado	Data da liberação, integridade, identificação do paciente.	Laudo errado ou não incorporado ao episódio.
Na revisão clínica	Profissional responsável, interpretação e conduta.	Paciente lê achado relevante sem encaminhamento.
Na comunicação	Destino, canal institucional, confirmação quando pertinente.	Informação não alcança quem precisa agir.
No encerramento	Registro de solução, seguimento ou transferência da responsabilidade.	Pendência permanece indefinidamente “aberta”.

6.12 Educação, letramento em saúde e método teach-back

A qualidade do plano depende de sua compreensão por quem executará cuidados fora do hospital. O método **teach-back**, descrito pela AHRQ, recomenda solicitar que paciente ou cuidador explique com suas próprias palavras os cuidados, medicamentos e situações de alerta, permitindo corrigir falhas de comunicação sem constranger a pessoa [12]. A pergunta “entendeu?” não demonstra compreensão suficiente, especialmente diante de linguagem médica complexa.

O Passaporte deverá oferecer linguagem cidadã, conteúdos acessíveis, modo de alto contraste e alternativas impressas. Para uma colecistectomia, a orientação pós-operatória deverá explicar, conforme decisão do cirurgião, manejo de ferida, alimentação, retorno e sinais relevantes; para hipertensão, destacar metas individualizadas, adesão medicamentosa e seguimento na APS. A educação genérica não substitui orientação individual registrada e assinada quando indicada.

Em pacientes com déficit cognitivo, baixa alfabetização, limitação auditiva/visual ou barreira linguística, o ensino deverá ser adaptado, com intérpretes ou cuidadores autorizados quando necessário. O cuidado não pode depender da posse de celular, e a ausência de conectividade não deve impedir a obtenção do sumário e das prescrições.

6.13 Articulação com APS, atenção especializada e urgência

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), Portaria GM/MS nº 1.604/2023, determina articulação dos serviços especializados com a APS, compartilhamento de informações clínicas e definição conjunta de protocolos de encaminhamento e alta responsável, respeitados arranjos locais da rede [9]. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Portaria GM/MS nº 3.390/2013, trata a alta responsável como transferência do cuidado e enfatiza orientações e articulação com outros pontos assistenciais [8].

É indispensável distinguir três eventos: **encaminhamento planejado** (destino indicado no documento), **contrarreferência transmitida** (informações encaminhadas por canal legítimo) e **cuidado efetivamente retomado** (avaliação realizada na UBS ou serviço competente). O PDSC pode registrar os três, mas só deve declarar o que foi verificado. Nenhum desses atos cria vaga, prioridade ou consulta fora da regulação pública pactuada.

Para um futuro atendimento em UPA ou novo pronto-socorro, o diferencial está na consulta a um histórico conciso, confiável e atualizado, disponível ao paciente e, quando autorizado e tecnicamente possível, ao profissional. O acesso deverá considerar identidade, vínculo assistencial, finalidade, auditoria e LGPD, definidos nos capítulos jurídicos e tecnológicos específicos; o acesso automático interinstitucional não pode ser anunciado como já ativo.

6.14 Percursos clínicos: UTI, clínica médica e cirurgia

Após internação clínica, as prioridades incluem diagnósticos ativos, mudanças terapêuticas, exames pendentes, sinais de deterioração, plano de controle de doença crônica e reavaliação por APS/especialidade. Na insuficiência cardíaca, por exemplo, a documentação deve diferenciar os medicamentos mantidos, a situação funcional e orientações individualizadas de peso, sintomas e necessidade de avaliação, sem substituir o julgamento clínico.

Após cirurgia, devem constar natureza do procedimento, intercorrências, estado da ferida, dispositivos, restrições e plano de seguimento, além de analgesia, profilaxia ou anticoagulação quando prescritas. A titularidade clínica da alta permanece com o cirurgião responsável nos episódios cirúrgicos, com participação diária do hospitalista conforme o modelo de cogestão institucional planejado. A participação do hospitalista não desloca automaticamente responsabilidades definidas no regimento assistencial.

Após UTI, necessidades podem abranger reabilitação, comprometimento funcional, novo suporte domiciliar, alterações cognitivas, fragilidade, sequelas e tratamento de comorbidades. A transição deve incluir avaliação multiprofissional de segurança para alta, treinamento de cuidador, plano de fisioterapia e documentação adequada de dispositivos. A intensidade do acompanhamento dependerá de avaliação clínica, recursos efetivamente disponíveis e pactuação com a rede.

Perfil	Informação de alto valor para o destino	Ponto de atenção prioritário
Clínico com cronicidade	Diagnósticos ativos; medicações novas/alteradas; exames pendentes; metas e sintomas.	UBS e/ou atenção especializada, conforme necessidade.
Pós-cirúrgico	Descrição essencial do procedimento; ferida; dispositivos; restrições; sinais de alerta.	Revisão cirúrgica e UBS quando indicado.
Pós-UTI	Eventos críticos, limitações funcionais, necessidades de reabilitação e suporte.	APS, reabilitação, especialidade e apoio domiciliar quando cabíveis.

Perfil	Informação de alto valor para o destino	Ponto de atenção prioritário
Nova urgência	Resumo clínico validado, alergias, medicação vigente, intervenções recentes.	UPA/PS que acolhe o novo episódio, com acesso autorizado.

6.15 Dimensão digital: alcance, limites e interoperabilidade

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 instituiu o Modelo de Informação do Sumário de Alta no âmbito da RNDS, com elementos mínimos para identificação, motivo da internação, diagnósticos, procedimentos, evolução, alergias, medicações e desfecho [10]. O Passaporte deve mapear seus campos clínicos a esse modelo e distinguir conteúdo nacional obrigatório, anexos complementares e informações de orientação ao paciente. Deve respeitar a substituição normativa do antigo modelo de 2022 pelo de 2025.

A Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD), instituída pela Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, orienta interoperabilidade, qualidade dos dados, acesso ao histórico e proteção de informações [13]. Sua implementação requer planos e arranjos de governança; a publicação da política não autoriza, por si só, o Hospital Canaã a consultar bases externas ou integrar sistemas de terceiros. A camada web será desenhada para segurança, auditoria, autenticidade e futura integração homologada.

A tecnologia tem condições de aumentar disponibilidade e legibilidade, apoiar lembretes e facilitar a educação em saúde; não é um substituto da revisão clínica, da coordenação entre serviços e da atribuição de responsabilidades. É recomendável testar o portal com pacientes reais de perfis variados, evitando interfaces que apenas reproduzam campos do prontuário hospitalar em linguagem inacessível.

CRITÉRIO DE NÃO ATRIBUIÇÃO CAUSAL Uma queda observada de reinternações após implantação não deve ser atribuída ao Passaporte sem análise de tendências, composição dos pacientes e outras mudanças simultâneas na assistência.

6.16 Linha do tempo da transição e pontos de controle

O programa deve começar **antes do dia da alta**, preferencialmente desde que se identifique provável necessidade de seguimento, cuidados complexos ou apoio domiciliar. A preparação integra avaliação clínica, enfermagem, farmácia quando indicada, serviço social, reabilitação e regulação, respeitando responsabilidades. A sequência abaixo representa proposta de processo a ser ajustada à realidade assistencial e não prazo legal obrigatório [P].

Momento	Ação nuclear	Evidência de execução
Durante internação	Sinalizar risco de alta complexa e necessidade de seguimento.	Plano preliminar e registro de barreiras.
Antes da alta	Revisar condutas, medicações, exames pendentes e condições de destino.	Checklist multiprofissional e sumário em elaboração.
Na alta	Validar documentos, ensinar plano e disponibilizar versão digital/física.	Assinatura, entrega e confirmação de entendimento.
Primeiros dias	Oferecer contato pós-alta aos grupos definidos em protocolo.	Contato, problema detectado, orientação e escalonamento.
Até o primeiro seguimento	Facilitar acesso à informação para serviço de destino e resolver pendências.	Registro de comunicação/retorno quando disponível.
Revisão contínua	Atualizar resultados e indicadores, auditar falhas.	Dados de segurança e plano de melhoria.

A AHRQ descreve telefonema de reforço em aproximadamente 2–3 dias como componente do RED [7]. Para o Canaã, isso constitui **referência de desenho** que deve ser ajustada à priorização dos grupos, horário de cobertura, protocolos e capacidade profissional, nunca promessa irrestrita de monitoramento 24 horas. Casos com piora clínica exigem orientação expressa de procurar atendimento de urgência e não aguardar retorno de chat ou ligação.

6.17 Responsabilidades clínicas e multiprofissionais

As responsabilidades devem ser distribuídas de forma explícita, sem diluição da autoria dos registros nem substituição de atribuições profissionais. O médico responsável pela alta valida diagnóstico, tratamento, plano clínico e encaminhamentos pertinentes; a enfermagem participa do preparo e da educação; a farmácia atua na conciliação quando definida; serviço social e reabilitação organizam aspectos de suporte e funcionalidade; TI mantém disponibilidade e segurança da plataforma, sem decidir condutas clínicas.

Função proposta	Responsabilidade central	Limite ou validação
Médico titular da alta	Diagnósticos, prescrições, pendências relevantes, seguimento e sinais de alerta.	Assinatura e autoria; não delegar a validação clínica ao sistema.
Enfermagem	Instrução ao paciente, autocuidado, conferência de entendimento, dispositivos.	Escalar dúvidas terapêuticas ao prescritor.
Farmácia clínica	Conciliação e avaliação de risco farmacoterapêutico.	Conforme cobertura e atribuições formalizadas.
Serviço social	Barreiras sociais, contato com rede e apoio ao cuidador.	Não atribuir vaga ou benefício sem confirmação oficial.
Gestor de transição	Verificar fluxo, contatos, pendências e follow-up dos casos elegíveis.	Papel a ser instituído e dimensionado pela direção.

Função proposta	Responsabilidade central	Limite ou validação
Qualidade/NSP	Auditoria, análise de incidentes, indicadores e melhoria.	Não substituir atribuições dos assistentes.
TI/segurança	Autenticação, integração, logs, versão e recuperação de informação.	Sem acesso indiscriminado ou autonomia sobre condutas clínicas.

6.18 Indicadores e definições operacionais iniciais

O programa necessita diferenciar **indicadores de implantação**, **indicadores do processo de alta** e **desfechos clínicos**. A fase piloto deve coletar linha de base antes de estabelecer metas. Contagens absolutas de acessos ao portal ou quantidade de PDFs emitidos são métricas de utilização, não prova de segurança do paciente. Indicadores clínicos requerem ajuste para casuística, gravidade, exposição e qualidade da captura de eventos.

Indicador proposto	Definição operacional inicial	Observação / estratificação
Alta com sumário validado	Nº de altas elegíveis com sumário assinado até a saída / altas elegíveis ×100.	Estratificar clínica, cirurgia, UTI; verificar prazo real.
Plano de seguimento explícito	Altas com destino e orientação documentados / altas elegíveis ×100.	Não confundir destino indicado com vaga agendada.
Conciliação medicamentosa	Altas elegíveis com lista domiciliar revisada / altas elegíveis ×100.	Subanalisar grupos de alto risco.
Pendências com responsável	Altas com exame pendente e responsável definido / altas com pendência ×100.	Monitorar encerramento efetivo.
Compreensão verificada	Altas amostradas com teach-back registrado / altas auditadas ×100.	Amostragem e registro padronizados.
Contato pós-alta realizado	Pacientes elegíveis efetivamente contatados / elegíveis para contato ×100.	Separar tentativas de contatos concluídos.
Acesso ao Passaporte	Pacientes elegíveis com acesso efetivo ou entrega alternativa / elegíveis ×100.	Estratificar idosos e vulnerabilidade digital.
Reinternação não planejada 30 dias	Reinternações elegíveis identificadas / altas indexadas acompanhadas ×100.	Desfecho exploratório; depende da observação da rede.
Atendimento de urgência em 30 dias	Pacientes com novo atendimento conhecido / pacientes com seguimento conhecido ×100.	Dados fora do hospital podem estar incompletos.

Uma taxa de reinternação mais baixa pode representar melhoria, mas também alterações de fluxo assistencial, dificuldade de acesso, erro de captura ou mudança de perfil clínico. Por isso, a governança deve interpretar indicadores em painel conjunto com eventos adversos, satisfação, mortalidade, uso de emergência, tempo de seguimento, iniquidades de acesso e adequação das readmissões. Não serão definidos valores-alvo arbitrários antes da análise basal.

6.19 Avaliação prospectiva, desenho piloto e qualidade de evidências

Recomenda-se implantação piloto em etapas com avaliação de **fidelidade ao processo** antes da expansão. A fase preparatória documentará fluxo atual, atrasos de sumário, falhas de conciliação, necessidades dos pacientes e disponibilidade de meios de comunicação. A fase piloto poderá incluir linhas clínicas e cirúrgicas definidas pela direção, utilizando amostra consecutiva e auditoria de casos. Um período de estabilização precederá qualquer comparação formal.

O desenho avaliativo inicial pode usar séries temporais e comparação antes/depois com medidas de contexto; caso exista disponibilidade e pertinência, avaliar implementação escalonada entre unidades, com aconselhamento metodológico independente. A análise deve reconhecer vieses de seleção, regressão à média, sazonalidade, alterações de equipe, expansão da rede e impossibilidade de capturar todos os atendimentos externos sem integração. Nenhum resultado será descrito como impacto causal sem desenho que o sustente.

O relato institucional dos achados deve separar: taxa de cobertura, qualidade dos documentos, eficácia da comunicação, problemas detectados no pós-alta, experiência do paciente e desfechos. Na ausência de integração com SMS/RNDS, declarações de "reinternações na rede" serão inadequadas; usar preferencialmente "reinternações identificadas nas fontes disponíveis", explicitando o sub-registro possível.

6.20 Equidade, inclusão e riscos de implantação

Os benefícios de uma ferramenta digital tendem a ser desigualmente distribuídos se sua implantação depender de conectividade, conhecimento tecnológico, leitura funcional ou apoio familiar. O capítulo 4 do manual já adotou o princípio de acesso assistido e alternativo. Este capítulo acrescenta um compromisso de **mensuração da equidade**: verificar, por faixa etária, deficiência, necessidade de cuidador e outros marcadores permitidos, se o acesso aos documentos e ao plano é equivalente entre grupos, sempre sob governança e proteção de dados.

Há risco de que alertas automáticos ampliem preocupação sem orientar ação, de que a equipe suponha que "o paciente viu o portal", de que pacientes sem acesso digital fiquem excluídos, e de que informação sensível seja visualizada por terceiros. Também há risco organizacional de substituir explicação verbal por assinatura em tela, de ampliar trabalho duplicado e de gerar falsa percepção de integração com o SUS. Cada risco deverá ter responsável, medida preventiva, registro de incidente e revisão de efetividade.

Risco	Sinal de alerta	Resposta institucional proposta
Exclusão digital	Documento só acessível em smartphone.	Via impressa, acesso assistido e canais alternativos.
Falsa segurança	Sumário liberado sem ensino nem plano.	Checklist clínico, auditoria e amostragem de compreensão.
Violação de confidencialidade	Compartilhamento por link público ou senha fraca.	Autenticação e autorização por finalidade; logs e revogação.
Alarme sem ação	Resultado alterado chega ao portal sem revisão.	Fluxo clínico de revisão e comunicação de achados relevantes.
Uso indevido de indicadores	Comparação sem ajuste de gravidade.	Governança de dados e relatório de limitações.
Sobrecarga da equipe	Dupla digitação e tarefas indefinidas.	Integrar processos e estabelecer responsáveis/dimensionamento.

6.21 Casos simulados e critérios de resposta

Caso A — Paciente cirúrgico com anatomopatológico pendente

Paciente adulto operado de lesão intestinal recebe alta com recuperação satisfatória, analgesia e orientações de ferida, mas o laudo anatomopatológico ainda não está disponível. **Falha possível:** a alta menciona apenas “resultado pendente”, sem profissional responsável ou retorno orientado. **Fluxo proposto:** registrar pendência, médico responsável, expectativa de análise e rota de comunicação; disponibilizar o laudo após liberação e revisão clínica; preservar necessidade de contato ativo se o resultado indicar conduta relevante; articular avaliação ambulatorial quando cabível. A simples publicação do documento não encerra o episódio de responsabilidade clínica.

Caso B — Alta clínica com troca de anticoagulante

Paciente com múltiplas comorbidades tem prescrição alterada durante internação e necessita prosseguir com anticoagulação. **Falha possível:** lista histórica do hospital é interpretada como prescrição de uso domiciliar, gerando duplicidade. **Fluxo proposto:** produzir lista de alta atual reconciliada, destacar medicamento suspenso, dose, horário, duração/monitoramento quando aplicáveis e alertas específicos; realizar teach-back; disponibilizar informação ao paciente e ao serviço de seguimento, dentro dos fluxos legítimos.

Caso C — Paciente pós-UTI com limitação funcional

Paciente recebeu suporte intensivo prolongado e apresenta dependência parcial para mobilização. **Falha possível:** receber documentos corretos, mas nenhuma orientação de cuidado domiciliar e reabilitação. **Fluxo proposto:** avaliação multiprofissional, orientação ao cuidador, registro de capacidade funcional e necessidades de apoio, acompanhamento

conforme avaliação clínica e disponibilidade/pactuação na rede. O Passaporte transporta o plano; a instituição deve identificar quem orienta e quem acompanha.

Caso D — Atendimento posterior em UPA

Pessoa atendida meses após alta por uma queixa nova apresenta o Passaporte com resumo de cirurgia, alergias e fármacos vigentes à época da alta. **Falha possível:** médico confundir a lista histórica com a medicação atual. **Fluxo proposto:** exibir claramente data, autoria e status temporal, permitir consulta a laudos relevantes e exigir nova anamnese/conciliação no episódio da UPA. O Passaporte informa, mas não substitui a avaliação do atendimento atual.

6.22 Conclusões e diretrizes derivadas para o programa

A evidência disponível converge em torno de um princípio: **transições de cuidado exigem intervenção sobre pessoas, informações e processos**, e não apenas digitalização. Revisões e ensaios sugerem benefícios de planejamento individualizado, educação, conciliação e acompanhamento, embora os resultados sejam heterogêneos, por vezes modestos e dependentes da situação clínica [1–4]. Ferramentas eletrônicas aumentam o alcance potencial da informação, mas sua efetividade não pode ser presumida sem qualidade clínica e continuidade organizacional [5, 6].

Propõem-se as seguintes diretrizes para incorporação ao Manual Canaã: **(i)** sumário de alta clinicamente válido e compatível com padrões nacionais; **(ii)** separação clara de medicação hospitalar e domiciliar; **(iii)** identificação nominal de pendências e plano de ação; **(iv)** orientação compreensível e confirmação de entendimento; **(v)** referência segura e informada ao próximo serviço; **(vi)** contato pós-alta proporcional a risco e recursos; **(vii)** acesso digital com alternativa não digital; e **(viii)** monitoramento de resultados com método, transparência e revisão periódica.

O capítulo fundamenta as escolhas do programa, mas não substitui protocolos específicos de alta clínica, cirúrgica, de UTI, comunicação de resultado crítico ou reconciliação de medicamentos, que deverão ser formalizados nos capítulos e anexos próprios. Nenhuma integração municipal ou federal será tratada como operacional sem pactuação e homologação pertinentes.

SÍNTESE INSTITUCIONAL O Passaporte Digital de Saúde Canaã é instrumento de **continuidade assistencial**. Seu valor será demonstrado pela segurança da transição e pela capacidade de apoiar o seguimento, e não pelo volume de arquivos publicados ou pela complexidade tecnológica do portal.

Referências normativas e técnico-científicas

1. GONÇALVES-BRADLEY, D. C. et al. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2022;2:CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6. https://www.cochrane.org/evidence/CD000313_discharge-planning-hospital
2. TYLER, N. et al. Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023;6(11):e2344825. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.44825. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38032642/
3. JACK, B. W. et al. A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial. Ann Intern Med. 2009;150(3):178-187. DOI: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189907/
4. NAYLOR, M. D. et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA. 1999;281(7):613-620. DOI: 10.1001/jama.281.7.613. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10029122/
5. KRIPALANI, S. et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831-841. DOI: 10.1001/jama.297.8.831. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17327525/
6. KATTEL, S. et al. Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. J Patient Saf. 2020;16(1):e25-e33. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26741789/
7. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html ; How To Conduct a Postdischarge Followup Phone Call. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 dez. 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 out. 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 ago. 2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta no âmbito da RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/legislacao
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication safety in transitions of care. Technical report. Geneva: WHO; 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9
12. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Tool: Teach-Back. TeamSTEPPS, 2023. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/teachback.html
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 out. 2026. Institui a Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD). https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. WHO; 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705
15. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 set. 1990. Organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
16. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 ago. 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

Registro de apreciação e aprovação

Controle	Registro
Status	MINUTA PARA APROVAÇÃO — Capítulo 06, versão 0.1.
Data de elaboração	02/11/2026.
Capítulos anteriores	Capítulos 01 a 05 aprovados pelo responsável institucional.
Pontos para validação	Aderência clínica; compatibilidade com regimentos; adequação à capacidade assistencial; mecanismos de comunicação e pactuação com a RAS; aprovação da gestão de segurança/LGPD.
Aprovação deste capítulo	Pendente de análise e manifestação expressa.
Regra de controle	Revisões deste capítulo exigem nova versão. O desenvolvimento do Capítulo 07 terá início somente após aprovação do Capítulo 06.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 07

SEGURANÇA DO PACIENTE, COMUNICAÇÃO EFETIVA E PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Da informação clínica confiável ao fechamento do circuito de segurança na transição hospital–rede SUS

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICA PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 07
Título	Segurança do paciente, comunicação efetiva e prevenção de eventos adversos
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade inicial prevista	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de reativação sujeito a licenciamento, validações e pactuações aplicáveis
Código	PDSC-MAN-C07
Versão e data	0.1 | 02/11/2026
Natureza	Minuta técnico-assistencial para desenho do sistema de segurança; não configura POP implantado
Histórico editorial	Capítulos 01 a 06 aprovados pelo proponente; Capítulo 07 em apreciação
Validação necessária	Direção Técnica, NSP, CCIH/SCIH, enfermagem, farmácia, corpo clínico, qualidade, TI, proteção de dados e assessoria jurídica; pactuação externa quando cabível
Vigência operacional	Somente após aprovação, incorporação ao Plano de Segurança do Paciente, treinamento e formalização dos fluxos

Resumo executivo

O Passaporte Digital de Saúde Canaã deve incorporar barreiras de segurança capazes de reduzir erros de identificação, omissões de informações, discrepâncias medicamentosas, perda de resultados pendentes e falhas de encaminhamento após a alta. A mera publicação de uma ficha digital não constitui transferência segura do cuidado: é indispensável **verificar a qualidade clínica do conteúdo, identificar o destinatário, definir responsáveis e confirmar a execução das providências críticas**. Esses requisitos se articulam com o Programa Nacional de Segurança do Paciente e com o Plano de Segurança do Paciente do serviço [1–4].

Este capítulo converte evidências e recomendações internacionais — OMS, AHRQ, NICE e o programa I-PASS — em **requisitos operacionais propostos para o Canaã**. As metas de processo apresentadas são parâmetros candidatos para piloto, e não obrigações legais ou resultados alcançados. O desempenho deverá ser monitorado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com integração ao sistema institucional de incidentes e aprendizagem. O acesso ao portal não substitui a comunicação direta em situações de risco elevado [5–12].

Roteiro do capítulo

7.1 Finalidade, abrangência e método técnico

7.2 Segurança do paciente e cadeia causal na transição

7.3 Referenciais normativos brasileiros e internacionais
7.4 Taxonomia: risco, incidente, quase erro e evento adverso
7.5 Arquitetura das barreiras de segurança do Passaporte
7.6 Identificação positiva e prevenção da troca de documentos
7.7 Qualidade, completude e autoria da informação clínica
7.8 Comunicação efetiva, transferência de cuidado e circuito fechado
7.9 Ferramentas SBAR e I-PASS: indicação e limites
7.10 Medicações de alto risco, alergias e conciliação terapêutica
7.11 Resultados pendentes, achados críticos e confirmação de recebimento
7.12 Comunicação do plano ao paciente e método teach-back
7.13 Altas de maior risco: UTI, clínica, cirurgia e fragilidade
7.14 Nova urgência ou UPA: consulta segura e tempo crítico
7.15 Segurança digital, disponibilidade e integridade dos documentos
7.16 Algoritmo de priorização e escalonamento de alertas
7.17 Reconhecimento, contenção e notificação de incidentes
7.18 Investigação, aprendizagem organizacional e cultura justa
7.19 Governança assistencial e matriz de responsabilidades
7.20 Indicadores, método de auditoria e metas preliminares
7.21 Simulações clínicas e testes de segurança
7.22 Plano de capacitação e competências mínimas
7.23 Critérios de implantação segura e bloqueios de liberação
7.24 Síntese de diretrizes para aprovação institucional
Referências normativas e técnico-científicas
Registro de apreciação e aprovação

7.1 Finalidade, abrangência e método técnico

O presente capítulo define as condições mínimas de segurança a serem consideradas no desenho do Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC), desde a identificação correta do episódio hospitalar até a compreensão do plano terapêutico e sua utilização pelo próximo ponto de atenção. Envolve pacientes clínicos e cirúrgicos, pós-UTI, usuários de pronto-socorro, familiares e representantes autorizados, equipes internas e serviços externos que venham a participar de fluxos pactuados.

O método adotado é uma **síntese narrativa orientada à implantação**, fundamentada em legislação sanitária brasileira, materiais técnicos da OMS, AHRQ e NICE, e estudo multicêntrico de comunicação assistencial. Não representa revisão sistemática original nem laudo de conformidade do Hospital Canaã. As práticas propostas devem ser revisadas pelo NSP e transformadas em POPs, com testes de usabilidade e segurança previamente à operação [1–12].

Para evitar sobreposição documental, este capítulo estabelece a **política transversal de segurança e comunicação**; o Capítulo 8 tratará da preparação clínica da alta, e os capítulos 16–24 detalharão identificação, conteúdo, medicações, exames, sumário de alta, seguimento e pendências. O presente texto oferece requisitos, barreiras e métricas comuns a essas etapas.

7.2 Segurança do paciente e cadeia causal na transição

A segurança do paciente é entendida como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado. Uma transição inadequada pode produzir dano mesmo após atendimento hospitalar tecnicamente correto. Exemplo: o paciente melhora de insuficiência cardíaca e recebe alta, mas mantém em casa medicamento suspenso; ou o médico da UBS não recebe informação sobre exame pendente, atrasando o reconhecimento de complicação.

O encadeamento de risco costuma envolver: **falha de origem** (dado incorreto ou ausente) → **falha de transmissão** (documento não entregue ou inacessível) → **falha de interpretação** (linguagem ambígua, orientação confusa) → **falha de execução** (ninguém assume a tarefa) → **potencial dano** (duplicidade medicamentosa, atraso diagnóstico ou retorno evitável). O PDSC deve instalar controles em mais de um ponto dessa cadeia, sem depender exclusivamente de alertas ou da memória humana [5, 6, 8].

Etapa	Exemplo de falha	Barreira de segurança proposta
Origem	CID ou resumo vinculado ao paciente errado.	Conferência por dois identificadores, fonte única e auditoria da vinculação.
Revisão clínica	Prescrição de alta divergente da evolução.	Reconciliação, validação pelo médico e verificação de discrepâncias.
Disponibilização	Documento liberado sem assinatura ou com versão antiga.	Estado “pendente” até validação; versão e horário visíveis.
Transmissão	Contrarreferência enviada a destino incorreto.	Identificação do destino, canal permitido e rastreabilidade.
Recepção	Mensagem crítica não lida ou não confirmada.	Circuito fechado, escalonamento e registro da resposta.
Compreensão	Paciente não sabe sinais de alerta.	Orientação presencial e teach-back adaptado.
Seguimento	Exame pendente sem responsável designado.	Lista de pendências, responsável e prazo clínico.

7.3 Referenciais normativos brasileiros e internacionais

A Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e a RDC Anvisa nº 36/2013 estabeleceu ações de segurança nos serviços de saúde, incluindo NSP, Plano de Segurança do Paciente (PSP), gestão de riscos, comunicação

efetiva entre profissionais e entre serviços e participação do paciente e da família [1–3]. A aplicação concreta das disposições deve ser confirmada em conjunto com a versão normativa vigente e exigências da vigilância sanitária local.

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 instituiu o Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS, oferecendo referência oficial para campos do registro clínico. O alinhamento a essa especificação não equivale a integração ou autorização automática para consulta aos sistemas nacionais. A camada digital deverá respeitar qualidade, autenticidade, confidencialidade, disponibilidade e trilhas de acesso [13].

A OMS recomenda mecanismos de comunicação padronizada nas transferências e reconhece as transições como área prioritária de segurança medicamentosa. A NICE orienta organização do plano de alta, comunicação com equipe comunitária, informações claras ao paciente e definição de coordenador. Essas fontes orientam boas práticas, mas **não são normas brasileiras de cumprimento automático** [5–7, 9].

Referência	Contribuição operacional	Aplicação/limite
RDC Anvisa 36/2013	NSP, PSP, riscos, comunicação e incidentes.	Obrigação regulatória conforme abrangência da norma.
PNSP / protocolos MS	Práticas básicas e cultura de segurança.	Integração ao PSP e aos processos hospitalares.
Portaria 8.026/2025	Modelo nacional do Sumário de Alta.	Mapeamento de dados; integração futura depende de habilitação.
OMS 2021–2030; 2007; 2019	Estratégia global, handover e medicamentos.	Referências técnicas internacionais.
AHRQ TeamSTEPPS	I-PASS, comunicação em circuito fechado e teach-back.	Ferramentas adaptáveis, mediante treinamento.
NICE NG27	Coordenação, planejamento e comunicação da alta.	Guia externo para população com necessidades de cuidado social.

7.4 Taxonomia: risco, incidente, quase erro e evento adverso

Para fins de análise institucional, convém padronizar a nomenclatura: **risco** é condição capaz de gerar dano; **incidente** é evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário; **quase erro** é incidente interceptado antes de alcançar o paciente; **incidente sem dano** alcançou o paciente, mas não produziu dano identificável; **evento adverso** é incidente que resultou em dano. Essa classificação favorece investigação proporcional e comparação de séries históricas [3, 14].

Um arquivo de alta disponibilizado para a conta errada constitui, simultaneamente, evento de segurança da informação e potencial incidente assistencial; sua gravidade depende de exposição, acesso indevido e consequências clínicas. Uma dose errada identificada na conferência antes da entrega é quase erro e deverá alimentar

aprendizagem mesmo que não tenha causado dano. Eventos e notificações de dados pessoais devem seguir fluxos próprios além do sistema assistencial.

PRINCÍPIO DE CULTURA DE SEGURANÇA A notificação deve promover aprendizagem e prevenção, não caça a culpados. A eventual responsabilização por condutas dolosas, gravemente negligentes ou violações deliberadas de regras deverá seguir processo institucional justo e documentado.

7.5 Arquitetura das barreiras de segurança do Passaporte

Propõe-se um modelo de defesa em camadas, com barreiras **preventivas** (evitam criação do erro), **detectivas** (identificam divergências antes da liberação), **mitigadoras** (reduzem dano quando a falha alcança o paciente) e **recuperadoras** (permitem corrigir informação, acionar serviços e registrar lições). Uma arquitetura baseada em apenas um checklist pode falhar diante de fadiga, rotatividade ou interrupções.

- Preventivas: modelos estruturados de campos, identidade validada, listas clínicas vigentes e assinatura de documentos.
- Detectivas: verificação de alergias, análise de alterações medicamentosas, alertas para exames pendentes e revisão de consistência.
- Mitigadoras: orientações de sinais de alerta, plano de urgência, contatos válidos, acesso físico alternativo e comunicação direta quando necessária.
- Recuperadoras: retificação rastreável do documento, comunicação da correção, revisão de incidente e monitoramento de reincidência.

Alertas automáticos devem ser calibrados: excesso de avisos produz fadiga e risco de ignorar o que é importante. A classificação de criticidade, a frequência de alertas e o profissional destinatário precisam de validação multiprofissional antes da ativação. **Nenhum modelo de inteligência artificial deverá liberar diagnóstico, alterar prescrição ou comunicar resultado crítico de forma autônoma sem validação clínica definida.**

7.6 Identificação positiva e prevenção da troca de documentos

A identificação segura deve acompanhar o episódio desde o PEP/HIS até a camada web. O protocolo de identificação do Ministério da Saúde sustenta o uso de identificadores apropriados para reduzir trocas de paciente [4]. No PDSC, recomenda-se confrontar **pelo menos dois identificadores consistentes**, conforme regras internas, além do identificador único do episódio e do emissor do registro.

CPF e Cartão Nacional de Saúde podem integrar os campos institucionais segundo finalidade e base legal; devem ser tratados como dados protegidos, não como senha ou elemento de autenticação isolado. Homônimos, registros duplicados, nomes sociais,

mudança de dados cadastrais e pacientes sem documentação regular exigem protocolos de resolução sem impedir a assistência.

Situação	Controle requerido	Conduta em inconsistência
Homônimo	Dois identificadores + vínculo com número do episódio.	Suspender liberação até reconciliação do cadastro.
Mudança cadastral	Histórico de vinculações e trilha de alteração.	Validar identidade sem apagar histórico clínico.
Representante familiar	Verificação de autorização ou fundamento jurídico cabível.	Não habilitar visualização com mera alegação verbal.
Documento corrigido	Versão nova, data/hora, autor e registro de retificação.	Identificar documento anterior como substituído e comunicar correção relevante.
Código de compartilhamento	Expiração, escopo mínimo e autenticação quando aplicável.	Não expor exames nem diagnóstico por QR público.

7.7 Qualidade, completude e autoria da informação clínica

Uma transferência segura exige **exatidão, atualização, pertinência, rastreabilidade e legibilidade**. O documento de alta deve distinguir diagnósticos confirmados de hipóteses em investigação; medicações em uso de medicações administradas exclusivamente durante internação; exames concluídos de exames pendentes; e orientações gerais de decisões individualizadas. Não se recomenda copiar automaticamente, sem revisão, extensos textos do prontuário para o Passaporte.

A autoria profissional, as datas, a origem de cada resultado e o estado de validação devem acompanhar os elementos relevantes. Em caso de divergência entre evolução, prescrição e laudo, o sistema pode bloquear a publicação clínica até esclarecimento. O paciente deverá visualizar uma versão compreensível, preservando acesso aos documentos assinados e à informação técnica integral em formato adequado.

Propõe-se rastreabilidade por registro de criação, atualização, validação, disponibilização, retirada ou retificação, sem apagar o histórico técnico. Conteúdo clínico sensível poderá requerer comunicação assistida — especialmente resultados anatomopatológicos relevantes, diagnósticos graves ou achados inesperados — sem restrição arbitrária dos direitos do paciente.

7.8 Comunicação efetiva, transferência de cuidado e circuito fechado

O envio unilateral de um PDF por portal, e-mail ou sistema eletrônico **não prova recebimento nem compreensão**. A AHRQ descreve a passagem de cuidado como transmissão de informações e responsabilidades, com confirmação de que o receptor

tomou conhecimento, principalmente em tarefas de alta criticidade [8, 10]. No SUS, a transferência formal de responsabilidade clínica depende dos papéis e fluxos efetivamente pactuados; o envio de contrarreferência não substitui a avaliação pela unidade de destino.

Adota-se, como proposta, um ciclo de comunicação: **(1) identificar o risco; (2) definir destinatário e canal autorizado; (3) transmitir conteúdo essencial; (4) obter confirmação quando exigida; (5) registrar providência e responsável; (6) escalar a ausência de resposta dentro do prazo clínico.** O tempo máximo não será uniforme: deverá ser proporcional à urgência, complexidade e capacidade do serviço de destino.

Modalidade	O que comprova	O que não comprova
Documento acessível no portal	Existência de versão publicada para conta autenticada.	Leitura, compreensão ou ação clínica.
Aviso eletrônico enviado	Tentativa de envio pelo canal designado.	Entrega efetiva ou revisão do conteúdo.
Confirmação de recebimento	Destinatário/sistema declarou recepção.	Adoção da conduta ou consulta realizada.
Resposta clínica documentada	Profissional informou análise e providência.	Resultado final do tratamento, se ainda pendente.
Consulta executada	Atendimento no destino, quando rastreável.	Ausência de complicações subsequentes.

7.9 Ferramentas SBAR e I-PASS: indicação e limites

A técnica **SBAR** (Situação, Contexto, Avaliação e Recomendação) é útil em comunicação rápida entre profissionais, principalmente diante de mudança aguda ou alerta relevante. O **I-PASS** estrutura o handoff com gravidade, resumo do paciente, lista de ações, percepção situacional/contingências e síntese pelo receptor. Ambos devem ser ensinados e observados como ferramentas de processo, não apenas acrescentados ao PEP como formulário [8, 11].

No estudo multicêntrico de Starmer e colaboradores, a implantação de um conjunto de ações I-PASS em nove hospitais foi associada a redução relativa de **23% nos erros médicos** e de **30% nos eventos adversos evitáveis** (10.740 admissões). O desenho foi intervencionista antes–depois, em cenários hospitalares com residentes; a magnitude não pode ser extrapolada diretamente para a alta do Hospital Canaã ou para o portal digital [12].

Ferramenta	Uso recomendado no Canaã	Exemplo resumido
SBAR	Contato rápido com UBS/UPA, laboratório ou médico por alerta agudo.	Situação: K+ crítico. Contexto: alta recente. Avaliação: risco arrítmico. Recomendação: avaliação imediata.
I-PASS	Handoff complexo entre unidades	Gravidade; síntese; tarefas e responsáveis;

Ferramenta	Uso recomendado no Canaã	Exemplo resumido
	e equipes, inclusive transição pós-UTI.	contingências; confirmação pelo receptor.
Check-back	Ordens críticas, resultados, dose e destino de transferência.	O receptor repete a informação e o emissor confirma.
Teach-back	Orientações ao paciente/cuidado domiciliar.	Paciente explica como tomará o medicamento e quando procurará a urgência.

DECISÃO DE PADRONIZAÇÃO Sugere-se I-PASS para handoff profissional de maior complexidade; SBAR para contatos objetivos; check-back para fechar ordens e mensagens críticas; teach-back para verificar a compreensão do paciente. O uso será disciplinado em POP e treinado em simulações.

7.10 Medicações de alto risco, alergias e conciliação terapêutica

A OMS identifica as transições de cuidado como momento prioritário para prevenção de dano por medicamentos, especialmente na presença de polifarmácia e medicamentos de maior risco [6, 7]. A medicação registrada no Passaporte deverá separar **tratamento domiciliar anterior**, **tratamentos utilizados na internação** e **prescrição vigente após a alta**, incluindo alterações deliberadas e suspensões, quando clinicamente relevantes.

É recomendado aplicar reconciliação priorizada ao risco em pacientes com anticoagulantes, insulinas, opioides, anticonvulsivantes, imunossupressores e outros medicamentos selecionados pelo serviço, sem considerar a lista exaustiva. A lista de alergias deve diferenciar alergia confirmada, reação adversa conhecida e informação incerta; a omissão ou falsa classificação pode induzir erro grave. A validação clínica e farmacêutica, conforme atribuições locais, será documentada.

Falha de medicação	Controle recomendado	Evidência auditável
Duplicidade de princípio ativo	Conciliação de lista prévia versus prescrição de alta.	Discrepância resolvida ou justificada.
Medicação suspensa reaparece	Campo específico “suspenso/alterado” com justificativa relevante.	Documento reconciliado pelo prescritor.
Dose ou duração ambígua	Prescrição estruturada com via, frequência e prazo.	Conferência de legibilidade e assinatura.
Alergia ignorada	Revisão de alergias com checagem cruzada.	Registro de status e histórico da reação.
Barreira de compreensão	Teach-back e plano impresso quando necessário.	Registro da orientação e adaptação.

7.11 Resultados pendentes, achados críticos e confirmação de recebimento

Resultados liberados depois da alta são fonte particular de risco porque o encerramento da internação não encerra automaticamente a responsabilidade de acompanhamento das pendências geradas naquele episódio. Antes da alta, o profissional responsável deve revisar **exames solicitados ainda sem resultado**, registrar motivo e expectativa de liberação, identificar responsável pela revisão, método de contato e ação prevista caso o resultado seja crítico.

Resultados críticos devem seguir protocolo que inclua **revisão por profissional habilitado, comunicação tempestiva pelo canal clínico apropriado, tentativa de contato e escalonamento registrado**. Publicar automaticamente resultado de anatomopatológico importante no portal sem processo de comunicação não é suficiente. A intensidade da resposta dependerá do significado clínico; não se deve prometer que todo resultado será discutido por chat.

O PDSC deverá diferenciar estados: “solicitado”; “aguardando laudo”; “laudo disponível para revisão”; “revisado”; “comunicado”; “providência definida”; e “encerrado”. Os estados e prazos devem ser visualizados pela equipe com permissões adequadas. A lista não autoriza prescrever condutas automáticas por IA nem substitui canais institucionais de exames críticos.

7.12 Comunicação do plano ao paciente e método teach-back

A informação segura precisa ser **clinicamente correta e operacionalmente compreensível**. A AHRQ recomenda o teach-back: após explicar medicamentos, sinais de alerta ou cuidados, o profissional solicita que o paciente ou cuidador descreva o plano com as próprias palavras; dúvidas são esclarecidas e a compreensão é novamente conferida. Perguntar apenas “o senhor entendeu?” é insuficiente como método de verificação [15].

O roteiro inicial de alta deve priorizar: motivo da internação em linguagem simples; tratamentos mais importantes; medicamentos que serão usados em casa e os suspensos; cuidados com feridas/dispositivos; sinais de agravamento; serviço e prazo de retorno; contatos apropriados; e forma de acessar o Passaporte. A equipe deverá confirmar se o paciente consegue visualizar o documento ou se necessita de via física.

Para pessoas idosas, com dificuldade visual, auditiva, cognitiva, baixa alfabetização ou barreira de idioma, a abordagem será adaptada e documentada. O programa não deverá induzir dependência de smartphone. A inclusão digital e a proteção do acesso por representantes serão aprofundadas em POP específico, de acordo com o Capítulo 4 aprovado.

7.13 Altas de maior risco: UTI, clínica, cirurgia e fragilidade

O perfil assistencial planejado do Hospital Canaã inclui **30 leitos de UTI adulto e 92 leitos de internação**, com atendimento clínico-cirúrgico. A transição pós-UTI pode envolver debilidade funcional, reconciliação de terapias complexas, necessidade de reabilitação e novos dispositivos. Em pacientes clínicos com multimorbidades, a combinação de condições e polifarmácia exige revisão de metas e sinais de alerta. Em pacientes cirúrgicos, as prioridades incluem complicações da ferida, drenagens, anticoagulação quando aplicável, analgesia e revisão do cirurgião.

No modelo de cogestão clínico-cirúrgica planejado, **o cirurgião titular acompanha e decide a alta do paciente cirúrgico**, enquanto o hospitalista participa da avaliação e da prescrição de rotina conforme atribuições formalizadas. A produção do Passaporte deve respeitar essa titularidade e registrar as contribuições multiprofissionais, sem criar uma autoria genérica de um sistema informatizado.

Perfil de risco	Pontos de verificação antes da alta	Plano de contingência
Pós-UTI com limitação funcional	Deambulação, suporte, terapia, dispositivos, cuidador, reabilitação.	Destino viável e instruções específicas; sinalização de necessidade de suporte.
Clínico com insuficiência cardíaca/DM	Medicação reconciliada, automonitoramento, exames pendentes, sinais de descompensação.	Orientação de retorno e UBS/especialidade conforme necessidade.
Pós-operatório	Procedimento, ferida, profilaxia, restrições, revisão, sinais de infecção/hemorragia.	Contato correto com equipe e procura de urgência quando indicado.
Pessoa vulnerável sem rede de apoio	Compreensão, cuidador, acesso a medicamentos, meios de transporte e documentos.	Acionamento de equipe social e alternativa impressa/assistida.

7.14 Nova urgência ou UPA: consulta segura e tempo crítico

Em um atendimento futuro na UPA, o Passaporte poderá fornecer ao médico um resumo confiável de internações recentes, procedimentos, alergias, medicamentos vigentes, achados relevantes e recomendações. A **visualização pelo paciente** é viável como proposta de portal; a **consulta direta institucional pelo profissional** dependerá de autenticação, autorização e integrações efetivamente pactuadas. Nenhuma das duas modalidades deve provocar atraso no acolhimento e nas medidas de estabilização de urgência.

Recomenda-se organizar a primeira tela clínica, quando autorizado, por hierarquia de risco: alergias graves, medicações relevantes, internação/cirurgia recente, diagnósticos críticos, dispositivos, pendências e documento integral. Um PDF volumoso não oferece a mesma utilidade de um resumo de risco conciso. A informação histórica deve mostrar

data e horário da última atualização, pois um medicamento válido há três meses pode não ser válido no atendimento atual.

7.15 Segurança digital, disponibilidade e integridade dos documentos

Embora a segurança cibernética seja aprofundada nos Capítulos 31–35, há requisitos assistenciais imediatos: autenticação proporcional ao risco, autorização por perfil, trilha de acesso, proteção contra alteração não autorizada, assinatura e verificabilidade dos documentos, controle de versões e rotinas de contingência. Incidentes de confidencialidade e integridade podem converter-se em eventos assistenciais se levarem a tratamento incorreto.

Se o portal estiver indisponível no dia da alta, deve existir **continuidade operacional com cópia clínica válida**, entregue ao paciente e registrada no prontuário. A interrupção da tecnologia não justifica deixar de orientar, prescrever ou assegurar acesso posterior aos exames. Integração com RNDS/e-SaúdeSP será tratada como capacidade pretendida até que haja pactuação, testes, homologação e efetiva disponibilidade.

7.16 Algoritmo de priorização e escalonamento de alertas

A implantação deverá distinguir alertas **informativos**, **importantes**, **urgentes** e **críticos**, conforme avaliação de risco do próprio serviço. O rótulo tem finalidade operacional e não é classificação legal. Cada categoria exige um canal, responsável e tempo de resposta calibrados. Aviso dentro do portal não deve ser o único meio de comunicação para condições de risco imediato.

Criticidade proposta	Exemplo de conteúdo	Canal/medida mínima
Informativa	Documento novo disponível sem achado de urgência.	Notificação segura e acesso ao portal.
Importante	Pendência com revisão clínica programada.	Fila de tarefas com responsável e prazo definido.
Urgente	Resultado relevante exigindo contato e reavaliação breve.	Comunicação ativa, confirmação e registro de escalonamento.
Crítica	Achado com risco imediato de dano grave.	Protocolo assistencial urgente, comunicação por voz/contato direto e orientação de urgência pertinente.

Os prazos específicos de retorno, por exemplo em minutos ou horas, **não podem ser fixados de forma universal neste capítulo**. Serão definidos em protocolos por especialidade, matriz de criticidade e capacidade de atendimento, com simulação e

aprovação do NSP e direção técnica. Um contato por WhatsApp institucional não configura monitoramento 24 horas nem serviço de emergência.

7.17 Reconhecimento, contenção e notificação de incidentes

Qualquer profissional que identifique falha de comunicação, conteúdo clínico incorreto, documento de paciente errado, atraso de resultado ou perda de pendência deve acionar o fluxo de segurança. A primeira prioridade é **conter o risco e proteger o paciente**: suspender acesso a documento incorreto, corrigir conduta, buscar avaliação clínica e acionar serviços necessários. A investigação não pode atrasar medidas assistenciais urgentes.

Pela RDC nº 36/2013, o NSP monitora incidentes e eventos adversos. A Anvisa orienta notificação por meio do sistema aplicável até o **15º dia útil do mês subsequente** para os demais incidentes/eventos adversos e **até 72 horas** para os eventos adversos associados a óbito, conforme a regra e orientações vigentes [3, 16]. O enquadramento de cada ocorrência deverá ser avaliado pelo NSP; incidentes de dados pessoais podem exigir comunicações adicionais, em fluxo separado definido com o encarregado/LGPD.

Fase	Ação	Responsabilidade de referência
Detecção	Registrar evento e gravidade presumida.	Profissional que identifica, canal de incidentes.
Contenção	Interromper exposição/erro; avaliar paciente; comunicar equipe.	Responsável assistencial e liderança imediata.
Investigação inicial	Preservar versões, logs, linha do tempo e informações clínicas.	NSP com TI, direção e áreas implicadas.
Notificação externa	Verificar enquadramento e prazo de Anvisa/outros órgãos.	NSP, jurídico/LGPD quando necessário.
Correção	Retificar documento, comunicar afetados conforme plano.	Autor clínico, TI e gestão assistencial.
Aprendizagem	Analisar causas, implementar barreiras e reavaliar.	NSP/qualidade e comitês pertinentes.

7.18 Investigação, aprendizagem organizacional e cultura justa

Falhas raramente decorrem de uma única pessoa. A análise deve examinar fatores humanos, sistema, interface digital, dupla jornada, alertas, carga de trabalho, ausência de padronização, acesso a dados e comunicação com o serviço de destino. Recomenda-se triagem pela gravidade/potencial de dano e investigação proporcional, com cronologia dos fatos e identificação de barreiras que falharam, evitando restringir a ação corretiva a “orientar a equipe”.

Medidas de melhoria podem incluir restrição de campos livres, modificação de interface, automação de conferências, revisão de permissões, treinamento simulado e definição clara de responsável pela tarefa. A efetividade deve ser testada em auditoria posterior, verificando se a falha se tornou menos provável. A cultura justa combina segurança psicológica para reportar falhas com regras claras de responsabilidade e não tolera ocultação deliberada ou exposição indevida de dados.

7.19 Governança assistencial e matriz de responsabilidades

O PDSC deverá estar **subordinado às políticas de segurança do Hospital Canaã**, articulando-se ao NSP, direção técnica, enfermagem, farmácia, serviços diagnósticos, equipes assistenciais, qualidade, TI e proteção de dados. Um Comitê Gestor do Passaporte, se formalmente constituído, executará melhorias, mas não substituirá o NSP nem a autoridade técnica dos profissionais de saúde.

Ator institucional	Responsabilidade prioritária	Limite de atuação
Direção Técnica	Aprovar diretrizes clínicas, supervisionar responsabilidades e garantir condição de implantação.	Não dispensar validações específicas por especialidade.
NSP / Qualidade	Integrar riscos ao PSP, investigar incidentes, auditar controles e indicadores.	Não substituir decisão terapêutica do médico.
Médico titular da alta	Validar sumário, prescrição, pendências e plano de seguimento.	Autoria clínica preservada; não delegar à IA.
Enfermagem	Orientar, conferir compreensão, registrar necessidades e barreiras.	Escalonar alterações terapêuticas ao prescritor.
Farmácia clínica	Revisar conciliação e medicamentos de risco segundo escopo local.	Atuar conforme estrutura e regulamentação profissional.
Laboratório / imagem	Laudos confiáveis, alertas críticos e rastreabilidade de comunicação.	Não pressupor que publicação equivale à revisão clínica.
TI / Segurança da informação	Integridade, autenticação, disponibilidade, logs, recuperação e correções.	Não definir conduta clínica ou destino regulatório.
Serviço social / coordenação de alta	Barreiras sociais, apoio, destino, mediação da transição.	Agendamento externo somente por canais habilitados.

7.20 Indicadores, método de auditoria e metas preliminares

Os indicadores deverão combinar **processos, resultados, equilíbrio e equidade**, com denominadores explícitos, estratificação por perfil clínico e auditoria de integridade. As metas abaixo são **propostas de partida para piloto**, a serem aprovadas após medir a linha de base; não derivam de comando normativo e não representam desempenho efetivo do Hospital Canaã.

Indicador / fórmula operacional	Fonte / periodicidade	Interpretação e limite
Sumário válido na alta = altas com documento assinado e disponível / altas elegíveis ×100.	PEP e portal; semanal/mensal.	Mede processo; não garante compreensão.
Conciliação documentada = altas prioritárias com revisão registrada / altas prioritárias ×100.	PEP/farmácia; mensal.	Estratificar por uso de medicamentos de risco.
Pendências com responsável = exames pendentes com responsável e plano / exames pendentes ×100.	LIS/RIS + tarefas; semanal.	Denominador por exame, não por paciente.
Comunicações críticas confirmadas = comunicações com aceite documentado / comunicações críticas enviadas ×100.	Logs assistenciais; mensal.	Separar entrega, leitura e ação clínica.
Orientação compreendida = pacientes elegíveis com teach-back registrado / elegíveis ×100.	Checklist; mensal.	Avaliar adaptação e não mera assinatura.
Documentos retificados = documentos clínicos corrigidos pós-publicação / documentos publicados ×1.000.	Log de versões; mensal.	Interpretar com cautela: notificações podem aumentar com cultura positiva.
EA ligados à transição = eventos confirmados de transição / altas ×1.000.	NSP; trimestral.	Vulnerável à subnotificação e mudanças no perfil clínico.
Reatendimento 7/30 dias = pessoas com novo atendimento no período / altas analisáveis ×100.	Dados acessíveis; trimestral.	Não equivale automaticamente a falha evitável da alta.

Na fase piloto, sugere-se **100% de verificação de identidade antes da publicação e 100% dos documentos de alta com assinatura clínica** como critérios de segurança a serem buscados; a aferição real poderá identificar exceções e exigir plano corretivo. Para outros indicadores, recomenda-se estabelecer linha de base de 60–90 dias ou período suficiente para viabilidade estatística, com amostragem documentada e avaliação de risco. Metas numéricas definitivas dependem de pactuação e capacidade operacional.

7.21 Simulações clínicas e testes de segurança

Antes da liberação operacional, realizar simulações integradas com prontuário de testes, portal, equipes e processos de comunicação. Deve-se avaliar tanto se a função funciona corretamente quanto **o comportamento do sistema quando algo dá errado**: cadastro duplicado, indisponibilidade do portal, falha na assinatura, alteração de dose depois da publicação, resposta não recebida e usuário não autorizado tentando abrir um documento.

Cenário simulado	Risco testado	Critério de aceite proposto
Paciente homônimo	Exposição de documento errado.	Bloqueio da publicação diante de inconsistência; revisão de identidade.
Anticoagulante suspenso	Uso duplicado ou continuidade indevida.	Mudança explícita na receita e no plano; conciliação rastreável.

Cenário simulado	Risco testado	Critério de aceite proposto
Anatomopatológico pós-alta	Resultado importante sem acompanhamento.	Responsável, estado de pendência, revisão e comunicação protocolada.
Portal indisponível	Alta sem documentos ou orientação.	Versão impressa válida e registro de contingência.
Nova UPA sem integração	Suposição de acesso institucional inexistente.	Paciente consegue apresentar documentação; equipe não promete integração.
Cuidador sem autorização	Acesso indevido aos dados.	Negação e registro de tentativa; fluxo de representação.
Alerta crítico ignorado	Falha de escalonamento.	Novo canal/responsável acionado conforme regra validada.

7.22 Plano de capacitação e competências mínimas

O treinamento deverá abranger **competências clínicas**, **comunicação**, **uso seguro da tecnologia** e **condutas frente a incidentes**. Capacitar apenas operadores do portal não é suficiente. Médicos precisam entender autoria, revisão de sumário, reconciliação e resultados pendentes; enfermagem, orientação e teach-back; serviços de apoio, comunicação de achados críticos; TI, bloqueios de segurança e trilhas de auditoria.

Propõe-se ciclo de implantação com aula conceitual, demonstração de fluxos, simulação de casos e avaliação de competência em ambiente de teste. Profissionais recém-admitidos ou transferidos de setor devem receber treinamento antes de operar funções críticas. A necessidade de reciclagem periódica deverá ser definida por risco, incidentes e mudanças no sistema, com lista de presença e evidências de proficiência.

7.23 Critérios de implantação segura e bloqueios de liberação

O Comitê Gestor, a direção e o NSP deverão estabelecer condições de **go/no-go** antes do piloto. A ausência de um componente crítico deve impedir publicar dados de pacientes reais até correção. Em especial, não se recomenda operação com perfis de acesso indefinidos, documentos sem autoria, ausência de mecanismo de correção, impossibilidade de auditabilidade ou inexistência de alternativa segura quando o portal falhar.

Critério de prontidão	Evidência verificável	Decisão proposta
Identidade e autorização	Testes com homônimos, representantes e acesso indevido.	Bloquear se houver exposição cruzada.
Validação do sumário	Assinatura do médico, origem dos dados e versão do documento.	Bloquear liberação clínica sem assinatura.
Reconciliação e	Fluxo funcional, responsável e testes de erros.	Restringir perfis/linhas até

Critério de prontidão	Evidência verificável	Decisão proposta
pendências		adequação.
Achados críticos	Canais e escalonamentos testados com profissionais.	Bloquear uso do recurso para achados críticos se não houver fluxo seguro.
Contingência e suporte	Protocolo impresso e canal interno de suporte.	Não liberar sem alternativa assistencial.
NSP e gestão de incidentes	Procedimento de notificação, investigação e monitoramento.	Exigir validação formal antes do piloto.
Inclusão e acessibilidade	Testes com idosos, pessoas com deficiência e sem conectividade.	Corrigir barreiras que impeçam acesso a documentos essenciais.

7.24 Síntese de diretrizes para aprovação institucional

A segurança do paciente deve ser componente estruturante do Passaporte Digital de Saúde Canaã, e não módulo acrescentado após o desenvolvimento do software. Uma alta segura requer informação correta, comunicada por canal apropriado, compreendida por quem executará cuidados e vinculada a responsáveis por pendências. O portal pode amplificar esse processo, mas também pode amplificar o dano se publicar dados errados, desatualizados ou sem controle de acesso.

As decisões institucionais propostas são: (i) submeter os controles ao NSP; (ii) adotar comunicação padronizada e de circuito fechado em situações de risco; (iii) formalizar revisão de medicações e exames pendentes; (iv) estabelecer processos de correção de documentos e rastreabilidade; (v) incluir educação com verificação de entendimento; (vi) testar contingências e acessibilidade; e (vii) condicionar a implantação a auditoria, treinamento e governança clínica. **Não se devem prometer reduções de erros ou reinternações antes de avaliação prospectiva do programa**.

DIRETRIZ DE ALTO VALOR A alta não é segura porque um documento está disponível; é mais segura quando a informação é clinicamente válida, o paciente entende os próximos passos, as pendências têm responsável e comunicações críticas são efetivamente recebidas e conduzidas.

Referências normativas e técnico-científicas

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portal oficial: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/portarias

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: identificação, medicações, cirurgia segura, quedas, higiene das mãos e prevenção de lesão por pressão. Atualização do portal em 23 mar.

2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente

[3] BRASIL. Anvisa. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Segurança do paciente em serviços de saúde; arts. 7º–10. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Portal oficial (atualização em 23 mar. 2026). https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

[5] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO, 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

[6] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, vol. 1, solution 3. Geneva: WHO, 2007. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions

[7] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication safety in transitions of care. Geneva: WHO, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[8] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). TeamSTEPPS: Handoff; I-PASS; Communication Overview. Rockville: AHRQ, 2023. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/ipass.html

[9] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). NG27 — Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. Recommendations. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/chapter/Recommendations

[10] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Tool: Handoff. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/handoff.html

[11] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Tool: Check-Back (or Repeat-Back); TeamSTEPPS Communication. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/checkback.html

[12] STARMER, A. J. et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. N Engl J Med. 2014;371:1803–1812. doi:10.1056/NEJMsa1405556. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1405556

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025. Institui o Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[14] BRASIL. Anvisa. Pacientes pela Segurança do Paciente: conceitos e notificação de incidentes. Atualizado em mar. 2026. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/paciente-pela-seguranca-do-paciente

[15] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Tool: Teach-Back. Rockville: AHRQ, 2023. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/teachback.html

[16] BRASIL. Anvisa. Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde — perguntas frequentes e prazos. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/servicos-de-saude/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude

[17] BRASIL. Anvisa. Núcleos de Segurança do Paciente — perguntas frequentes. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/servicos-de-saude/nucleos-de-seguranca-do-paciente

[18] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication Without Harm — Global Patient Safety Challenge. https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm

[19] AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 3rd ed.; Tool 5: Teach-Back. https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/guide/index.html

Data de consulta e corte editorial: 02 de novembro de 2026. As referências normativas e eventuais alterações posteriores devem ser reconferidas na aprovação e antes da

implantação. O uso de protocolos internacionais é orientativo, com adaptação ao contexto brasileiro e às diretrizes profissionais aplicáveis.

Registro de apreciação e aprovação

Etapa	Responsável / campo para preenchimento	Data / situação
Elaboração técnico-editorial	Equipe de desenvolvimento institucional — Instituto de Ciências Médicas Canaã	02/11/2026 | Minuta 0.1
Revisão clínica	Direção Técnica / representantes clínicos	A preencher
Revisão de segurança	Núcleo de Segurança do Paciente / Qualidade	A preencher
Revisão de dados e tecnologia	TI / Encarregado de dados / Jurídico	A preencher
Aprovação institucional	Representante autorizado do Instituto de Ciências Médicas Canaã	A preencher

Dependências para os próximos capítulos: Cap. 8 — Alta responsável; Cap. 16 — Identificação; Cap. 18 — Conciliação medicamentosa; Cap. 20 — Sumário de Alta; Cap. 24 — Exames pendentes; Cap. 35 — Incidentes de segurança; Cap. 38 — Indicadores; e anexos operacionais 03, 05, 08, 13 e 14.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 08

ALTA RESPONSÁVEL E CRITÉRIOS DE PREPARAÇÃO SEGURA DA SAÍDA HOSPITALAR

Da decisão clínica à transição efetiva para a atenção primária, especializada e urgência do SUS

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 08
Título	Alta responsável e critérios de preparação segura da saída hospitalar
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã — São Paulo/SP (projeto de reativação; implantação condicionada a licenciamento e pactuação institucional)
Código	PDSC-MAN-C08
Versão/data	0.1 | 02/11/2026
Natureza e status	Minuta institucional, não vigente como protocolo ou POP implantado
Estado do manual	Capítulos 01 a 07 aprovados pelo proponente; Capítulo 08 submetido à aprovação
Validação futura	Direção Técnica, corpo clínico, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, NSP, Gestão de Leitos, TI/LGPD e jurídico
Critério de entrada em vigor	Aprovação formal, transformação das recomendações em POPs, treinamento e testes de funcionamento; pactuação da rede quando aplicável

Resumo executivo

A alta hospitalar é um **ato médico inserido em um processo multiprofissional e interinstitucional de transferência do cuidado**. O Hospital Canaã deverá distinguir a aptidão clínica para deixar a unidade, a preparação assistencial, a liberação administrativa e a continuidade na rede. O Passaporte Digital de Saúde Canaã será o instrumento de disponibilização e compartilhamento seguro de informações essenciais, **não** o substituto da avaliação clínica nem a prova automática de que o encaminhamento foi recebido ou executado.

A proposta toma por base a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), especialmente o art. 16 da Portaria GM/MS 3.390/2013; o modelo de Sumário de Alta da Portaria GM/MS 8.026/2025; a Resolução CFM 2.381/2024; a RDC Anvisa 36/2013 e as referências sobre transição assistencial da OMS, NICE e AHRQ [1–11]. Prazos, pontuações de risco e indicadores sugeridos neste capítulo são **parâmetros institucionais preliminares**, sujeitos a deliberação técnica; não devem ser confundidos com obrigações legais universais.

Sumário do capítulo

8.1 Finalidade, escopo e interface com os capítulos anteriores

8.2 Conceito de alta responsável e cadeia de responsabilidade

8.3 Referências normativas e hierarquia das exigências

8.4 Etapas da alta: decisão clínica, prontidão e transição
8.5 Planejamento desde a admissão e gestão antecipatória
8.6 Critérios gerais de estabilidade e segurança clínica
8.7 Avaliação funcional, psicossocial e barreiras de acesso
8.8 Estratificação de risco de transição e priorização
8.9 Atribuições do médico titular, hospitalista e equipe multiprofissional
8.10 Checklist clínico-assistencial antes da alta
8.11 Conciliação medicamentosa e prescrição de alta
8.12 Exames pendentes, laudos críticos e responsabilidade de revisão
8.13 Requisitos do Sumário de Alta e validação documental
8.14 Plano individual de continuidade: tratamento, seguimento e contingência
8.15 Educação do paciente e verificação da compreensão
8.16 Contrarreferência segura à UBS e à atenção especializada
8.17 Protocolos específicos: clínica médica, cirurgia, pós-UTI e fragilidade
8.18 Alta complexa, cuidados paliativos, atenção domiciliar e vulnerabilidade
8.19 Pacientes sem acesso digital, representantes e via impressa
8.20 Interface operacional com o Passaporte Digital Canaã
8.21 Pós-alta: acompanhamento, resultados e comunicação
8.22 Alta a pedido, evasão e recusa de cuidados
8.23 Matriz de riscos, bloqueios e escalonamento
8.24 Indicadores, auditoria e melhoria contínua
8.25 Simulações, critérios de implantação e governança
8.26 Diretrizes para aprovação institucional
Referências normativas e técnico-científicas
Registro de apreciação e aprovação

8.1 Finalidade, escopo e interface com os capítulos anteriores

Este capítulo transforma a filosofia de continuidade assistencial do Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC) em critérios de planejamento, conferência e liberação segura da saída hospitalar. O escopo abrange altas das enfermarias, pacientes egressos de UTI, pacientes cirúrgicos, transferências para serviços de outro nível de complexidade e situações especiais. Não substitui protocolos clínicos específicos de cada doença ou o julgamento individual do médico responsável.

A integração proposta com os capítulos já aprovados é intencional: o Capítulo 4 fixa a inclusão digital; o Capítulo 5 estabelece articulação com a Rede de Atenção à Saúde; o Capítulo 6 fundamenta as transições; e o Capítulo 7 disciplina a segurança e a comunicação efetiva. Aqui se define **o momento operacional de produção, validação e entrega do plano de continuidade**, preservando a futura elaboração de POPs e anexos específicos.

8.2 Conceito de alta responsável e cadeia de responsabilidade

A PNHOSP define alta responsável como transferência do cuidado apoiada em **orientação do paciente/família**, **articulação com outros pontos de atenção** e, quando cabível, **mecanismos de desospitalização pactuados** [1,2]. A orientação adequada não pode ser confundida com encaminhamento efetivo: cada etapa precisa ter destinatário, conteúdo, responsável e evidência de execução.

No fluxo Canaã, a decisão clínica de alta permanece com o médico responsável, mas a concretização segura depende da equipe de enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social, nutrição, coordenação de alta e demais profissionais conforme as necessidades. O coordenador de alta articula o processo; não assume a titularidade médica nem cria obrigação de atendimento para uma UBS ou ambulatório que ainda não tenha recebido ou aceitado o encaminhamento.

Dimensão	Ato ou produto	Responsável primário / cuidado
Alta clínica	Decisão de saída, condições clínicas, limites e contraindicações.	Médico assistente titular, com registro em prontuário.
Alta multiprofissional	Avaliação de autonomia, dispositivos, terapia, cuidador e vulnerabilidades.	Profissionais habilitados, com coordenação do processo.
Alta documental	Sumário assinado, receitas, resultados, plano e orientações.	Médico para documentos clínicos; equipe confere completude e entrega.
Alta logística	Transporte, equipamentos, medicação, apoio e destino seguro.	Coordenação de alta/serviço social/enfermagem conforme atribuições.
Transição na rede	Contrarreferência, prioridade, contato e ações após a alta.	Equipe hospitalar no encaminhamento; serviço receptor assume assistência apenas segundo sua competência e pactuação.

8.3 Referências normativas e hierarquia das exigências

O projeto deverá diferenciar **obrigações legais**, **diretrizes técnico-científicas** e **regras internas propostas**. A Lei 8.080/1990 fundamenta integralidade e organização do SUS; a Portaria GM/MS 3.390/2013 estabelece diretrizes de alta responsável; a Portaria GM/MS 1.604/2023 disciplina a integração da atenção especializada; a RDC Anvisa 36/2013 determina gestão de riscos e comunicação efetiva em serviços de saúde [1,3–5].

A Resolução CFM 2.381/2024 classifica o resumo ou sumário de alta como **documento médico elaborado quando o paciente está pronto para receber alta**, devendo-se observar seus requisitos de identificação e assinatura. A Portaria GM/MS 8.026/2025 estabelece elementos mínimos do modelo informacional a ser utilizado na RNDS, inclusive responsável pela alta e dados clínicos estruturados. O mesmo material também poderá conter informações adicionais úteis à continuidade do cuidado, desde que necessárias, corretas e compartilhadas licitamente [6,7].

O PDSC deve ser harmonizado com a Política Nacional de Informação e Saúde Digital (Portaria GM/MS 12.301/2026), com a LGPD e com os critérios de integração vigentes; **não** deve ser apresentado como conexão já homologada ao e-SaúdeSP ou à RNDS [8,9].

Fonte	Natureza	Implicação para a alta
PNHOSP, art. 16	Diretriz nacional de alta responsável.	Orientação, autocuidado, articulação com RAS e desospitalização adequada.
CFM 2.381/2024	Norma profissional de documentos médicos.	Médico elabora sumário; identificação e assinatura adequadas.
GM/MS 8.026/2025	Modelo informacional RNDS.	Campos nacionais para SA e possibilidade de interoperabilidade.
RDC 36/2013	Obrigação de gestão do risco e segurança em serviços.	Redução de falhas, comunicação e participação do paciente.
NICE NG27 / AHRQ RED / OMS	Recomendações e evidências internacionais.	Coordenação da alta, medicação, compreensão e seguimento.
POPs Canaã	Decisão institucional futura.	Responsáveis, prazos internos, bloqueios e evidências de auditoria.

8.4 Etapas da alta: decisão clínica, prontidão e transição

Propõe-se um processo com **seis marcos registráveis**: (A) risco e destino provável identificados; (B) condições clínicas para alta estabelecidas; (C) pendências e prescrições revisadas; (D) documentação e orientação validadas; (E) logística e encaminhamento organizados; (F) saída registrada, com tarefas pós-alta atribuídas. A passagem entre marcos deve ser visível para a equipe, evitando que um indicador de “leito liberável” seja interpretado como permissão de saída sem checagem clínica.

O estado “apto clinicamente” é distinto de “alta efetivada”. A existência de gargalo social ou de um serviço de apoio não autoriza manter internação sem necessidade clínica indefinidamente, tampouco autoriza saída insegura. Situações complexas exigem decisão documentada, avaliação de risco e articulação com rede e serviços apropriados [10,11].

Marco	Documento/evidência	Condição de passagem
A — Início do planejamento	Previsão inicial de necessidades e destino.	Barreiras de continuidade identificadas.
B — Estabilidade clínica	Evolução e decisão médica.	Critérios individualizados cumpridos.
C — Revisão terapêutica	Exames, medicamentos, alergias, dispositivos.	Discrepâncias resolvidas ou justificadas.
D — Pacote de alta	Sumário, receitas, orientações, teach-back.	Documentos consistentes e compreensíveis.

Marco	Documento/evidência	Condição de passagem
E — Rede e logística	Serviço de destino, contatos, apoio, transporte.	Plano de execução factível e registrado.
F — Alta efetivada	Data/hora, entrega, pendências com responsável.	Rastreabilidade e canal de dúvidas definidos.

8.5 Planejamento desde a admissão e gestão antecipatória

A preparação da saída deve começar no início da internação ou assim que seja possível estimar riscos, especialmente em idosos frágeis, pessoas com multimorbidade, cirurgia complexa, internação prolongada, pós-UTI, insuficiência funcional e ausência de cuidador. A NICE recomenda abordar necessidades de suporte desde a admissão, com coordenador identificado para situações complexas [10].

Na rotina proposta: o médico informa problemas clínicos e previsão assistencial; a enfermagem identifica dependências; farmácia coleta medicações anteriores e barreiras de acesso; serviço social identifica suporte e vulnerabilidade; fisioterapia e outras áreas definem reabilitação/equipamentos; a coordenação da alta reúne informações para reavaliação diária. A previsão de saída não é uma alta médica antecipada.

Na gestão de leitos do Hospital Canaã, o objetivo de fluidez do sistema não pode permitir alta por meta temporal. **Segurança clínica e condição de continuidade são pré-requisitos da saída.** Indicadores de permanência devem ser utilizados para identificar atrasos evitáveis e acionar resolução de pendências, não para pressionar a equipe a violar critérios de segurança.

8.6 Critérios gerais de estabilidade e segurança clínica

Não existe uma lista universal de sinais vitais que, isoladamente, autorize alta em todas as especialidades. A avaliação deve considerar diagnóstico, trajetória, reserva fisiológica, resposta terapêutica, risco de deterioração, necessidade de monitorização, comorbidades e alternativas de cuidado no destino. Critérios específicos por condição devem constar de protocolos clínicos validados; os pontos abaixo são domínios para revisão, e não limites numéricos universais.

Domínio de revisão	Pergunta assistencial essencial	Exemplo de pendência que demanda reavaliação
Estabilidade circulatória e respiratória	Há necessidade de intervenção/monitorização incompatível com o destino?	Instabilidade persistente ou necessidade de suporte ainda não viável.
Controle de sintomas	Dor, dispneia, vômitos e febre estão manejáveis no plano de saída?	Sintomas importantes sem regime domiciliar seguro.

Domínio de revisão	Pergunta assistencial essencial	Exemplo de pendência que demanda reavaliação
Diagnóstico e tratamento	Há hipóteses relevantes sem plano de investigação ou controle?	Suspeita de complicação aguda não esclarecida.
Capacidade funcional	Alimentação, mobilidade, higiene, dispositivos e autocuidado foram avaliados?	Dependência não contemplada por cuidador/equipamento.
Segurança medicamentosa	Há prescrição factível, conciliação e instruções?	Dose ambígua, alergia inconsistente, acesso impossível a medicamento essencial.
Continuidade	Destino e reavaliação clinicamente compatíveis foram definidos?	Retorno indispensável sem encaminhamento ou plano alternativo.
Compreensão	Paciente ou representante recebeu informações de modo acessível?	Sinais de alarme não compreendidos e sem apoio substitutivo.

PROIBIÇÃO DE SIMPLIFICAÇÃO Alta “estável” não pode ser inferida automaticamente de um painel de IA, de ausência de alertas ou de um checklist eletrônico completo. A decisão clínica é individual e atribuída ao médico habilitado.

8.7 Avaliação funcional, psicossocial e barreiras de acesso

A dimensão social pode determinar se o plano de alta é executável. O processo deve avaliar, conforme aplicável, capacidade de obter medicamentos, preparo de refeições, moradia e higiene, acesso a transporte, suporte familiar, capacidade de manusear curativos/dispositivos, alfabetização em saúde, barreiras linguísticas, risco de violência e disponibilidade de equipamentos. A ausência de algum recurso demanda mitigação documentada e articulação adequada com a rede.

O serviço social deverá atuar segundo suas competências, sem assumir decisões médicas ou ter acesso indiscriminado aos dados clínicos. Pacientes com dificuldade cognitiva ou incapacidade decisória devem receber avaliação apropriada e proteção de autonomia, representação e consentimento conforme a situação concreta; não se deve presumir que a presença de acompanhante autorize compartilhamento irrestrito do prontuário.

8.8 Estratificação de risco de transição e priorização

Propõe-se uma classificação **operacional qualitativa**, não validada como escore prognóstico, para organizar intensidade do apoio. Sua utilização depende de aprovação do NSP e revisão em estudo-piloto. O risco clínico será sempre definido pelo profissional responsável e não por automatização rígida.

Faixa proposta	Situações típicas	Medidas adicionais sugeridas
Padrão	Doença ou cirurgia sem complicação, autonomia preservada e plano simples.	Checklist essencial, sumário, orientações, retorno e via alternativa de acesso.
Atenção ampliada	Multimorbidade, nova terapia, baixa alfabetização em saúde, idoso com apoio limitado.	Conciliação prioritária, teach-back, verificação de contato e seguimento indicado.
Alta complexidade de transição	Pós-UTI, insuficiência funcional importante, dispositivo, exame crítico pendente ou fragilidade grave.	Coordenador identificado, plano multiprofissional, comunicação ao serviço receptor e acompanhamento ativo conforme risco.
Saída não segura sem resolução	Instabilidade clínica, ausência de suporte indispensável ou incompatibilidade grave entre destino e necessidades.	Suspender liberação até reavaliação, mitigação ou alternativa clínica válida e documentada.

8.9 Atribuições do médico titular, hospitalista e equipe multiprofissional

No modelo clínico-cirúrgico desenhado para o Hospital Canaã, o **cirurgião titular** permanece responsável pela evolução diária, conduta cirúrgica e decisão de alta do paciente internado sob sua especialidade; o hospitalista avalia diariamente e pode realizar prescrição de rotina conforme atribuições formalizadas e comunicação com o cirurgião. A transferência de titularidade para Clínica Médica será excepcional, justificada e documentada. Para paciente clínico, a responsabilidade pertence ao médico assistente designado conforme o modelo de organização aprovado.

Ator	Responsabilidade na alta	Registro verificável
Médico titular	Definir aptidão clínica, diagnóstico, plano, receitas e sumário; coordenar pendências relevantes.	Evolução, alta e sumário assinado.
Hospitalista	Avaliar comorbidades e riscos clínicos, revisar medicação e comunicar recomendações.	Evolução e contribuição ao plano; sem titularidade presumida.
Enfermagem	Verificar orientações, autocuidado, feridas/dispositivos, acesso e documentação de entrega.	Checklist de enfermagem e orientação prestada.
Farmácia clínica	Conciliação, duplicidades, interações e condições de acesso aos fármacos.	Revisão farmacêutica e discrepâncias tratadas.
Serviço social	Mapear vulnerabilidades, cuidador, equipamentos, transporte e redes de apoio.	Plano social e encaminhamentos realizados.
Fisioterapia / Nutrição / outros	Reabilitação, funcionalidade, dieta e necessidades específicas.	Recomendações e treinamentos registrados.

Ator	Responsabilidade na alta	Registro verificável
Coordenação de alta	Organizar pendências, interfaces e conferência de conclusão.	Painel de transição e evidência de contato.
NSP / Qualidade	Governança de risco, auditoria e melhoria dos processos.	Monitoramento e plano de ação.
TI / LGPD	Disponibilidade, integridade, autorização e rastreabilidade do Passaporte.	Log, versões, testes e plano de contingência.

8.10 Checklist clínico-assistencial antes da alta

Recomenda-se checklist multiprofissional, com campos obrigatórios proporcionais ao risco. **O preenchimento do checklist não substitui decisão médica nem impede exceção clinicamente fundamentada**; sua função é tornar falhas visíveis antes da saída. Quando houver pendência impeditiva, o sistema deve permitir suspensão com motivo, responsável e plano de resolução.

Verificação pré-saída	Evidência mínima	Responsável proposto
Decisão clínica e diagnóstico	Evolução e decisão assinadas.	Médico titular
Sinais de alerta e retorno	Plano individualizado e orientação compreensível.	Médico/enfermagem
Medicamentos e alergias	Prescrição atual, mudanças explicadas, conciliação.	Médico/farmácia
Exames e procedimentos	Resultados relevantes analisados; pendências atribuídas.	Médico / serviço executor
Dispositivos, curativos, dieta, mobilidade	Treinamento e recursos necessários.	Equipe multiprofissional
Cuidador, acessibilidade, transporte	Destino e capacidade de cuidado avaliados.	Serviço social/enfermagem
Sumário/receitas/ documentos	Assinaturas, legibilidade, consistência.	Médico / coordenação de alta
Plano de continuidade	Serviço, prazo clínico e canal de acesso.	Médico / coordenação
Passaporte ou via impressa	Entrega/acesso testado e registrado.	Enfermagem/apoio
Pendência após alta	Responsável, prazo, contato e escalonamento.	Equipe designada

8.11 Conciliação medicamentosa e prescrição de alta

A OMS destaca as transições como momentos de alto risco para discrepâncias medicamentosas [12]. O Canaã deve adotar um processo que compare medicamentos de

uso habitual antes da internação, medicações utilizadas durante a hospitalização e prescrição definitiva para casa, destacando inclusões, suspensões e alterações. **Medicação usada no hospital não é automaticamente medicação para casa.** A farmácia clínica pode apoiar a revisão, mas a prescrição final e sua responsabilidade seguem as competências profissionais aplicáveis.

Cada prescrição deve explicitar, quando pertinente: nome do medicamento; apresentação; dose; via; frequência e horário; duração; ajustes por função renal/hepática ou outras condições; indicação para uso se necessário; medidas diante de dose esquecida; e informações específicas para medicamentos de risco. O plano deve ser praticável: verificar acesso à dispensação e orientações quanto à obtenção de medicamentos no SUS, quando pertinente, sem prometer fornecimento que não esteja disponível.

Situação	Risco frequente	Regra de controle proposta
Anticoagulante	Duplicidade, dose incorreta, ausência de monitoramento.	Conciliação dirigida, indicação e seguimento definidos.
Insulina	Esquema ambíguo ou incapacidade de aplicação.	Demonstração prática e revisão de monitorização.
Antibiótico	Duração e indicação não claras.	Data prevista para encerrar e reavaliação se necessário.
Opioide / sedativo	Exposição indevida, eventos adversos e risco de uso incorreto.	Orientação sobre duração, segurança e sinais de alerta.
Medicamento suspenso	Retomada inadvertida pelo paciente ou UBS.	Registro explícito de suspensão e justificativa clínica relevante.

8.12 Exames pendentes, laudos críticos e responsabilidade de revisão

A alta não extingue a obrigação de dar seguimento aos exames solicitados durante a internação e ainda pendentes. A AHRQ inclui o acompanhamento de resultados pendentes como componente essencial de uma alta reconstruída e segura [11]. O sistema deverá manter fila interna com exame, data, expectativa de laudo, responsável médico designado, contato do paciente e ação diante de anormalidade.

O controle tem estados separados: **pendente → liberado → revisado por profissional habilitado → paciente comunicado, quando necessário → providência tomada → encerrado**. Essa sequência evita o falso indicador de tarefa concluída porque o exame foi publicado. Para anatomopatologia potencialmente grave ou resultado crítico, devem existir canais ativos e escalonamento; não se deve depender de leitura espontânea pelo paciente no portal. Prazos serão clinicamente definidos nos protocolos por classe de resultado.

8.13 Requisitos do Sumário de Alta e validação documental

O Sumário de Alta é **documento médico** e deverá ser assinado pelo profissional responsável, observando a Resolução CFM 2.381/2024 [6]. O modelo informacional brasileiro de 2025 prevê: identificação do prontuário e do usuário (CPF ou CNS), CNES, procedência, caráter e momento da internação, motivo por CID, diagnósticos e seu estado, limitações funcionais quando presentes, procedimentos, síntese evolutiva, alergias/reação adversa, informações medicamentosas, momento e desfecho da alta e identificação do profissional [7].

Para o uso assistencial local, recomenda-se complementação com: condição clínica na saída; indicação de exames pendentes e responsável; medicamentos iniciados/alterados/suspensos; curativos, dispositivos e restrições; sinais de alarme; serviço e prazo de retorno; e contatos institucionalmente válidos. O conjunto deverá preservar consistência com o prontuário original, rastreabilidade de autor e versão, sem transformar o portal em sistema de prontuário paralelo.

Seção do documento	Conteúdo prioritário	Validação/controle
Identificação	Paciente, episódio, internação, estabelecimento.	Checagem cruzada de identificação.
Diagnóstico e procedimentos	Motivo, diagnósticos, CID e intervenções relevantes.	Coerência com evolução e códigos aplicáveis.
Evolução e estado final	Complicações, resposta, condição na saída.	Revisão pelo médico titular.
Medicamentos e alergias	Lista terapêutica na alta, alterações e alergias.	Conciliação e assinatura.
Continuidade	Retornos, exames pendentes, destino, sinais de alarme.	Responsável e viabilidade do plano.
Autenticidade	Identificação/assinatura do médico e versão.	Conformidade documental e arquivo rastreável.

CUIDADO COM DIAGNÓSTICOS O registro e compartilhamento de diagnóstico e CID em documento clínico de alta deve observar finalidade assistencial, normas de sigilo e regras próprias de cada documento. Não presumir que todo documento possui os mesmos requisitos de consentimento de um atestado destinado a empregador.

8.14 Plano individual de continuidade: tratamento, seguimento e contingência

A seção mais distintiva do Passaporte será o **Plano Individual de Continuidade Assistencial**, vinculado ao sumário de alta. O plano responde a seis perguntas: **o que**

aconteceu?; **o que devo fazer agora?**; **qual tratamento continua?**; **quando e com quem devo retornar?**; **quais sinais exigem urgência?**; **quem acompanha o que ficou pendente?**. O documento deverá ser inteligível para o paciente e suficientemente técnico para o profissional que o atenderá depois.

O encaminhamento deverá distinguir **retorno recomendado**, **solicitação de regulação**, **agendamento confirmado** e **atendimento executado**. O Passaporte não terá autoridade para reservar vaga, priorizar fila ou prometer consultas fora dos fluxos oficiais de regulação. Se não houver agendamento disponível no momento da alta, registrar orientação e caminho institucional possível, evitando campo falsamente marcado como concluído.

Elemento do plano	Conteúdo operacional	Erro a evitar
Tratamento domiciliar	O que manter, alterar, suspender e por quanto tempo.	Repetir lista de medicação hospitalar sem contexto.
Atividades e reabilitação	Limitações, fisioterapia, cuidados de ferida ou dispositivos.	Orientação vaga (“repouso” sem especificação clínica).
Seguimento	Especialidade/UBS indicada, objetivo e prazo clínico.	Confundir indicação com consulta já agendada.
Exames futuros / pendentes	Pedido, local/canal, responsável pela revisão.	“Ver exames no aplicativo” sem fechamento da tarefa.
Contingência	Sintomas de alerta e destino de procura imediata.	Utilizar chat como substituto do pronto-socorro.
Meio de contato	Canal, horário e escopo da orientação.	Prometer resposta 24h sem equipe disponível.

8.15 Educação do paciente e verificação da compreensão

A orientação deve ocorrer ao longo da internação e ser reforçada na saída, em linguagem simples, com documentos escritos ou digitais acessíveis. O método **teach-back** permite verificar a clareza da explicação: o profissional solicita ao paciente ou cuidador que explique o plano com suas palavras, corrige eventuais dúvidas e repete a conferência [13]. Perguntar “entendeu?” isoladamente não confirma compreensão. Em procedimentos técnicos, pode ser necessário demonstrar e pedir demonstração de volta (show-me).

O paciente deve conseguir explicar: por que foi internado; qual tratamento continuará; o que foi interrompido; qual consulta/exame deve providenciar; quando procurar urgência; como localizar seus documentos. Se não puder, o sistema deverá registrar a adaptação de comunicação, pessoa de apoio autorizada ou plano assistido. Educação digital segmentada poderá enriquecer a orientação, mas não substituir a instrução individualizada do médico e da equipe.

8.16 Contrarreferência segura à UBS e à atenção especializada

A rede municipal não deve receber apenas informação solta: é recomendável organizar **contrarreferência com motivo do encaminhamento, resumo da internação, necessidade clínica, ações propostas, prioridade clinicamente justificada e meios de acessar documentos relevantes**. A transmissão eletrônica dependerá de pactuação, regras de tratamento de dados, possibilidade técnica e autorização. Quando não disponível, será fornecido documento seguro ao paciente e utilizado o canal formal permitido pela gestão local.

Nos casos mais complexos, propõe-se comunicação de circuito fechado: envio pelo canal institucional, confirmação de recebimento quando necessário, registro do profissional de contato e escalonamento de ausência de resposta. Uma confirmação de recepção **não equivale** a agendamento, avaliação ou aceitação automática do caso. A continuidade do cuidado deve respeitar a regulação, a capacidade do serviço e suas competências.

8.17 Protocolos específicos: clínica médica, cirurgia, pós-UTI e fragilidade

O Hospital Canaã projeta 122 leitos, sendo 92 de internação e 30 de UTI adulto. A alta deverá considerar diferenças de risco por perfil, com planos setoriais complementares. Os exemplos abaixo são parâmetros de estrutura do processo e não prescrição clínica para situações individuais.

Perfil assistencial	Conferências relevantes	Documento/ação de continuidade
Clínica — insuficiência cardíaca, diabetes, pneumonia	Controle de sintomas, terapêutica, função renal quando pertinente, automonitoramento, risco de exacerbação.	Prescrição reconciliada, sinais de alarme e avaliação da UBS/especialidade no prazo definido.
Cirurgia geral / ortopedia / neurocirurgia	Feridas, drenagens, dor, tromboprofilaxia quando indicada, limitações, resultado anatomopatológico, revisão.	Sumário cirúrgico assinado pelo titular, instruções pós-operatórias e acompanhamento.
Egresso de UTI	Disfunção persistente, fraqueza, cognição, ventilação/dispositivos, apoio e reabilitação.	Plano multiprofissional e risco elevado de transição quando necessário.
Idoso frágil / multimorbidade	Quedas, delirium residual, polifarmácia, nutrição, apoio, funcionalidade.	Treinamento do cuidador, suporte social e plano de seguimento.
Infectologia / cuidado prolongado	Antimicrobianos, duração, exames de monitorização, precauções relevantes.	Plano terapêutico, controle laboratorial e canal de revisão profissional.

Na internação cirúrgica, a cogestão com hospitalista **não altera automaticamente a titularidade do cirurgião**. Na prática, a saída deve ser formalmente autorizada pelo cirurgião titular, com a integração da prescrição clínica e do plano de seguimento

elaborado em conjunto. Condutas adicionais dependerão de protocolos clínicos por especialidade.

8.18 Alta complexa, cuidados paliativos, atenção domiciliar e vulnerabilidade

Há casos em que o objetivo assistencial não é “retorno rápido para casa”, mas transferência coordenada com suporte específico. Pessoas em cuidados paliativos, com dependência de oxigênio, nutrição enteral, antibióticos parenterais ou necessidade de reabilitação exigem avaliação de elegibilidade, recursos, familiar/cuidador e articulação com atenção domiciliar ou outro ponto assistencial, quando disponível. A alta não pode ser condicionada a expectativa irreal de serviço inexistente.

O encaminhamento para atenção domiciliar ou outro programa não será assumido como automaticamente aceito: registrar solicitação, condições, resposta do serviço e plano alternativo. A decisão compartilhada e a proteção da dignidade devem orientar os casos de fim de vida, incluindo diretivas e decisões previamente formalizadas quando existentes, sem confundir cuidado paliativo com abandono do tratamento.

8.19 Pacientes sem acesso digital, representantes e via impressa

A ausência de celular, internet ou alfabetização digital **não pode impedir a entrega de documentos e orientações assistenciais**. O paciente deverá receber alternativa em papel e apoio para recuperar informações, observando a identificação correta e a confidencialidade. A equipe deverá verificar se o paciente compreende o modo de acesso e se o representante possui autorização juridicamente adequada para visualizar dados sensíveis.

O portal deverá permitir acessibilidade visual, motora, auditiva e cognitiva, conforme padrões aplicáveis, mas o processo clínico não pode depender de implementação tecnológica futura. A instituição deverá formalizar via física, impressão na unidade, acesso assistido, mecanismo de representação e procedimento de contingência por indisponibilidade do sistema.

8.20 Interface operacional com o Passaporte Digital Canaã

A interface deve refletir a **linha do tempo assistencial**, mas destacar um quadro curto e prioritário “**O que fazer após a alta**”. Sugere-se seis componentes: (1) minha alta; (2) medicamentos; (3) exames e laudos; (4) plano e próximos passos; (5) sinais de alerta; (6) apoio e contato. O usuário poderá consultar eventos anteriores sem confundir episódio vigente com prescrição antiga.

A publicação deve ocorrer somente após verificação de identidade, validação e assinatura do documento, integridade dos vínculos entre exame e paciente e controles de segurança. Correções posteriores deverão gerar nova versão auditável e aviso quando o conteúdo corrigido afetar decisão clínica. O PDSC não deve emitir alta nem modificar prescrição por IA.

Situação de sistema	Ação proposta	Barreira de segurança
Sumário aprovado	Disponibilizar versão assinada e data/hora.	Conferência de paciente, episódio e autor.
Receita alterada	Exibir apenas prescrição vigente como principal.	Histórico separado e aviso de substituição.
Exame pendente	Mostrar status apropriado, sem inferir normalidade.	Equipe interna mantém responsável e alerta.
Acesso em nova UPA	Documento/visão compartilhável sob controle de acesso.	Autenticação, finalidade, log e versão.
Sistema indisponível	Acionar impressão/contingência e comunicação.	Não retardar cuidados essenciais por falha do portal.

8.21 Pós-alta: acompanhamento, resultados e comunicação

A instituição deverá definir quais pacientes terão **contato ativo pós-alta**, segundo risco e capacidade operacional, com roteiro padronizado para adesão medicamentosa, sintomas, dúvidas, obtenção de medicamentos, agendamentos e resultados pendentes. Uma ligação, mensagem ou chat não constitui consulta médica nem substitui serviços de urgência. O escopo e os horários do canal devem ser informados na alta.

Sugere-se, para validação no piloto, que transições de alto risco tenham contato em janela clinicamente definida e, quando apropriado, alinhada às recomendações de 24–72 horas mencionadas em diretrizes internacionais [10]. Esse intervalo **não é uma obrigação geral de todas as altas**, nem pode ser prometido antes de definir equipe, cobertura e registro. Se houver sinal de gravidade, o fluxo deverá orientar avaliação imediata e comunicar o responsável habilitado.

8.22 Alta a pedido, evasão e recusa de cuidados

Situações de saída por decisão do paciente, recusa de condutas ou evasão devem ser tratadas por protocolos assistenciais e jurídicos próprios, respeitando autonomia, capacidade decisória, direito à informação e dever de prevenção de dano. Não é adequado classificar uma alta a pedido como “alta responsável integralmente concluída” se etapas essenciais não ocorreram. Devem ser documentados riscos explicados, condutas

oferecidas, decisão do paciente e, quando possível, orientações de segurança e via de retorno.

O Passaporte poderá registrar documentação disponível e as recomendações pertinentes, **sem reescrever retrospectivamente** a natureza do evento. Casos envolvendo incapacidade de decisão, menores, risco iminente ou exigências legais específicas dependerão de avaliação clínica e jurídica individualizada, vedadas soluções automáticas por formulário.

8.23 Matriz de riscos, bloqueios e escalonamento

Os bloqueios propostos devem focar falhas materialmente perigosas e permitir exceções documentadas por profissional autorizado, quando clinicamente justificadas. Um sistema que impede a saída por erro administrativo simples pode gerar novos riscos; por outro lado, permitir alta sem sumário válido ou prescrição correta pode causar danos. Recomenda-se classificação **impeditivo / correção obrigatória antes da entrega / tarefa monitorável após a alta**.

Falha/pendência	Resposta recomendada	Responsável inicial
Paciente/episódio incorreto no sumário	Bloqueio de publicação; corrigir identificação.	TI + médico + recepção cadastral
Prescrição incompatível ou alergia grave sem revisão	Reavaliar e reconciliar antes da entrega.	Médico/farmácia
Risco clínico agudo não resolvido	Suspender decisão de saída e reavaliar.	Médico titular
Exame crítico sem revisão ou plano	Acionar canal clínico imediato e escalonamento.	Médico/laboratório
Apoio domiciliar indispensável ausente	Replanejar destino e articular suporte.	Equipe multiprofissional
Sem internet do paciente	Imprimir e orientar presencialmente.	Enfermagem/apoio
Agendamento externo ainda não confirmado	Registrar solicitação e alternativa factível.	Coordenação de alta
Portal temporariamente indisponível	Ativar contingência e registrar entrega alternativa.	TI/coordenação

8.24 Indicadores, auditoria e melhoria contínua

Recomenda-se painel de processo, segurança e continuidade, com dados extraídos do prontuário e do PDSC. Cada indicador precisa de fonte, denominador, janela de mensuração, exclusões, auditoria e definição de meta após estabelecimento de linha de base. **Nenhuma meta numérica abaixo equivale a resultado alcançado** e a redução de

reinternações não poderá ser causalmente atribuída ao Passaporte sem avaliação adequada.

Indicador proposto	Definição operacional / fórmula sugerida	Interpretação
Sumário completo na saída (%)	Altas elegíveis com sumário assinado e disponibilizado até saída / total de altas elegíveis ×100.	Completude documental, não compreensão do paciente.
Conciliação registrada (%)	Altas elegíveis com comparação de medicação anterior e de alta / total elegível ×100.	Processo de segurança da prescrição.
Pendências com dono definido (%)	Altas com exames pendentes com profissional e prazo registrados / altas com pendência ×100.	Rastreio de tarefas não concluídas.
Orientação verificada (%)	Altas amostradas com registro de compreensão ou apoio adaptado / altas amostradas ×100.	Aferição de letramento e ensino.
Plano de destino documentado (%)	Altas elegíveis com serviço e ação de seguimento registrados / total elegível ×100.	Qualidade do encaminhamento, não acesso efetivo.
Resultados críticos fechados (%)	Resultados críticos pós-alta com revisão e comunicação/ação registradas / total críticos elegíveis ×100.	Circuito fechado de segurança.
Contato pós-alta no prazo (%)	Pacientes elegíveis contatados no prazo do protocolo / elegíveis ao contato ×100.	Cobertura do serviço ativo de seguimento.
Revisita 7/30 dias e reinternação 30 dias	Eventos segundo definição, base populacional e ajuste de perfil clínico.	Desfecho exploratório; requer interpretação de case mix.

A governança deverá examinar amostras de altas reais, reclamações, eventos adversos, entrevistas com pacientes e casos sentinela. Além de analisar falhas de envio, investigar incompletude de conteúdo, erro de interpretação, falta de acesso a medicamento e ausência de resposta a exame pendente. A análise deve retroalimentar treinamento, melhorias de interface e revisões de POP.

8.25 Simulações, critérios de implantação e governança

Antes da implantação com pacientes reais, recomenda-se testar ponta a ponta situações clínicas simuladas: alta simples; polifarmácia com suspensão de medicamento; cirurgia com anatomopatológico pendente; egresso de UTI com dependência funcional; pessoa sem telefone; atendimento em UPA de destino sem integração tecnológica; exame crítico liberado após saída; e erro de identificação com tentativas de acesso indevido.

Ensaio de implantação	Critério de aceitação proposto	Evidência
Identidade e autoria	Nenhuma publicação trocada; documento corretamente assinado.	Log e revisão amostral.

Ensaio de implantação	Critério de aceitação proposto	Evidência
Medicamentos	Diferenças entre medicação hospitalar e domiciliar explícitas.	Cenários farmacêuticos auditados.
Exame pendente crítico	Responsável, notificação, escalonamento e fechamento testados.	Linha do tempo do teste.
Paciente sem acesso digital	Orientação e pacote impresso entregues sem perda do cuidado.	Simulação de fluxo assistido.
Falha de internet/portal	Contingência operacional disponível.	Registro de teste de indisponibilidade.
Acesso externo	Nenhuma promessa de integração sem autorização e acordo.	Parecer de TI, jurídico, proteção de dados e gestor.
Capacitação	Profissionais demonstram competência mínima na rotina.	Avaliação por estação e correções.

A Direção Técnica aprovará fluxos assistenciais; o NSP integrará riscos ao Plano de Segurança do Paciente; a Coordenação de Alta administrará execução; a Farmácia e demais áreas validarão seus instrumentos; o jurídico e o encarregado de dados revisarão compartilhamento e privacidade; TI assegurará integração e contingência. A fase piloto deverá ser aprovada por autoridade institucional competente e acompanhada de governança de mudanças.

8.26 Diretrizes para aprovação institucional

Para aprovação do presente capítulo, propõe-se deliberar: **(1)** obrigatoriedade de avaliação clínica individualizada; **(2)** médico titular como responsável pelo sumário e decisão de alta; **(3)** checklist multiprofissional proporcional ao risco; **(4)** conciliação e alergias; **(5)** acompanhamento dos exames pendentes; **(6)** plano de continuidade inteligível; **(7)** contrarreferência sem promessa de regulação paralela; **(8)** alternativa não digital; **(9)** rastreabilidade e segurança; e **(10)** piloto com auditoria.

A aprovação do texto **não constitui implantação de POP**, autorização para início de operações, garantia de interoperabilidade ou pactuação com o SUS municipal. As definições de RH, horários, SLAs, metas, sistemas e fluxos externos serão submetidas à governança e formalização próprias antes do início do atendimento.

SÍNTESE INSTITUCIONAL Alta responsável no Hospital Canaã = decisão clínica segura + preparação multiprofissional + documentação válida + compreensão do paciente + plano factível de seguimento + gestão de pendências + comunicação com a rede conforme pactuação. O Passaporte é o elo informacional e educativo dessa cadeia, não seu substituto.

Referências normativas e técnico-científicas

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em especial art. 16. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[2] SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Indicador A9 — Alta Responsável. https://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/acesso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel

[3] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[5] ANVISA. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Segurança do paciente em serviços de saúde. https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&numeroAto=00000036&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&tipo=RDC&valorAno=2013

[6] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.381/2024. Normatiza a emissão de documentos médicos; art. 4º, XIII. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/legislacao

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026. Política Nacional de Informação e Saúde Digital. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[9] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[10] NICE. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. Guideline NG27, 2015; versão consultada em 2026. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/chapter/Recommendations

[11] AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit, Tool 1: Overview. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool1.html

[12] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication safety in transitions of care. Technical report WHO/UHC/SDS/2019.9, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[13] AHRQ. Use the Teach-Back Method. Health Literacy Universal Precautions Toolkit. https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html

[14] ANVISA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

[15] AHRQ PSNet. Discharge Planning and Transitions of Care. https://psnet.ahrq.gov/primer/discharge-planning-and-transitions-care

[16] BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação da RNDS — modelos informacionais e portarias vigentes. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/legislacao

Nota de verificação normativa: referências consultadas em 02/11/2026. A assessoria jurídica e a Direção Técnica deverão confirmar eventuais alterações, consolidações e regras locais antes de declarar vigência operacional.

Registro de apreciação e aprovação

Etapa	Situação
Elaboração técnica	Minuta 0.1 preparada para discussão institucional.
Revisão do proponente	Pendente de leitura, ajustes e aprovação.
Validação técnico-assistencial	Pendente — Direção Técnica, NSP e áreas assistenciais.
Análise LGPD / TI / Jurídico	Pendente — inclusive fluxos de compartilhamento externo.
Incorporação ao manual consolidado	Somente após aprovação expressa do proponente.
Implantação operacional	Condicionada a POPs, integração, treinamento, testes e pactuação pertinente.

São Paulo, 02 de novembro de 2026. Documento em elaboração. Fim do Capítulo 08.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 09

ANÁLISE CRÍTICA DE EXPERIÊNCIAS E PLATAFORMAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Benchmarking assistencial, interoperabilidade, participação do paciente e lições para o SUS paulistano

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 09
Título	Análise crítica de experiências e plataformas nacionais e internacionais
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade-piloto prevista	Hospital Canaã — São Paulo/SP (projeto em planejamento; não caracterizar como operação iniciada)
Código	PDSC-MAN-C09
Versão/data	0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta institucional submetida à apreciação; ainda não equivale a política ou aquisição aprovada
Estado do manual	Capítulos 01 a 08 aprovados pelo proponente; Capítulo 09 sujeito a aprovação
Base de pesquisa	Fontes oficiais, materiais dos fornecedores devidamente identificados e estudos científicos verificáveis; consulta até 02/11/2026
Validação requerida	Direção Técnica; Qualidade/NSP; TI/Interoperabilidade; DPO/LGPD; jurídico; corpo clínico; representantes de pacientes; interlocução municipal
Condição de uso institucional	O benchmarking informa decisões; não atesta disponibilidade local, conformidade de fornecedor, acesso a dados da RNDS ou pactuação com a SMS-SP.

Resumo executivo

O presente capítulo compara plataformas nacionais e internacionais de saúde digital, portais de pacientes e modelos de transição assistencial para transformar experiências observáveis em **requisitos úteis, seguros e proporcionais ao Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC)**. A referência prioritária é o SUS paulistano, sobretudo o Meu SUS Digital, a RNDS e o e-SaúdeSP; experiências de outras cidades e países oferecem padrões de usabilidade, acesso a documentos, governança de resultados e continuidade clínica [1–18].

A conclusão da análise é que **um portal que exibe exames não equivale a um processo de contrarreferência**, e um repositório de registros não comprova diminuição de reinternações. O PDSC deve produzir sumário de alta validado, reconciliação medicamentosa, plano de continuidade, gestão ativa de pendências e compartilhamento autenticado, mantendo o prontuário eletrônico como fonte institucional de verdade. A integração com sistemas públicos será gradual, sujeita a condições técnicas e pactuação.

Sumário do capítulo

9.1 Objetivos, escopo e interfaces com o manual

9.2 Metodologia de pesquisa e limitações do benchmarking
9.3 Critérios padronizados de avaliação
9.4 Contexto nacional: RNDS, Meu SUS Digital e política pública
9.5 Meu SUS Digital: referência nacional do cidadão
9.6 e-SaúdeSP: referência municipal prioritária
9.7 Meu HMS: experiência hospitalar com relatório de alta
9.8 eSaúde Cidadão: documentos e comunicação assistencial
9.9 Saúde na Palma da Mão e Saúde Já Curitiba
9.10 Síntese dos aprendizados e limites brasileiros
9.11 Austrália: My Health Record e sumários de alta
9.12 Inglaterra: NHS App e Shared Care Records
9.13 Estônia: Health Portal, identidade e representação
9.14 Estados Unidos: VA e Blue Button 2.0
9.15 União Europeia: MyHealth@EU e horizonte regulatório
9.16 Modelos assistenciais complementares: RED e OpenNotes
9.17 Qualidade e força das evidências encontradas
9.18 Matriz comparativa de transferibilidade ao Canaã
9.19 Lacunas de mercado e posicionamento institucional
9.20 Priorização funcional: essencial, expansão e exclusões
9.21 Requisitos mínimos de interoperabilidade e proveniência
9.22 Governança de acesso e resultados sensíveis
9.23 Duas jornadas: paciente e profissional receptor
9.24 Piloto, testes, indicadores e comparação pós-implantação
9.25 Riscos, mitigação e pontos de veto
9.26 Aplicações clínicas demonstrativas
9.27 Recomendações consolidadas à direção do Instituto
9.28 Decisões sujeitas à aprovação institucional
Referências normativas, técnicas e científicas
Registro de apreciação e aprovação institucional

9.1 Objetivos, escopo e interfaces com o manual

Este capítulo corresponde ao **exame crítico de experiências e plataformas nacionais e internacionais** previsto no Índice Mestre. Sua finalidade é orientar escolhas do PDSC com base em funcionalidades efetivamente documentadas, requisitos de segurança e avaliação do valor clínico, sem reproduzir marcas, telas ou processos incompatíveis com o SUS. O estudo está conectado às diretrizes dos Capítulos 1–5, aos fundamentos de continuidade do cuidado do Capítulo 6, à segurança do paciente do Capítulo 7 e ao processo de alta responsável do Capítulo 8.

O objeto não é a aquisição de software específico. Também não é uma auditoria de código-fonte, teste de penetração ou certificação de conformidade de produtos terceiros; tais verificações demandariam contratação, autorização ou acesso técnico. “Funcionalidade pública documentada” não significa disponibilidade operacional comprovada em cada estabelecimento ou garantia de qualidade do resultado.

TESE DE ANÁLISE O que será transferido ao Canaã é o padrão de cuidado e de experiência segura do usuário — não a identidade visual, a propriedade intelectual, a infraestrutura ou o modelo regulatório estrangeiro.

9.2 Metodologia de pesquisa e limitações do benchmarking

A análise combina: (i) consulta a sites e documentos governamentais; (ii) páginas oficiais de serviços e das lojas mantidas pelos respectivos publicadores; (iii) guias de interoperabilidade; e (iv) literatura científica. Data de corte: **02 de novembro de 2026**. Foram preferidas fontes primárias e publicações com escopo verificável. As referências contêm endereços consultáveis e data quando aplicável [1–25].

Tipo de evidência	O que permite afirmar	O que não permite inferir
Descrição oficial de serviço	Funcionalidade anunciada ou especificada por autoridade responsável.	Que todos os pacientes possuam dados completos ou acesso universal.
Página de loja / fornecedor	Recurso declarado no produto e público ao qual se dirige.	Qualidade clínica efetiva, segurança técnica auditada ou integração municipal.
Guia técnico / padrão	Formato, recursos e etapas de integração definidos.	Que o Hospital Canaã esteja credenciado ou em produção.
Estudo de intervenção	Efeito observado no desenho e população estudados.	Efeito causal do Passaporte local antes de um piloto.
Proposta Canaã	Critério de arquitetura ou governança sujeito a aprovação.	Norma já vigente ou acordo celebrado com o SUS.

Como as fontes públicas não descrevem integralmente as implementações internas, não foram atribuídas notas fechadas de segurança, cobertura territorial ou custo aos produtos comparados. A distinção entre **evidência documental, evidência clínica e recomendação institucional** permanece visível em cada seção.

9.3 Critérios padronizados de avaliação

A comparação considera nove dimensões independentes. O desenho evita selecionar uma solução apenas por quantidade de funcionalidades ou popularidade: para um programa de transição, **completude clínica, atribuição de responsabilidade e integridade dos dados** têm maior peso do que conveniência estética.

Dimensão	Pergunta de avaliação	Aplicação ao Canaã
Valor assistencial	Ajuda o próximo profissional a tomar decisão segura?	Sumário, alergias, terapêutica e seguimento.
Continuidade	Há responsável, destino, prazo e pendência rastreável?	Plano individual e contrarreferência.
Interoperabilidade	Utiliza padrões e identificadores compatíveis?	RNDS, perfis FHIR e formatos de documentos.
Integridade	Exibe origem, autoria, versão e data do registro?	Proveniência, assinatura, correções auditáveis.
Acesso/segurança	Quem vê qual dado, em qual contexto?	Autenticação, perfis e logs.
Equidade	Funciona sem celular ou baixa conectividade?	Via impressa, apoio assistido e acessibilidade.
Usabilidade	O paciente encontra e entende a informação?	Navegação por episódio e linguagem simples.
Operação	Há responsável por exceções e pós-alta?	Fila de pendências e escalonamento.
Avaliação	Há resultados clínicos mensuráveis?	Indicadores de processo e desfecho, sem promessas.

9.4 Contexto nacional: RNDS, Meu SUS Digital e política pública

A RNDS é a infraestrutura federal de interoperabilidade em saúde; o Meu SUS Digital é uma das interfaces do cidadão alimentadas por registros disponíveis nessa rede. O Guia RNDS especifica requisitos de credenciamento e compartilhamento por padrão HL7 FHIR R4 [1–3]. A **Portaria GM/MS 8.026/2025** instituiu o Modelo de Informação do Sumário de Alta no âmbito da RNDS [4], e a **Portaria GM/MS 12.301/2026**, publicada em outubro, instituiu a Política Nacional de Informação e Saúde Digital [5].

Esses elementos configuram um ambiente favorável a sumários estruturados; não autorizam afirmar que qualquer aplicativo hospitalar poderá ler ou escrever livremente na RNDS. A conexão depende dos processos aplicáveis ao estabelecimento e ao integrador, de perfis oficiais, autorizações, testes e governança. O Canaã deverá alinhar-se à infraestrutura pública, e não competir com a identidade de sistemas federais ou municipais.

9.5 Meu SUS Digital: referência nacional do cidadão

O Ministério da Saúde apresenta o **Meu SUS Digital** como ambiente web e móvel para acessar histórico de vacinação, documentos, resultados, medicamentos, registros assistenciais e outros serviços, condicionados à disponibilidade das informações nos sistemas integrados [1]. O acesso por conta Gov.br fornece uma referência de identificação

digital do cidadão e o desenho nacional evita que cada hospital exija a reconstrução manual de toda a história de saúde.

Lição transferível: organizar o Passaporte por episódios de internação, documentos assinados e registro de origem, preparado para diálogo com a RNDS. **Limitação:** o sistema nacional não substitui o dever local do hospital de revisar medicações, resolver resultados pendentes e pactuar a continuidade. O Canaã não deve anunciar “sincronização com Meu SUS Digital” como recurso disponível antes de homologação e demonstração técnica.

9.6 e-SaúdeSP: referência municipal prioritária

A plataforma **e-SaúdeSP**, mantida pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, reúne histórico de atendimentos, exames laboratoriais e de imagem, vacinação, lembretes, teleassistência e compartilhamento de informações em módulos como Minha Saúde [6]. Sua relevância é territorial: o Hospital Canaã pretende operar na cidade de São Paulo e deve desenhar fluxos compatíveis com os processos da SMS-SP, sem criar sistema regulatório paralelo.

Lição transferível: navegação simples, informações disponíveis ao usuário e reutilização de estruturas municipais existentes. **Gargalo:** divulgação pública de funcionalidades não demonstra interface técnica aberta nem autorização para acesso automatizado por um hospital externo. A proposta de integração deverá passar por interlocução formal, definição do papel das partes e testes com dados sintéticos. O Passaporte manterá acesso alternativo pelo paciente até que uma integração legítima esteja ativa.

9.7 Meu HMS: experiência hospitalar com relatório de alta

No **Meu HMS**, vinculado ao Hospital Municipal de Salvador, a página oficial de distribuição descreve acesso a informações pessoais, histórico de atendimentos, **relatório de alta médica** e exames laboratoriais e de imagem [7]. É uma experiência especialmente próxima do escopo do Passaporte Canaã por estar centrada em episódio hospitalar e documentos pós-atendimento.

Lição transferível: disponibilização digital organizada do relatório de alta e laudos por um hospital público. **Ponto crítico:** o anúncio do aplicativo não demonstra contrarreferência ativa confirmada com a UBS, nem responsabilização automatizada sobre exames pendentes. Por isso, o Canaã deverá ampliar a documentação com um plano de continuidade e um fluxo assistencial de acompanhamento, sem supor que o Meu HMS já execute essas etapas.

9.8 eSaúde Cidadão: documentos e comunicação assistencial

A página do aplicativo **eSaúde Cidadão**, da TWI, descreve receitas médicas, exames e laudos em PDF, histórico de consultas, acesso familiar, notificações e **chat integrado com**

a equipe municipal. O próprio desenvolvedor informa que a solução depende de municípios que utilizem seus sistemas [8]. É um exemplo de integração entre documentos e comunicação, mas não um padrão universal disponível a qualquer município.

Lição transferível: separar canal de comunicação, mensagem enviada, resposta, orientação registrada e eventual escalonamento clínico. **Limitação:** a mera existência de chat não define responsabilização profissional, cobertura de horário nem segurança de intercâmbio de dados; no Canaã, a comunicação pós-alta exigirá protocolo, registro, expectativas explícitas de prazo, supervisão e vedação de interpretação como atendimento de emergência 24 horas.

9.9 Saúde na Palma da Mão e Saúde Já Curitiba

O **Saúde na Palma da Mão**, lançado em Fortaleza em setembro de 2026, substituiu o Mais Saúde Fortaleza e preservou credenciais de usuários anteriores. Inclui consulta de exames, agendamentos, farmácia digital, vacinação e informações de unidades; mensagens de confirmação são oferecidas por canal complementar de WhatsApp [9]. O **Saúde Já Curitiba** oferece resultados laboratoriais, confirmação de consultas e exames e serviços digitais da rede municipal [10].

Lições transferíveis: continuidade de identidade quando o produto evolui, lembretes úteis, documentos exportáveis e linguagem de serviços. **Limitações:** essas plataformas respondem a fluxos municipais e regulatórios específicos; o Canaã não poderá replicar mecanismos de agenda, fila ou dispensação sem articulação com os gestores responsáveis. As referências orientam a experiência do cidadão, não autorizam agenda paralela do Instituto.

9.10 Síntese dos aprendizados e limites brasileiros

Padrão observado	Valor aproveitável	Condição no Canaã
Histórico e documentos (Meu SUS / e-SaúdeSP)	Reduz procura de papel e melhora acesso a dados.	Documentos originais, contexto e data de atualização visíveis.
Alta hospitalar (Meu HMS)	Entrega de informação clínica após o episódio.	Sumário validado + plano de continuidade + responsáveis.
Chat e família (eSaúde Cidadão)	Apoio à comunicação e ao cuidador.	Acesso autorizado, triagem, horários e escalonamento.
Lembretes e exames (Fortaleza/Curitiba)	Acessibilidade da jornada e menor fricção.	Não substituir canais oficiais de regulação.
RNDS / política nacional	Interoperabilidade futura e padronização.	Projeto técnico homologável; sem integração presumida.

9.11 Austrália: My Health Record e sumários de alta

O **My Health Record** reúne dados nacionais essenciais e permite o compartilhamento de sumários de alta entre profissionais e cidadãos. A Australian Digital Health Agency descreve sumário com diagnósticos, medicamentos em uso e suspensos, alergias, visão clínica e tratamentos posteriores, disponível em documentos clínicos [11–12]. Essa correspondência com o Passaporte Canaã é particularmente forte: o sumário se presta à **continuidade entre instituições**, e não apenas ao arquivamento do paciente.

A Austrália também atualizou, em 2025–2026, suas regras de publicação de relatórios laboratoriais e de imagem: a maior parte dos exames laboratoriais é acessível após carregamento, enquanto categorias sensíveis, como anatomopatologia e genética, podem obedecer a janela de divulgação, e certos laudos de imagem têm regras próprias [13]. **Aprendizado crítico:** disponibilização rápida e comunicação clínica são decisões relacionadas, porém diferentes. Não se deve simplesmente impor “atrasos de cinco dias” no Brasil: os tempos australianos são referências contextuais, não normas brasileiras.

Recomendação Canaã: resultado crítico ou de alto impacto deve acionar revisão médica, estratégia de contato e proteção contra a perda de seguimento, respeitando os direitos do paciente e a legislação aplicável. A publicação no portal nunca encerrará, por si, a responsabilidade de comunicar achados cuja conduta exija ação.

9.12 Inglaterra: NHS App e Shared Care Records

O **NHS App** permite consultar documentos e resultados integrados ao prontuário da atenção primária e, conforme região e serviço, a portais hospitalares; a própria documentação admite variações no acesso, indisponibilidade de certos resultados e orientações para publicação de informações sensíveis [14]. Já os **Shared Care Records** buscam disponibilizar, a usuários autorizados, dados clínicos oriundos de organizações distintas, para finalidade de cuidado direto [15].

Lição transferível: distinguir portal do cidadão, prontuário local e acesso profissional interinstitucional. Um mesmo dado não é automaticamente visível em todos os sistemas, mesmo no NHS. **Precaução:** o médico da UPA não deve depender de um link público do Passaporte como única fonte de dados, e a ausência de exame no portal não pode ser interpretada como exame inexistente.

9.13 Estônia: Health Portal, identidade e representação

O **Health Portal da Estônia** oferece documentos médicos enviados ao sistema de informação, prescrições, encaminhamentos, histórico, agendamentos e informações preventivas. A autenticação é realizada por meios nacionais de identidade digital, com recursos para **representantes autorizados** e consulta sobre quem acessou informações

[16]. O modelo ilustra a importância da confiança, da rastreabilidade e de uma arquitetura de acesso centrada no cidadão.

Lição transferível: trilhas de acesso compreensíveis, permissões diferenciadas e gestão segura de representantes. **Limitação:** o ecossistema estoniano foi estruturado sobre identidade e infraestrutura estatais específicas. Não é transferível como integração pronta; o Canaã deverá adotar autenticação adequada ao Brasil, formalizar acessos de responsáveis legais e avaliar mecanismos disponíveis no Gov.br sem assumir integração já contratada.

9.14 Estados Unidos: VA e Blue Button 2.0

O serviço de saúde do **Department of Veterans Affairs (VA)** oferece consulta, impressão e download de registros, incluindo resultados, alergias, notas e sumários [17]. É um exemplo relevante de portabilidade documental: o cidadão pode levar a informação para profissionais externos. Por sua vez, a API **Blue Button 2.0**, do CMS, permite acesso autorizado a **dados administrativos de reivindicações/claims do Medicare**, não constituindo repositório clínico completo nem substituto de sumário médico [18].

Lição transferível: exportação auditável, portabilidade e clareza quanto ao tipo de dado. **Limitação relevante:** dados de faturamento e codificação administrativa não devem ser interpretados automaticamente como diagnóstico clínico confirmado, prescrição atual ou evolução. O Canaã deverá diferenciar elementos clínicos validados daqueles importados como registros complementares.

9.15 União Europeia: MyHealth@EU e horizonte regulatório

A iniciativa **MyHealth@EU** promove serviços de intercâmbio transfronteiriço como resumo do paciente e prescrição eletrônica; o Resumo do Paciente inclui alergias, medicamentos e antecedentes relevantes [19]. A regulação europeia do **European Health Data Space (EHDS)** estabelece aplicação progressiva, com marcos futuros para sumários e prescrições em 2029 e para imagens, laboratório e relatórios de alta em 2031 [20].

Lição transferível: priorizar primeiro um conjunto mínimo de informações críticas interoperáveis, expandindo gradualmente para documentos complexos. **Limitação:** as obrigações europeias não regem o Hospital Canaã e não devem ser copiadas como exigências legais brasileiras. O paralelo é arquitetural e metodológico.

9.16 Modelos assistenciais complementares: RED e OpenNotes

O **Re-Engineered Discharge (RED)**, difundido pela AHRQ, define um conjunto coordenado de ações de preparação para a alta e acompanhamento, com evidências sobre redução de retornos e reinternações nos contextos estudados [21]. É um *modelo assistencial*, não um

software; aproxima-se do Passaporte por vincular instruções, medicamentos, agendamentos, exames e comunicação ao paciente.

A literatura **OpenNotes**, sobre acesso do paciente às notas clínicas, indica possibilidades de engajamento, confiança e correção de inconsistências, acompanhadas de preocupações reais de privacidade [22–23]. Para o Canaã, não se recomenda liberar automaticamente toda anotação interna do prontuário como “Passaporte”. O formato deve ser um **sumário validado e contextualizado**, preservando os demais direitos de acesso aos registros pelos canais legalmente adequados.

9.17 Qualidade e força das evidências encontradas

O benchmarking inclui descrições de produtos, padrões técnicos, estudos observacionais e revisões científicas; esses objetos não têm o mesmo nível de evidência. Uma revisão sistemática de 2026 sobre instruções automatizadas de alta encontrou bom engajamento por telefone/SMS, mas reconheceu evidência limitada e inconclusiva para reinternação e retorno ao pronto-socorro [24]. Uma revisão publicada em 2026 sobre acesso on-line às notas descreveu maior engajamento e satisfação, com ressalvas de privacidade e limitações de desfechos [22].

Em sentido mais amplo, revisão de revisões sobre planejamento de alta hospitalar apontou evidência mais robusta para redução de reinternações, discrepâncias medicamentosas e maior satisfação, sobretudo com **intervenções combinadas e de maior intensidade**; é inadequado atribuir esse efeito isoladamente a um portal [25]. Essas conclusões dão apoio ao desenho *processo + informação + contato*, mas o efeito local deverá ser demonstrado por avaliação prospectiva.

Afirmação	Grau de suporte na pesquisa	Formulação permitida no material institucional
Aplicativos permitem acesso a exames/documentos	Funcionalidade descrita oficialmente.	“Acesso documentado em determinadas condições.”
Sumário de alta apoia compartilhamento	Modelo e prática institucional de referência.	“Favorece intercâmbio quando há governança.”
Planejamento de alta pode reduzir reinternações	Revisões de intervenções combinadas.	“Evidência para programas estruturados; não para portal isolado.”
O Canaã reduzirá reinternações em X%	Sem estudo local; evidência inexistente.	Não declarar; mensurar em piloto com comparação apropriada.
Chat substitui retorno médico	Não sustentado; potencialmente inseguro.	Não afirmar; delimitar função e escalonamento.

9.18 Matriz comparativa de transferibilidade ao Canaã

A matriz é **qualitativa**, com categorias “alta”, “média” e “condicionada” para utilidade conceitual; não apresenta pontuação de mercado, conformidade técnica verificada ou resultados assistenciais comparáveis entre sistemas.

Referência	Elemento observável	Transferibilidade ao PDSC	Limite/alerta
Meu SUS Digital	Histórico nacional e documentos.	Alta: padrão de organização e interoperabilidade.	Cobertura de registros depende de fontes integradas.
e-SaúdeSP	Exames, histórico, serviços municipais.	Alta: alinhamento territorial e de jornada.	Integração exige pactuação com SMS-SP.
Meu HMS	Relatório de alta e exames hospitalares.	Alta: interface de episódio e alta.	Não comprova contrarreferência ativa.
eSaúde Cidadão	Receitas, laudos, chat, família.	Média: comunicação e representação.	Requer infraestrutura/sistemas participantes.
Fortaleza/Curitiba	Notificações, exames, agenda.	Média: UX e lembretes.	Não criar regulação paralela.
My Health Record	Sumário compartilhável e dados nacionais.	Alta: conciliação e documentação.	Políticas australianas não são norma brasileira.
NHS + Shared Care	Portal e compartilhamento profissional.	Alta: perfis de acesso e fluxo entre serviços.	Disponibilidade varia conforme integração local.
Estônia Health Portal	Identidade, procuração e logs.	Média: segurança e transparência.	Infraestrutura nacional própria.
VA / Blue Button	Portabilidade; claims no CMS.	Média: download e transparência do tipo de dado.	Claims não equivalem a registro clínico.
MyHealth@EU	Resumo clínico mínimo e padrões.	Condicionada: referência arquitetural.	Aplicação normativa europeia progressiva.

9.19 Lacunas de mercado e posicionamento institucional

As experiências revisadas cobrem diferentes componentes — acesso a documentos, agenda, interoperabilidade, identidade, educação ou contato. Nas fontes públicas analisadas, não foi possível demonstrar que uma única plataforma brasileira oferece, de forma generalizada e comprovada, todo o ciclo **alta clínica validada → instruções compreensíveis → medicamentos conciliados → pendências com responsável → contrarreferência confirmada → seguimento verificado**. Isso é uma lacuna *documental* no escopo da pesquisa, e não prova de inexistência de iniciativas semelhantes.

O posicionamento Canaã deve ser “**plano de continuidade assistencial orientado ao paciente e à rede**”, sem alegar pioneirismo exclusivo ou superioridade comprovada. O valor público esperado está na coordenação de um processo de alta segura, não na propriedade de dados ou na criação de um novo sistema regulatório. Os resultados serão demonstráveis somente após implantação e medição adequada.

9.20 Priorização funcional: essencial, expansão e exclusões

Camada	Funções recomendadas	Critério de entrada
Essencial — piloto	Identificação, episódio, sumário assinado, alergias, medicamentos da alta e suspensos, exames/laudos disponíveis, orientação, retorno, pendências, canal de suporte e via impressa.	Dados de origem validados, responsável e controle de acesso definidos.
Alta prioridade — expansão	Visualizador de imagens, avisos sobre laudos pendentes, comunicação pós-alta protocolada, representação, notificações e indicadores de contrarreferência.	Testes de segurança, vínculo com processos e equipe treinada.
Interoperabilidade evolutiva	Padrões RNDS, encaminhamento eletrônico pactuado, confirmação institucional de recebimento, integração e-SaúdeSP quando viável.	Acordos, credenciamento e homologação aplicáveis.
Fora do escopo inicial	Prontuário paralelo, regulação própria de vagas/consultas SUS, acesso universal por QR sem login, triagem de urgência totalmente automatizada.	Não implementar como atalho tecnológico.

9.21 Requisitos mínimos de interoperabilidade e proveniência

Cada informação exposta deve manter vínculo inequívoco com paciente, episódio, estabelecimento, profissional, data/hora, versão e status do documento. Corrigir um resultado não pode apagar silenciosamente a versão anterior; o histórico deverá permitir auditoria, preservando o documento final mais recente e a identificação de retificações. Dados estruturados devem ser normalizados quando possível; o PDF assinado, por si só, não substitui a possibilidade de intercâmbio semântico.

A arquitetura proposta distingue **PEP hospitalar como fonte primária**, subsistemas laboratoriais/PACS e laudos, camada de interoperabilidade e **portal PDSC como visualização e entrega**. Para integração federal, aplicar os modelos e perfis homologados da RNDS (FHIR R4), submetendo-se às exigências do gestor [2–4]. Para imagem, assegurar que o paciente possa consultar laudo e, quando viável, visualizar ou obter arquivos no padrão DICOM por meio autenticado; nunca divulgar URLs permanentes ou abertas contendo dados sensíveis.

9.22 Governança de acesso e resultados sensíveis

As experiências australiana e britânica evidenciam que rapidez de divulgação, compreensão e proteção não são objetivos idênticos. O Canaã deverá definir, com sua direção técnica e encarregado de dados, políticas para: exames críticos; anatomopatologia e achados graves; informações sobre terceiros; correções de erro; incapacidade de decisão; adolescentes; representação familiar; e contingência de acesso [13–15].

Regra assistencial proposta: para resultados que exijam decisão clínica urgente, a equipe será alertada e assumirá o contato ativo; para demais laudos, o portal deverá exibir o documento com contexto apropriado e orientação de seguimento. Qualquer restrição temporária ou forma de divulgação dependerá de fundamento jurídico, justificativa clínica e regras institucionalmente aprovadas, sem copiar automaticamente períodos estrangeiros. Logs de acesso, autenticação robusta e revisão periódica de permissões são obrigatórios no desenho de segurança.

9.23 Duas jornadas: paciente e profissional receptor

Etapa	Jornada do paciente	Jornada de UBS/UPA/ambulatório
Saída hospitalar	Recebe explicação, receita, sumário, orientações e acesso testado.	Destino informado no plano; recebe contrarreferência se fluxo pactuado.
Pós-alta imediato	Encontra “o que fazer agora”, sinais de alerta e contatos.	Pode consultar sumário compartilhado de forma válida.
Exame posterior	É informado quando pertinente; não precisa descobrir achado crítico sozinho.	Enxerga laudo com status e responsável pela revisão.
Novo atendimento UPA	Apresenta documento autenticado ou acesso ao portal.	Confere alergias, terapias atuais, cirurgias e exames prévios.
Seguimento UBS	Apresenta plano claro, medicamentos e data sugerida de retorno.	Revê mudanças e define continuidade segundo julgamento clínico.
Sem internet	Recebe via impressa e orientação assistida.	Utiliza documento verificável e contatos institucionais.

Para o profissional receptor, a interface mais útil é um **resumo clínico de leitura rápida**, com alertas relevantes, data da alta, medicamentos atuais, procedimentos, exames críticos e plano de seguimento. O acesso íntegro a arquivos detalhados estará disponível mediante autenticação e permissões adequadas. O paciente verá explicações compreensíveis e poderá optar pela documentação detalhada.

9.24 Piloto, testes, indicadores e comparação pós-implantação

Propõe-se iniciar piloto em grupo delimitado de altas, com representação de casos clínicos, cirúrgicos e pacientes de maior risco de transição, sem excluir pessoas sem conectividade. Antes da expansão, recomenda-se ensaio com dados fictícios, cenários adversos, correção

de duplicidades, invalidação de documentos, autenticação de terceiros e comunicação de resultado crítico.

Indicador proposto	Definição operacional inicial	Risco de interpretação
Sumário validado na alta	Altas elegíveis com documento assinado até saída / altas elegíveis.	Publicação não equivale a entendimento.
Conciliação medicamentosa completa	Altas com lista de manter/suspender/alterar conferida.	Preenchimento pode não captar erros.
Plano de seguimento definido	Altas com destino, prazo clínico e ação seguinte.	Não significa consulta efetivamente realizada.
Pendências com responsável	Exames pendentes com responsável e monitoramento ativo.	Resultado liberado não prova comunicação.
Uso pelo paciente	Acessos e documentos visualizados por segmento.	Acessos brutos enviesam por inclusão digital.
Encaminhamento confirmado	Contrarreferências com recebimento demonstrado / enviadas pactuadas.	Não representa atendimento concluído.
Eventos evitáveis pós-alta	Incidentes classificados e revisados pelo NSP.	Depende de vigilância e ajuste de case-mix.

Reinternações em 7 e 30 dias e retorno à urgência podem ser acompanhados como **desfechos exploratórios**, sujeitos a disponibilidade dos dados, atribuição causal complexa, perfil de risco e limites de observação interinstitucional. Quando possível, comparar períodos ou grupos com desenho definido previamente, sem extrapolar para todo o SUS.

9.25 Riscos, mitigação e pontos de veto

Risco	Exemplo concreto	Mitigação / veto
Confusão entre dados	Medicação intravenosa hospitalar exibida como domiciliar.	Vetar até conciliação e separação de listas.
Identidade incorreta	Exame de homônimo no Passaporte.	Bloquear publicação; dupla verificação e correção rastreável.
Falsa continuidade	Encaminhamento enviado sem responsável receptor.	Estado separado para “enviado”, “recebido” e “efetivado”.
Resultado sensível	Anatomopatologia grave disponibilizada sem fluxo clínico.	Protocolo de notificação e revisão obrigatório.
Privacidade	QR público revela histórico ou documento.	Acesso autenticado, prazo e autorização granular.
Desigualdade	Paciente sem smartphone sai sem documentos.	Via impressa e apoio assistido obrigatórios.
Integração presumida	Site anuncia RNDS/e-SaúdeSP operacional sem homologação.	Vetar publicidade até acordo/teste formal.

Risco	Exemplo concreto	Mitigação / veto
Canal clínico indefinido	Mensagem pós-alta sem monitoramento ou escala.	Definir finalidade, horários, triagem e contingência.

9.26 Aplicações clínicas demonstrativas

Cenário A — Colecistectomia e retorno à UBS

Paciente com colecistectomia sem complicação recebe sumário, orientação de feridas, analgesia de alta, medicamentos suspensos, avaliação de sintomas de alerta e programação de seguimento. O valor do Passaporte não está apenas em anexar o laudo anatomopatológico, mas em definir o responsável por revisá-lo após liberação e comunicar resultado relevante. A UBS recebe ou visualiza a contrarreferência no fluxo pactuado; enquanto isso não existir, o paciente leva documento verificável.

Cenário B — Insuficiência cardíaca e múltiplas medicações

Após ajuste de diuréticos e anti-hipertensivos, a lista domiciliar precisa diferenciar dose atual, suspensão e monitoramento renal/eletrolítico. Um portal que apenas reproduza as administrações da internação cria risco. O plano deve explicitar reavaliação clínica e exames de controle conforme prescrição, com nível de risco e canal de dúvidas; informações atualizadas poderão ser apresentadas em uma nova consulta.

Cenário C — Novo atendimento na UPA

Paciente retorna à urgência por queixa não relacionada ao motivo da internação anterior. O profissional autorizado identifica a data da alta, diagnósticos relevantes, alergias, função renal e terapias atuais, sem precisar percorrer notas clínicas extensas. O Passaporte **não define diagnóstico da queixa atual**: oferece subsídios; a nova avaliação médica permanece obrigatória.

Cenário D — Paciente sem celular

Idoso sem acesso digital recebe via impressa do sumário, receita e orientações, com instrução de como reobter os documentos e ajuda na unidade. A mesma exigência de completude e segurança se aplica à via física; o registro de entrega não pode mascarar ausência de compreensão.

9.27 Recomendações consolidadas à direção do Instituto

- **Adotar o fluxo assistencial como núcleo do produto:** planejar alta, validar sumário, conciliar fármacos, atribuir pendências, orientar paciente e encaminhar à rede.

- **Priorizar compatibilidade com SUS:** RNDS e e-SaúdeSP como referências de integração, mediante protocolos e pactuação, sem simular disponibilidade atual.
- **Separar visualização do registro clínico:** PEP como fonte original, Passaporte como camada segura de acesso e plano de continuidade.
- **Instituir governança de laudos pendentes:** revisão por profissional habilitado, comunicação ativa de resultados relevantes e encerramento verificável.
- **Oferecer experiência universal:** portal web responsivo, acessibilidade, representantes autorizados, download e alternativa impressa.
- **Subordinar mensuração a métodos clínicos:** avaliar qualidade, segurança e seguimento com denominadores explícitos; evitar promessas de redução de custo/reinternação.
- **Construir com participação interprofissional:** direção técnica, enfermagem, farmácia, NSP, serviço social, TI, LGPD, jurídico e pacientes.
- **Revisar periodicamente o benchmarking:** funcionalidades externas e regras da RNDS evoluem; atualização de fontes deve ser controlada por versão.

9.28 Decisões sujeitas à aprovação institucional

Decisão	Encaminhamento recomendado	Instância de validação
Escopo do MVP	Aprovar sumário, plano, medicação, exames e acesso seguro.	Direção Técnica/Comitê PDSC.
Regra de divulgação de resultados	Criar política diferenciada com revisão clínica e LGPD.	Corpo clínico/NSP/DPO/jurídico.
Acesso profissional	Definir autenticação, finalidade e auditoria.	TI/segurança/direção clínica.
Comunicação pós-alta	Definir equipe, horário, prazos e protocolos.	Gestão assistencial/NSP.
Interoperabilidade municipal/nacional	Abrir tratativas formais, testar e homologar.	Direção executiva/TI/SMS-SP/RNDS.
Avaliação	Aprovar indicadores, auditoria e estudo piloto.	Qualidade/NSP/Comitê técnico.

CONCLUSÃO INSTITUCIONAL A experiência internacional demonstra múltiplas arquiteturas de acesso a dados; a singularidade pretendida do PDSC está em organizar o cuidado depois da alta. Essa singularidade será uma proposta de valor — e não um resultado comprovado — até ser implementada, auditada e avaliada.

Referências normativas, técnicas e científicas

Referências verificadas em páginas oficiais, publicadores identificados e literatura indexada. Acesso em 02/11/2026. As URLs são fornecidas para rastreabilidade; descrição de funcionalidade não implica auditoria do produto.

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital — serviços e informações ao cidadão (atualizado em 2026).

https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital/perguntas-e-respostas/cidadao/2-quais-os-servicos-que

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. RNDS: guia para gestores e integradores.

https://rnds-guia.saude.gov.br/

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Implementação RNDS FHIR R4.

https://rnds-fhir.saude.gov.br/

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta.

https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — PNISD, notícia institucional de 29/10/2026.

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[6] SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Plataforma da Saúde Paulistana e-SaúdeSP (2026).

https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/usuario-e-saudesp

[7] SANTA CASA DA BAHIA. Meu HMS, descrição pública do aplicativo — Google Play.

https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.mtmtecnologia.hms.clientes

[8] TWI TECNOLOGIA. eSaúde Cidadão, descrição pública — App Store.

https://apps.apple.com/br/app/esa%C3%BAde-cidad%C3%A3o/id6774315214

[9] FORTALEZA (Município). Saúde na Palma da Mão: serviços disponíveis, 24/09/2026.

https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/saude-na-palma-da-mao-confira-os-servicos-disponiveis-no-novo-aplicativo-da-prefeitura-de-fortaleza

[10] CURITIBA (Município). Saúde Já — dúvidas frequentes e funcionalidades.

https://saudeja.curitiba.pr.gov.br/duvidas-frequentes

[11] AUSTRALIAN DIGITAL HEALTH AGENCY. My Health Record — funcionamento geral.

https://www.digitalhealth.gov.au/initiatives-and-programs/my-health-record

[12] AUSTRALIAN DIGITAL HEALTH AGENCY. Discharge summaries — conteúdo e acesso.

https://www.digitalhealth.gov.au/initiatives-and-programs/my-health-record/whats-inside/information-healthcare-providers-can-upload/discharge-summaries

[13] AUSTRALIAN DIGITAL HEALTH AGENCY. Better and Faster Access to Health Information (2026).

https://www.digitalhealth.gov.au/initiatives-and-programs/better-and-faster-access-to-your-health-information

[14] NHS ENGLAND. NHS App: viewing test results and documents (2026).
https://www.nhs.uk/nhs-app/help/test-results/

[15] NHS ENGLAND. Shared Care Records.
https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/connecteddigitalsystems/shared-care-records/

[16] ESTONIAN HEALTH INSURANCE FUND / TEHIK. Health Portal — services and representation.
https://www.tehik.ee/en/health-portal

[17] U.S. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. Review Medical Records Online, atualizado 2026.
https://www.va.gov/health-care/review-medical-records

[18] U.S. CMS. Blue Button 2.0 API — acesso autorizado a dados Medicare claims.
https://developer.cms.gov/bluebutton-api/

[19] EUROPEAN COMMISSION. Electronic cross-border health services — MyHealth@EU.
https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en

[20] EUROPEAN COMMISSION. European Health Data Space regulation — phased application.
https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en

[21] AHRQ. Re-Engineered Discharge Toolkit (RED), revisão março/2025.
https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

[22] Impact of online patient access to clinical notes on quality of care: a systematic review. PubMed, 2026. PMID 40623813.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40623813/

[23] BELL, S. K. et al. Frequency and Types of Patient-Reported Errors in EHR Notes. JAMA Network Open. 2020;3(6):e205867.
https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2766834

[24] Automated Discharge Instructions in Medical and Surgical Care: a systematic review. Healthcare. 2026;14(6):798.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13026212/

[25] Hospital Discharge Planning — an Investigation of Outcomes and Interventions. Health Services Research, 2025. PubMed.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41130716/

Registro de apreciação e aprovação institucional

Campo	Registro
Situação atual	MINUTA 0.1 — aguardando apreciação do proponente
Responsável pela apreciação	Instituto de Ciências Médicas Canaã — representação institucional
Parecer técnico-clínico	A preencher após análise da Direção Técnica e do grupo assistencial
Parecer jurídico/LGPD/TI	A preencher após revisão especializada e documental

Campo	Registro
Ajustes solicitados	_____
Data e identificação de aprovação	_____
Vigência operacional	Somente após aprovação de política, fluxos, capacitação, testes e acordos institucionais pertinentes.

Observação de governança: a aprovação editorial do capítulo pelo proponente autoriza o prosseguimento do manual, mas não substitui o ato institucional formal de entrada em vigor nem as responsabilidades de cada área técnica.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 10

MODELO ASSISTENCIAL CANAÃ E INTEGRAÇÃO COM AS LINHAS DE CUIDADO CLÍNICAS E CIRÚRGICAS

Responsabilidade clínica, cogestão, linhas de cuidado e plano de continuidade após a alta

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 10
Título	Modelo Assistencial Canaã e Integração com as Linhas de Cuidado Clínicas e Cirúrgicas
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Unidade inicial prevista	Hospital Canaã — município de São Paulo/SP; projeto em fase de planejamento
Código/versão	PDSC-MAN-C10 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta técnica para análise e aprovação institucional; não equivale a protocolo assistencial já implantado
Histórico de aprovação	Capítulos 01 a 09 aprovados pelo proponente; Capítulo 10 submetido a revisão
Área proprietária proposta	Direção Técnica e Coordenação de Continuidade do Cuidado, com participação de Qualidade/NSP, Enfermagem, Farmácia e TI
Aprovações requeridas	Direção Técnica, Direção Clínica, representantes das especialidades, Qualidade/NSP, Farmácia, Jurídico/LGPD e interlocução com gestão SUS conforme o objeto
Regra institucional em destaque	O cirurgião titular mantém responsabilidade nominal e decisão de alta dos pacientes cirúrgicos; a cogestão com hospitalista não transfere automaticamente a titularidade.
Fontes consultadas	Normas brasileiras e referências científicas/institucionais disponíveis até 02/11/2026

Resumo executivo

O Capítulo 10 encerra a Parte II do manual e traduz seus fundamentos clínicos, científicos e normativos em um **modelo assistencial próprio para a construção do Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC)**. O elemento central é a ligação verificável entre o episódio hospitalar — urgência, internação clínica ou cirurgia, eventual UTI, investigação e tratamento — e a sequência de cuidados nas UBS, ambulatórios, serviços especializados, reabilitação, apoio domiciliar e futuras urgências, dentro das competências pactuadas da Rede de Atenção à Saúde (RAS). [1–4, 8–10]

O modelo propõe **titularidade médica definida, cogestão organizada, reunião clínica multiprofissional, plano individual de continuidade, sumário de alta validado, conciliação medicamentosa, acompanhamento de resultados pendentes e comunicação de contrarreferência**. O Passaporte torna visível ao cidadão e ao serviço receptor o que aconteceu no hospital, o que precisa acontecer a seguir e quem responde por cada pendência. Documentação eletrônica não substitui avaliação médica nem compromisso assistencial. [5–7, 11–14]

As especialidades e volumes descritos são premissas do projeto Hospital Canaã, não comprovação de habilitação, contrato SUS ou operação. A adoção formal depende de dimensionamento de pessoal, protocolos, infraestrutura, validação clínica e pactuação com a gestão pública. Benefícios como menor reinternação e melhor adesão representam resultados a medir, não promessas de eficácia já demonstrada no Canaã.

Sumário do capítulo

10.1 Finalidade, alcance e integração com os capítulos anteriores
10.2 Fundamentação legal e conceitual do modelo assistencial
10.3 Premissas operacionais do Hospital Canaã e delimitação do escopo
10.4 Arquitetura assistencial: episódio, transição e continuidade
10.5 Princípios clínicos e critérios de longitudinalidade
10.6 Governança médica e definição inequívoca de titularidade
10.7 Cogestão clínico-cirúrgica: papéis e limites
10.8 Contribuição das equipes multiprofissionais
10.9 Organização dos pontos de decisão durante a internação
10.10 Estratificação de risco para continuidade pós-alta
10.11 Linha de cuidado clínica: síndromes agudas e multimorbidade
10.12 Linha cardiovascular: hipertensão, insuficiência cardíaca e eventos agudos
10.13 Linha neurológica: AVC, epilepsia, déficits e reabilitação
10.14 Linha metabólica e renal: diabetes, lesão renal e diálise
10.15 Linha infectológica, respiratória e antibioticoterapia
10.16 Linha cirúrgica geral e digestiva: pós-operatório e anatomopatológico
10.17 Linhas ortopédica, neurocirúrgica, urológica e vascular
10.18 Linha do paciente crítico: UTI, desospitalização e síndrome pós-UTI
10.19 Linhas transversais: dor, fragilidade, nutrição e cuidados paliativos
10.20 Matriz de responsabilidades por fase de cuidado
10.21 Conjunto mínimo de dados clínicos por linha
10.22 Conciliação medicamentosa e riscos de transição
10.23 Exames, imagens, procedimentos e resultados pendentes
10.24 Plano Individual de Continuidade Assistencial (PICA)
10.25 Contrarreferência e interação com UBS, UPA e especialidades
10.26 Jornada do paciente e fluxograma assistencial textual
10.27 Comunicação pós-alta, sinais de alarme e resposta a incidentes
10.28 Indicadores, auditoria clínica e avaliação de efetividade
10.29 Matriz de riscos e condições impeditivas
10.30 Implantação por etapas, cenários-teste e validação
10.31 Estudos de caso ilustrativos
10.32 Recomendações, decisões pendentes e interfaces com a Parte III
Referências normativas, institucionais e científicas

Termo de apreciação e aprovação institucional

10.1 Finalidade, alcance e integração com os capítulos anteriores

Definir o modelo de assistência que produzirá as informações do PDSC, desde a entrada no Hospital Canaã até a continuidade no território, com fluxos distintos para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. O capítulo articula as bases dos Capítulos 1–9 e prepara a futura especificação de formulários, interoperabilidade, governança e operação. O PDSC será **produto da assistência organizada**, não uma tarefa isolada do setor de tecnologia. [1–4]

Seu alcance abrange passagem pelo pronto-socorro quando seguida de alta com orientação relevante, internação hospitalar, cirurgia, transferência intra-hospitalar, tratamento em UTI e alta com necessidade de seguimento. Exames e procedimentos ambulatoriais poderão ser incorporados após avaliação de escopo e capacidade. Não abrange substituir o prontuário eletrônico, realizar teletriagem de urgência, regular vagas ou criar listas de espera paralelas.

RESULTADO ASSISTENCIAL A OBTER Em cada alta deve existir um relato confiável do episódio, identificação do responsável, lista reconciliada de medicamentos, exames relevantes, pendências, alertas e plano de seguimento apropriado ao risco. A apresentação visual no portal é uma etapa posterior à validação clínica.

10.2 Fundamentação legal e conceitual do modelo assistencial

A **Lei nº 8.080/1990** oferece base à integralidade e à articulação das ações de saúde. A **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)** organiza o hospital como componente da RAS, prevê acesso regulado e dispositivos de clínica ampliada e alta responsável. A **Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)** reforça organização territorial, integração entre pontos e continuidade do cuidado. A Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD), instituída em outubro de 2026, orienta a modernização informacional centrada no cidadão. [1–4]

Na documentação médica, a **Resolução CFM nº 2.381/2024**, em sua redação aplicável, diferencia documentos, inclui o resumo ou sumário de alta entre os documentos médicos e determina requisitos de identificação e assinatura. A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 instituiu o Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS, referência indispensável para campos e estrutura de troca. A RDC Anvisa nº 36/2013 aborda segurança do paciente e comunicação entre serviços. [5–7]

Referência	Consequência concreta para o PDSC
PNHOSP e PNAES	O hospital deve agir como ponto de uma rede, com encaminhamento responsável e continuidade do cuidado.

Referência	Consequência concreta para o PDSC
CFM 2.381/2024	Sumário de alta é documento médico; precisa de elaboração/validação e assinatura conforme regras profissionais.
MS 8.026/2025	A estrutura dos dados deve considerar o Modelo de Informação do Sumário de Alta da RNDS.
RDC 36/2013	Falhas de informação e transição integram a gestão de riscos do NSP.
PNISD e RNDS	Interoperabilidade e proteção de dados são objetivos sujeitos a governança, requisitos técnicos e aprovação de acesso.

10.3 Premissas operacionais do Hospital Canaã e delimitação do escopo

A unidade inicial prevista no projeto institucional situa-se na região central de São Paulo, com **122 leitos projetados: 92 de internação e 30 de UTI adulto**. Estão previstos pronto-socorro, centro cirúrgico, apoio diagnóstico (tomografia, radiologia, ultrassom e endoscopia), clínica hospitalista e especialidades por atuação direta ou interconsulta. Essas capacidades são premissas de planejamento, condicionadas a validação de plantas, licenciamento, recursos humanos e processos de contratação.

O modelo de continuidade deve ser dimensionado ao perfil previsto: clínica médica, cardiologia, neurologia, infectologia, nefrologia, gastroenterologia, hematologia não oncológica, manejo da dor, cirurgia geral e especialidades cirúrgicas programadas/conforme disponibilidade. **Não pressupor** atendimento obstétrico, neonatal ou pediátrico na etapa inicial, nem habilitação como centro especializado para procedimentos não confirmados.

Origem do episódio	Foco de atenção na alta	Documento mínimo
Pronto-socorro com alta	Diagnóstico/hipótese, conduta realizada, riscos, reavaliação e sinais de alarme.	Resumo do atendimento + receita/orientações + exames relevantes.
Internação clínica	Evolução, complicações, medicamentos, pendências e destino do seguimento.	Sumário de alta médico + PICA + documentos validados.
Internação cirúrgica	Operação, ferida/curativo, dispositivos, restrições, patologia e revisão com cirurgião.	Sumário de alta cirúrgico assinado + PICA coordenado.
Alta após UTI	Suporte utilizado, sequelas, funcionalidade, reabilitação e riscos específicos.	Resumo de passagem pela UTI incorporado ao sumário hospitalar.

10.4 Arquitetura assistencial: episódio, transição e continuidade

A **unidade de trabalho** será o episódio assistencial com identificador único, vinculado ao paciente e a seus registros de origem. O processo é composto por sete elos: acolhimento, definição da equipe responsável, plano terapêutico, reavaliação diária, preparação da saída, formalização da alta e acompanhamento das pendências/encaminhamentos. A passagem de um elo a outro requer evidência documentada; a circulação digital do documento não constitui, por si, entrega efetiva do cuidado.

Do ponto de vista longitudinal, o PDSC oferece ao paciente uma **linha do tempo dos episódios hospitalares**, separando dados encerrados, condições ativas, condutas atuais, documentos em revisão e resultados liberados após a saída. O documento deve mostrar fonte, data, autor e status; não condensar registros contraditórios sem revisão. A visão transversal ajuda o médico futuro, mas não se sobrepõe à avaliação atual. [7–9]

10.5 Princípios clínicos e critérios de longitudinalidade

- **Responsabilidade definida:** cada paciente terá médico titular nominal e substituto institucionalmente identificável; cada pendência crítica terá um responsável explícito.
- **Unicidade da prescrição válida:** ordens médicas poderão ter múltiplos autores autorizados, mas a versão vigente será reconciliada e sem duplicidades.
- **Centralidade e autonomia:** o paciente terá informação compreensível, participação nas decisões e mecanismos alternativos ao acesso digital.
- **Equipe e território:** a alta prepara a sequência de tratamento e reconhece as competências reais da UBS, UPA, ambulatórios e regulação.
- **Proveniência e temporalidade:** exibir claramente resultado, data, instituição emissora e status preliminar/final, distinguindo evento passado de condição atual.
- **Segurança prioritária:** o sistema não libera automaticamente instruções conflitantes nem considera uma mensagem sem leitura como contrarreferência concluída.

10.6 Governança médica e definição inequívoca de titularidade

A atribuição de titularidade é elemento constitutivo da segurança clínica. O **médico titular do caso** responde pela coordenação assistencial médica, integração de pareceres, decisão clínica de alta e validação do documento pertinente a seu campo de responsabilidade. Cada evolução deve identificar autor, data/hora e papel; a equipe hospitalar deve regular formalmente substituições de plantão, férias e transferências. A titularidade não significa que outros profissionais deixem de responder por suas próprias ações e decisões.

Em internações predominantemente clínicas, a instituição poderá designar médico clínico/hospitalista titular, com interconsultores especializados. Em internações cirúrgicas, **o cirurgião responsável permanece titular nominal mesmo quando houver**

necessidade de UTI, realiza avaliação/evolução diária e conserva condução cirúrgica e decisão de alta hospitalar, conforme a diretriz do projeto Canaã. O intensivista responde pelo cuidado crítico no âmbito de suas atribuições e atua em articulação com o cirurgião. Mudança da titularidade do caso cirúrgico para Clínica Médica é **excepcional**, exige justificativa, anuência e aceite documentados entre equipes e comunicação ao paciente; a forma final requer regimento interno aprovado e parecer ético-jurídico.

Situação	Titular nominal previsto	Intervenção do hospitalista	Regra de alta
Clínico sem cirurgia	Clínico/hospitalista designado	Condução diária e coordenação com interconsultas.	Autorizada pelo médico clínico titular.
Pós-operatório sob Cirurgia	Cirurgião responsável	Avaliação clínica diária; prescrição de rotina quando autorizado; manejo clínico compartilhado.	Autorizada pelo cirurgião titular, com plano clínico integrado.
Intercorrência médica no cirúrgico	Cirurgião, salvo transferência excepcional formalizada	Atendimento e coordenação da complicação clínica; escalonamento urgente.	Decisão integrada e titularidade documentada.
UTI com paciente cirúrgico	Cirurgião titular permanece nominal; intensivista responde diretamente pelo cuidado crítico, com atribuições pactuadas.	Intensivista, cirurgião e hospitalista atuam de forma articulada e registram decisões.	A alta da UTI é transição de setor, não alta hospitalar; cirurgião mantém condução cirúrgica.

10.7 Cogestão clínico-cirúrgica: papéis e limites

No modelo escolhido para o Canaã, o hospitalista participa diariamente do cuidado dos pacientes cirúrgicos, acompanha comorbidades, avaliação pré e pós-operatória, analgesia compartilhada, tromboprofilaxia conforme indicação, prevenção de descompensações clínicas e reconciliação dos medicamentos. O cirurgião conserva indicação, estratégia e monitoramento cirúrgicos, manejo das complicações operatórias, ajustes cirúrgicos e decisão de alta. A **prescrição de rotina pelo hospitalista**, quando adotada, precisará de protocolo e limites definidos no regimento, sem confundir autor da prescrição com titularidade do caso.

A prescrição não deve sofrer dois comandos conflitantes: quando um profissional altera droga, dose ou suspensão com repercussão relevante, deverá registrar o motivo, informar os demais envolvidos e obter alinhamento conforme urgência e política de comunicação. A divergência irresolvida exigirá escalonamento ao coordenador médico/diretor clínico, com prioridade à segurança do paciente. O prontuário deverá conter uma lista ativa de problemas e um plano conjunto. [13–14]

LIMITAÇÃO DA EVIDÊNCIA Há ensaio randomizado em cirurgia ortopédica de maior risco demonstrando benefício em complicações hospitalares com cogestão médica. Esse resultado não deve ser extrapolado automaticamente para toda especialidade, nem implica que a cogestão substitua cirurgião titular ou garanta menor mortalidade. [14]

10.8 Contribuição das equipes multiprofissionais

A continuidade assistencial requer equipe interdisciplinar com definição clara de atribuições e comunicação entre serviços. Enfermagem verifica compreensão, identifica necessidades de cuidado, feridas e dispositivos e orienta paciente/cuidador; farmácia estrutura a conciliação e orienta sobre acesso/uso seguro; fisioterapia e terapia ocupacional avaliam mobilidade e reabilitação; nutrição e fonoaudiologia orientam alimentação e deglutição; serviço social avalia barreiras sociofamiliares e acesso; psicologia apoia condições emocionais; gestão de casos/altas acompanha destino e pendências. Cada profissional responde por suas atribuições e registros, sem substituição da decisão médica.

Ator	Entrega verificável ao PICA	Ponto crítico
Médico titular	Diagnóstico, evolução final, condutas, orientações e assinatura do sumário.	Ausência de decisão/assinatura válida bloqueia liberação de sumário definitivo.
Hospitalista/ interconsultor	Recomendações clínicas e medicação revisada, por atribuição.	Achados não incorporados ao plano final precisam de resolução.
Enfermagem	Cuidados domiciliares, dispositivos, compreensão e entrega assistida.	Cuidador sem condições precisa de replanejamento.
Farmácia	Lista reconciliada e orientações de uso/acesso a medicamentos.	Conflitos/medicamentos de alto risco exigem revisão.
Reabilitação/ nutrição/fono	Metas funcionais, equipamentos e cuidados específicos.	Plano incompatível com capacidade domiciliar é falha de segurança.
Serviço social/gestão de casos	Destino do cuidado, contato de referência e barreiras sociais.	Encaminhamento não substitui vaga ou oferta pactuada.

10.9 Organização dos pontos de decisão durante a internação

O programa deverá incorporar um **plano de alta desde a admissão**, reavaliado segundo complexidade. Na admissão definem-se titular e riscos; na primeira avaliação estruturada identificam-se condições prévias, medicamentos, cuidador e provável destino; nas visitas evolutivas atualizam-se barreiras e pendências; quando a alta se torna previsível, concluem-se documentação e orientações; na decisão médica final confirma-se segurança clínica; antes da saída verifica-se entendimento e acesso aos documentos; após a saída revisam-se pendências conforme prioridade. [10–12]

Marco	Pergunta de controle	Registro e responsável
Admissão	Quem responde pelo caso e há fatores de risco para transição?	Médico e enfermagem; identificação do titular e estratificação inicial.
Primeiras 24 h*	Quais necessidades podem inviabilizar alta segura?	Equipe multiprofissional; mapa inicial de barreiras.
Visita diária	Que problemas ativos e pendências permanecem?	Médico titular/equipe; lista de problemas e plano.
Preparação da alta	Destino, medicamentos e resultados pendentes estão resolvidos?	Gestão de alta + equipe; checklist atualizado.
Alta médica	O tratamento pode prosseguir com segurança fora do hospital?	Médico titular; decisão, sumário e plano.
Pós-alta	Pendências críticas e contrarreferências têm responsável?	Coordenação de continuidade; acompanhamento priorizado.

*O marco de 24 horas é **meta interna proposta**, e não prazo legal universal; deverá ser adaptado ao perfil assistencial, capacidade operacional e protocolo aprovado.

10.10 Estratificação de risco para continuidade pós-alta

Recomenda-se classificação institucional de **baixo, intermediário e alto risco de falha de transição**, que não se confunde com classificação de risco de urgência. Itens candidatos: duas ou mais internações recentes, multimorbidade descompensada, polifarmácia/medicamentos de alto risco, lesão ou deficiência funcional, pós-UTI, alteração cognitiva, cuidador insuficiente, exame/biopsia pendente, dependência de oxigênio/diálise, situação social vulnerável e ausência de serviço receptor definido. Escore numérico não deve ser apresentado como validado sem estudo local.

Risco proposto	Exemplos de critérios	Entrega mínima e seguimento
Baixo	Doença controlada, autonomia e ausência de pendências relevantes.	Passaporte validado, instrução clara e retorno conforme necessidade clínica.
Intermediário	Medicamentos modificados, comorbidades e necessidade de revisão ambulatorial.	PICA específico, orientação reforçada e encaminhamento documentado.
Alto	Pós-UTI, multimorbidade instável, perda funcional, patologia pendente, alto risco medicamentoso.	Gestor de caso, contato com destino se pactuado, revisão de pendências e seguimento proporcional ao risco.

10.11 Linha de cuidado clínica: síndromes agudas e multimorbidade

A internação clínica é frequentemente motivada por descompensação de doença crônica, infecção, distúrbio metabólico, crise neurológica, insuficiência cardíaca, complicação renal

ou quadro diagnóstico ainda em investigação. A alta responsável deve distinguir **diagnóstico de admissão, diagnósticos finais, condições crônicas ativas, intercorrências e hipóteses ainda não confirmadas**, evitando converter uma hipótese inicial em condição permanente. [2–3, 8]

O hospitalista ou clínico titular deverá produzir síntese longitudinal, com trajetória clínica, tratamentos de relevância, ajustes medicamentosos e plano verificável de controle. O Passaporte deverá mostrar prioridades em linguagem acessível: o que ocorreu; o que mudou; o que fazer agora; quando retornar; quais sinais motivam urgência. Em multimorbidade, orientações isoladas por especialidade devem ser conciliadas num plano integrado para não produzir metas incompatíveis.

10.12 Linha cardiovascular: hipertensão, insuficiência cardíaca e eventos agudos

Na alta por insuficiência cardíaca, dor torácica de origem definida, crise hipertensiva ou outras condições cardiovasculares, o PDSC deverá incluir diagnóstico e grau de certeza, ECG/eco e demais exames relevantes, terapias realizadas, mudança em diuréticos/anti-hipertensivos/antitrombóticos quando presentes, parâmetros de automonitoramento indicados, sinais de congestão, hipotensão ou sangramento, exames laboratoriais de controle prescritos e necessidade de seguimento cardiológico ou pela APS. [8, 13]

Quando houver síndrome coronariana aguda, anticoagulação ou achados que exijam reavaliação precoce, **o prazo e o destino de acompanhamento devem ser individualizados e assinados pelo médico**. O Passaporte não deverá inferir dose ou intervalo de retorno por inteligência artificial. A linha de cuidado oficial do Ministério da Saúde para dor torácica, infarto e insuficiência cardíaca é referência de desenho, mas os protocolos assistenciais próprios demandam aprovação clínica.

10.13 Linha neurológica: AVC, epilepsia, déficits e reabilitação

Na neurologia, a informação de alta deve registrar tipo de evento (por exemplo, isquêmico/hemorrágico quando pertinente), déficits residuais, condição funcional e deglutição, exames relevantes, tratamento de prevenção secundária conforme prescrição, risco de queda, necessidade de fisioterapia/fonoaudiologia/terapia ocupacional e seguimento. O histórico clínico deve indicar de forma legível **baseline anterior ao evento e estado na saída**, pois um médico receptor poderá interpretar equivocadamente déficits antigos como achados agudos. [8, 12]

Em epilepsia e crises convulsivas, destacar medicamentos atuais, mudanças e efeitos relevantes, orientações de segurança e quando buscar urgência. No AVC, qualquer acesso a recursos especializados ou programas específicos da rede depende de linhas pactuadas e

habilitações existentes, sem presumir que a futura unidade Canaã seja centro habilitado para todo procedimento neurovascular.

10.14 Linha metabólica e renal: diabetes, lesão renal e diálise

Em diabetes e doenças renais, o PDSC deverá priorizar mudanças na terapia antidiabética, insulina e dispositivos, hipoglicemias durante a internação, função renal na alta e sua tendência, necessidade de eletrólitos, orientação dietética, acompanhamento de feridas e exames de controle. Em pacientes submetidos a terapia renal substitutiva, descrever indicação, modalidade realizada, estado renal na alta e **necessidade real de continuidade**, sem assumir que toda diálise intra-hospitalar se converta em diálise ambulatorial permanente. [8, 13]

A assistência nefrológica prevista no Hospital Canaã inclui suporte dialítico à terapia intensiva quando implantado e licenciado; isso requer alinhamento do plano de seguimento e das responsabilidades da rede. Medicamentos com ajustes dependentes de função renal devem ser destacados e conciliados no fechamento do episódio, sempre por profissionais habilitados.

10.15 Linha infectológica, respiratória e antibioticoterapia

Para pneumonia, sepse, infecção urinária complicada, osteomielite ou outras condições infectológicas, registrar sítio provável ou confirmado, agente identificado (quando houver), culturas relevantes, antimicrobianos usados, tratamento remanescente e data de término, resposta clínica, necessidade de repetir exame e acompanhamento. Se a microbiologia for liberada após a alta, deve haver **responsável explícito por reavaliar o resultado e contatar o paciente se a conduta precisar mudar**.

Em doenças respiratórias, detalhar oxigenoterapia, ventilação prévia, condição respiratória na alta, necessidade de equipamento domiciliar e sinais de deterioração. A programação de antibioticoterapia ambulatorial e suporte domiciliar dependerá de disponibilidade e pactuação reais, não de uma simples opção no portal. O plano não deve transformar todos os pacientes em candidatos a antimicrobianos prolongados.

10.16 Linha cirúrgica geral e digestiva: pós-operatório e anatomopatológico

A alta cirúrgica necessita de campos próprios: cirurgia efetuada e data, indicação, achados operatórios essenciais, intercorrências, material implantado quando aplicável, drenos/dispositivos, restrições, cuidados da ferida, analgesia, tromboprofilaxia quando indicada, alimentação e sinais de alarme (febre, dor progressiva, secreção, sangramento, dispneia, vômitos persistentes). **O cirurgião titular valida a evolução final e autoriza a alta**, considerando as avaliações clínicas do hospitalista. [5, 14]

Exames anatomopatológicos de peças cirúrgicas exigem fluxo de encerramento: pedido associado ao procedimento, identificação do laboratório, previsão de liberação, responsável pela leitura e pela comunicação, documentação de contato e encaminhamento. A ausência do laudo definitivo no dia da alta não dispensa a responsabilidade de revisá-lo posteriormente. Em cirurgia digestiva, o material educativo poderá explicar cuidados de colecistectomia, hérnia ou cirurgia intestinal, mas nunca substituir as orientações individualizadas.

10.17 Linhas ortopédica, neurocirúrgica, urológica e vascular

Linha	Informações clínicas específicas no Passaporte	Interface de seguimento
Ortopedia	Tipo de procedimento, carga permitida, imobilização/órtese, tromboprofilaxia quando prescrita, ferida, fisioterapia e sinais de trombose.	Revisão cirúrgica e reabilitação conforme prescrição.
Neurocirurgia	Local cirúrgico, déficit neurológico antes/depois, restrições de mobilização, controle de dor, curativo, sinais neurológicos de alarme e exames de controle.	Neurocirurgião e reabilitação; retorno individualizado.
Urologia	Cateteres/sondas, plano de retirada, diurese, sinais de infecção ou obstrução, análise de material e medicações.	Revisão urológica e manejo de dispositivos.
Vascular	Pulsos e perfusão ao final do tratamento, curativos, risco de isquemia ou sangramento, antitrombóticos prescritos e cuidado com feridas.	Avaliação vascular e APS conforme risco e acesso.

Essa matriz deve ser desdobrada em protocolos por especialidade, com critérios de inclusão, exames e alertas próprios. A existência dessas linhas no manual **não confirma a disponibilidade imediata de todas as especialidades, equipamentos ou escalas** nem deve ser usada para prometer um prazo universal de retorno.

10.18 Linha do paciente crítico: UTI, desospitalização e síndrome pós-UTI

A UTI dispõe de documentação própria do episódio intensivo e a equipe assistencial deverá traduzir para o PDSC o que modifica a assistência futura: motivo de internação, suporte ventilatório, sedação e delirium quando relevantes, terapia renal, complicações infecciosas, limitações motoras, disfagia, estado funcional e suporte requerido após saída. Esse resumo complementa o sumário médico final e evita que a alta da UTI seja confundida com alta hospitalar.

Nos egressos críticos com fraqueza, déficits cognitivos ou sofrimento psíquico, considerar avaliação multiprofissional, reabilitação e orientação ao cuidador. A existência de possíveis manifestações pós-terapia intensiva deve orientar avaliação clínica, **não rotular automaticamente todos os egressos com síndrome pós-UTI**. O plano individual deve

graduar necessidades, recursos da rede e capacidade da família, com acompanhamento conforme disponibilidade real.

10.19 Linhas transversais: dor, fragilidade, nutrição e cuidados paliativos

Dor persistente, vulnerabilidade social, fragilidade, dificuldade de deglutição, desnutrição, dependência funcional e necessidades paliativas podem atravessar qualquer linha. O PDSC deve incorporar essas condições como **necessidades transversais**, associando equipe responsável, medidas em curso, riscos e orientações. No cuidado paliativo, registrar preferências e decisões compartilhadas de forma proporcional e confidencial, com revisão segundo a condição do paciente e legislação aplicável.

Pacientes sem acesso digital, com barreiras linguísticas, deficiência ou baixa literacia devem receber modalidades equivalentes de comunicação. Familiares/cuidadores terão acesso somente segundo autorização válida, representação reconhecida ou hipótese legal aplicável; acesso ao portal e acesso profissional aos dados não são sinônimos.

10.20 Matriz de responsabilidades por fase de cuidado

Entrega/decisão	Responsável primário	Corresponsáveis / validação
Identificação do titular e diagnóstico inicial	Médico que admite / coordenação médica	Recepção, enfermagem e supervisão do setor.
Plano terapêutico e evolução diária	Médico titular	Interconsultores, hospitalista, enfermagem.
Plano cirúrgico e alta do cirúrgico	Cirurgião titular	Hospitalista para componentes clínicos; equipe multiprofissional.
Conciliação medicamentosa	Médico prescritor + farmácia conforme protocolo	Enfermagem e paciente/cuidador.
Avaliação de autonomia/condições domiciliares	Enfermagem/serviço social/gestão de altas	Fisioterapia, nutrição, fono e médico titular.
Sumário de alta e assinatura	Médico titular ou profissional habilitado conforme regimento	TI captura documento validado; qualidade monitora.
PICA e orientações	Médico titular + gestor de alta	Farmácia, enfermagem, reabilitação e paciente.
Resultados pendentes	Médico solicitante ou responsável formalmente designado	Laboratório/SADT e coordenação de pendências.
Envio de contrarreferência	Gestão de altas/continuidade conforme fluxos	Serviço receptor e regulação oficial, quando aplicável.
Incidentes e revisão de qualidade	NSP/Qualidade	Direção técnica e áreas envolvidas.

10.21 Conjunto mínimo de dados clínicos por linha

Todo PICA deverá ter núcleo comum e extensões por especialidade. O núcleo não pode ser preenchido exclusivamente por geração automática de texto sem validação profissional. A plataforma deverá diferenciar campos obrigatórios, condicionais e não aplicáveis e indicar quando não existe dado. O mapeamento formal à RNDS será tratado nos capítulos técnicos e seguirá modelos vigentes. [5, 7, 9]

Núcleo estruturado	Regra de qualidade
Identificação do paciente e do episódio	Identificadores conferidos, datas de entrada/saída e instituição de origem.
Diagnósticos e CIDs	Condição confirmada vs hipótese, principais e secundários; preservar contexto clínico.
Tratamento e procedimentos	Intervenções relevantes, cirurgia, terapia intensiva e intercorrências.
Condição na saída	Estado clínico/funcional, alergias, restrições e dispositivos persistentes.
Medicamentos	Lista de alta com doses, frequência, duração e mudanças explicadas.
Exames	Laudos finais relevantes, exames com resultado pendente e responsável designado.
Plano de seguimento	Destino, motivo, prioridade, retorno desejado e situação do encaminhamento.
Sinais de alarme	Orientações específicas do caso, serviços para procura e canal não emergencial.
Validação	Autor, CRM/UF, assinatura eletrônica válida e histórico de correção.

10.22 Conciliação medicamentosa e riscos de transição

A OMS considera a segurança de medicamentos durante transições uma área prioritária. A conciliação deve diferenciar medicamentos **usados antes da internação, utilizados no hospital, suspensos, ajustados e prescritos para casa**. A equipe deve esclarecer justificativas relevantes, duração e acesso, sobretudo em anticoagulantes, hipoglicemiantes, opioides, antibióticos e outros medicamentos de maior risco. [13]

O Passaporte nunca deve exibir a administração de um fármaco intra-hospitalar como se fosse recomendação de uso domiciliar. Duplicidade terapêutica, prescrição vencida ou divergência entre duas especialidades devem gerar ação de revisão antes do sumário definitivo. Para o paciente, uma única lista clara deve prevalecer, preservando registros históricos e a rastreabilidade das alterações.

10.23 Exames, imagens, procedimentos e resultados pendentes

Exames laboratoriais, imagens e anatomopatológicos devem constar com laudo, data, instituição, status e acesso compatível com direitos do paciente e política de segurança. Quando há DICOM, sua visualização segura pode ser prevista, mas a imagem é complementar ao laudo e não deve ser tratada como diagnóstico automático. Resultados críticos exigem circuito clínico documentado, com comunicação ativa, não apenas notificação digital. [6–7]

Estado do resultado	Responsável e medida	Exibição no portal
Validado antes da alta	Médico integra achados e decisões ao plano.	Laudo final, data e contextualização pertinente.
Coletado / não liberado	Solicitante ou delegado formal: rastrear liberação.	Sinalização de pendência e orientação para acompanhamento.
Liberado depois da alta	Responsável revisa resultado e necessidade de contato.	Disponibilização segundo política clínica e direitos aplicáveis.
Crítico ou inesperado	Comunicação assistencial ativa, registro de tentativas e escalonamento.	Portal é complementar; aviso digital não encerra o processo.
Corrigido/reemitido	Controle de versão, motivo e notificação a destinatários relevantes.	Versão vigente evidente, com rastreabilidade da anterior.

10.24 Plano Individual de Continuidade Assistencial (PICA)

O **PICA é o documento de ação**, associado ao sumário de alta. O sumário responde ao que aconteceu no hospital; o PICA responde ao que deve ocorrer agora. Recomenda-se que ambos tenham vínculo inequívoco, sem duplicação de informação conflitante, e integrem a área “Meu Passaporte”. O plano será validado antes da saída e atualizado se surgirem resultados ou decisões posteriores. [10–12]

Bloco do PICA	Pergunta respondida	Exemplo de campo
Situação clínica	Qual é o estado do paciente na saída?	Diagnóstico, riscos e limitações atuais.
Tratamento atual	O que devo fazer e por quanto tempo?	Medicamentos, curativos, dieta, reabilitação.
Retorno e serviços	Quem deve me acompanhar e quando?	UBS/ambulatórios, motivo, prazo clínico proposto e status regulatório.
Exames e pendências	Que resultados ainda não saíram?	Exame, data, responsável e forma de devolutiva.
Autocuidado/ alertas	O que devo observar e quando procurar ajuda?	Sinais de alerta, linguagem simples e telefone/canal adequado.
Comunicação e aceite	A orientação foi compreendida?	Registro de ensino, material entregue e dificuldades identificadas.

10.25 Contrarreferência e interação com UBS, UPA e especialidades

O PDSC deve ter **dois caminhos complementares**: acesso do paciente/representante ao próprio documento e transmissão institucional ao serviço receptor, quando existir base jurídica, canal seguro e pactuação. A UBS poderá receber informações sobre condição crônica e terapêutica; o ambulatório, sobre seguimento específico; a UPA, sobre histórico relevante e riscos em nova urgência; e serviços de reabilitação, sobre limitações e metas funcionais. A regulação SUS permanece em seus canais oficiais. [2–4, 9]

No projeto inicial, o comprovante da contrarreferência poderá ser registrado como documento ou comunicação formal; não deve ser chamado de “aceite da UBS” sem confirmação real. Um encaminhamento gerado no portal **não significa vaga, agendamento ou acesso garantido**. Integração automática com e-SaúdeSP e RNDS será condicionada a acordo, habilitação, credenciamento, testes e controles de acesso. O paciente poderá compartilhar o sumário autenticado enquanto essa integração não existir.

10.26 Jornada do paciente e fluxograma assistencial textual

Etapa	Ação assistencial obrigatória proposta	Saída observável
1. Admissão	Conferir identificação, motivo, titular e problemas prévios.	Episódio aberto, equipe responsável.
2. Investigação/tratamento	Registrar diagnóstico, intervenções, exames e terapêutica.	Evolução clínica e resultados validados.
3. Integração diária	Hospitalista, cirurgião e equipe resolvem riscos/pendências.	Plano atualizado e titularidade inequívoca.
4. Pré-alta	Verificar condições domiciliares, lista de medicamentos, destino.	Checklist e PICA preliminar.
5. Alta responsável	Titular autoriza, assina sumário e orienta o paciente.	Sumário + PICA validado + entrega registrada.
6. Contrarreferência	Encaminhar documentação conforme fluxo pactuado.	Comprovante de envio/recepção quando houver.
7. Continuidade	Monitorar laudos pendentes, alertas e demandas.	Pendências encerradas com evidência.

A ausência de conectividade no domicílio exige entrega alternativa impressa ou suporte presencial. Para pacientes com alto risco, pode ser prevista orientação pós-alta ativa por canal institucional, mas a cobertura, horários e critérios devem ser formalmente definidos. O canal não substitui o SAMU, os serviços de urgência ou a avaliação médica em situações graves.

10.27 Comunicação pós-alta, sinais de alarme e resposta a incidentes

Mensagens do PDSC deverão ser classificadas em orientação administrativa, dúvida sobre documento, questão medicamentosa, intercorrência clínica e sinal de perigo. Demandas clínicas receberão triagem humana por profissional habilitado e escalonamento; respostas automáticas não podem diagnosticar, indicar alteração de medicação ou tranquilizar erroneamente paciente com possível urgência. Todas as interações relevantes devem gerar registro auditável. [6, 11]

Se surgir erro em alta, troca de paciente, documento inconsistente ou resultado crítico não comunicado, o fluxo de contingência deve suspender o documento incorreto quando tecnicamente possível, registrar correção e preservar trilha de auditoria, informar equipes envolvidas, avaliar necessidade de contato clínico e notificar o Núcleo de Segurança do Paciente conforme procedimento. O serviço não poderá apagar silenciosamente um dado clínico já comunicado.

10.28 Indicadores, auditoria clínica e avaliação de efetividade

Recomenda-se medir indicadores de **processo, segurança, acesso e resultado**, com denominadores explícitos, estratificação por tipo de linha, risco e inclusão digital. Antes de estabelecer metas contratuais, executar piloto de aferição e avaliar qualidade dos registros. Reinternações em 7 e 30 dias são resultados relevantes, porém dependem de perfil clínico, risco e rede; redução observada não deverá ser atribuída causalmente ao portal sem desenho apropriado de avaliação. [10–11]

Indicador proposto	Numerador / denominador	Fonte e periodicidade
Sumário entregue na alta (%)	Altas com sumário validado e entregue / altas elegíveis × 100	PEP/PDSC; mensal.
PICA completo (%)	Altas com campos críticos aplicáveis preenchidos / altas elegíveis × 100	Auditoria amostral; mensal.
Medicamentos reconciliados (%)	Altas com reconciliação documentada / altas com prescrição domiciliar × 100	Farmácia/PEP; mensal.
Pendências com responsável (%)	Resultados pendentes com responsável nominal / total de pendências × 100	SADT/PEP; semanal/mensal.
Resultados críticos comunicados (%)	Resultados críticos com comunicação registrada / resultados críticos identificados × 100	Sistema de resultados; mensal.
Contrarreferência rastreável (%)	Altas com comprovação de transmissão válida / altas com indicação de contrarreferência × 100	Gestão de alta; mensal.
Acesso inclusivo (%)	Pacientes com informação efetivamente entregue por qualquer canal / altas elegíveis × 100	PEP/assistência social; mensal.

Indicador proposto	Numerador / denominador	Fonte e periodicidade
Reinternação não programada 30d (%)	Reinternações em 30 dias / altas elegíveis × 100, com ajuste de risco se houver	PEP + bases pactuadas; trimestral; indicador exploratório.

10.29 Matriz de riscos e condições impeditivas

Risco	Impacto	Mitigação / condição de veto
Alta sem titular ou com ordens conflitantes	Erro de conduta e responsabilização incerta.	Regimento/escala; não concluir sumário enquanto divergência não resolvida.
Resultado pendente sem acompanhamento	Perda de diagnóstico relevante.	Responsável nominal, fila monitorada e escalonamento obrigatório.
Lista domiciliar inclui medicamento apenas hospitalar	Evento adverso medicamentoso.	Reconciliação e validação antes da entrega.
Transferência de cirúrgico à clínica sem formalização	Descontinuidade médico-cirúrgica.	Documento de transferência, aceite e comunicação.
Encaminhamento interpretado como agendamento	Falha de acesso e falsa segurança.	Status de regulação/agenda explícito e linguagem inequívoca.
Documento de outro paciente/uso indevido de QR	Violação de privacidade e risco assistencial.	Duas identificações, autenticação, auditoria e contingência.
Portal indisponível na alta	Paciente sai sem informação.	Emissão impressa ou documento físico com posterior sincronização.
Seguimento pós-UTI incompatível com apoio familiar	Complicação e reinternação.	Planejamento antecipado com serviço social e reabilitação.

10.30 Implantação por etapas, cenários-teste e validação

A implantação recomendada segue **fase 0 — preparação** (regimento de titularidade/cogestão, comissão clínica, matriz de dados e processo de alta); **fase 1 — piloto clínico e cirúrgico** (sumário, PICA, reconciliação, pendências e portal com dados sintéticos, depois implantação controlada); **fase 2 — ampliação a UTI e linhas complexas** (reabilitação, anatomopatologia, alto risco); **fase 3 — interoperabilidade pactuada e análise de resultados**. Cada avanço exige aprovação de segurança, equipe, tecnologia e conformidade, não apenas desenvolvimento de interface.

A homologação operacional deve simular, no mínimo: paciente clínico com comorbidades; cirurgia com histopatologia pendente; alta após UTI; alteração de anticoagulante; novo

atendimento em UPA sem integração; erro de identificação; usuário sem celular; representante autorizado; queda de portal; resultado crítico liberado após a alta; necessidade de transferência excepcional de titularidade. Cada caso exige evidência de resposta correta, registro e responsáveis.

Portão de validação	Critério proposto de liberação
Clínico	Modelo de titularidade, fluxos e protocolos aprovados por direção técnica e especialidades.
Documental	Sumário e PICA válidos, assinados e consistentes nos testes.
Medicamentoso	Nenhuma divergência crítica não resolvida nos cenários de teste.
Pendências	Resultados de alto impacto têm dono, alerta, prazo clínico e escalonamento.
Inclusão	Alternativa não digital e mecanismo de apoio operacional disponíveis.
Tecnológico e LGPD	Autenticação, autorização, trilha de auditoria, backups e plano de incidentes testados.
Rede SUS	Pactuações e habilitações demonstráveis para qualquer integração alegada.

10.31 Estudos de caso ilustrativos

Caso A — Colecistectomia com anatomopatológico ainda não liberado

Paciente adulto operado por doença biliar, com evolução sem complicações. O cirurgião titular autoriza alta, hospitalista valida comorbidades e medicamentos, enfermagem orienta curativo e restrições, farmácia revisa analgesia. O PDSC entrega sumário assinado e plano com revisão cirúrgica. O exame anatomopatológico fica marcado como **pendente**, com médico responsável e mecanismo de notificação/revisão; a publicação isolada do laudo não encerra a obrigação de interpretação clínica.

Caso B — Internação por insuficiência cardíaca com polifarmácia

Paciente idoso tem mudança de diurético e de anti-hipertensivo. O clínico/hospitalista titular integra exames, peso/sintomas, função renal e plano de acompanhamento, e farmácia reconcilia fármacos de entrada e de saída. O PDSC fornece apenas lista domiciliar vigente, explica ajustes e indica sinais de alerta e retorno apropriado. O encaminhamento à UBS aparece como **solicitado/encaminhado**, nunca como consulta já agendada sem comprovação.

Caso C — Pós-UTI com fraqueza e necessidade de reabilitação

Paciente tratado por sepse e ventilação mecânica recebe alta da UTI, continua na enfermaria e apresenta fraqueza. Equipes reavaliam marcha, nutrição, deglutição e suporte familiar antes de alta hospitalar. O sumário integra terapias relevantes e déficits persistentes; o PICA organiza reabilitação e cuidador. O paciente recebe documentação

física se não conseguir usar o portal, e o serviço receptor recebe a informação conforme canais válidos.

Caso D — Nova urgência em UPA sem acesso interinstitucional

Sem integração tecnológica pactuada, o paciente apresenta no celular — ou em papel — o sumário de alta do Canaã. O médico da UPA identifica tratamentos prévios, cirurgias, alergias e exames, reavalia clinicamente e decide a conduta atual. O PDSC não permite inferir que a UPA terá credenciais automáticas, nem substitui solicitação de exames ou regulação pertinentes.

10.32 Recomendações, decisões pendentes e interfaces com a Parte III

Recomenda-se aprovar, como política institucional, a combinação de **titularidade nominal** + **cogestão clínica** + **plano de alta multiprofissional** + **PICA individualizado** + **responsabilidade por resultados pendentes**. Essa política deverá constar do regimento médico e de protocolos setoriais antes da implantação. Também deverá ser definida a coordenação formal do programa, o modelo de gestor de casos, o horário de atendimento pós-alta, os sistemas de origem, o tipo de acesso por representante e as instâncias de pactuação com a Secretaria Municipal da Saúde.

As decisões de especialidades, leitos, tecnologia e rede receptoras permanecem sujeitas à implantação do Hospital Canaã e a contratos válidos. **O diferencial não é a quantidade de especialidades listadas**, mas a consistência com que cada linha entrega informação segura e uma rota de continuidade verificável. A Parte III tratará de aspectos jurídicos, éticos, proteção de dados e governança que condicionam a operação do modelo.

SÍNTESE EXECUTIVA O Passaporte é o elo entre as linhas clínicas e cirúrgicas do hospital e a rede que cuidará do paciente depois. Seu valor depende de decisão médica responsável, organização multiprofissional, informação confiável e acompanhamento das pendências — não do portal isoladamente.

Referências normativas, institucionais e científicas

[1] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Saúde Digital; Portaria GM/MS nº 12.301, de 27 de outubro de 2026. Notícia oficial de 29/10/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[5] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.381/2024 (com alterações posteriores aplicáveis). Documentos médicos. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2381_2024.pdf

[6] ANVISA. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Segurança do paciente em serviços de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Linhas de Cuidado (AVC, diabetes tipo 2, hipertensão e dor torácica/IAM/insuficiência cardíaca, entre outras). Atualizada em 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/linhas-de-cuidado/plataforma-linhas-de-cuidado

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), HL7 FHIR R4; versão publicada em 2026. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html

[10] COCHRANE. Discharge planning from hospital. Revisão sistemática, atualização 2022, 33 ensaios. https://www.cochrane.org/evidence/CD000313_discharge-planning-hospital

[11] AHRQ. Transitions of Care: ferramentas de comunicação, planejamento de alta e conciliação medicamentosa. https://www.ahrq.gov/topics/transitions-care.html

[12] NICE. Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. 2015, atualizações vigentes. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/chapter/Recommendations

[13] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: WHO; 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[14] HUDDLESTON JM et al. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2004;141(1):28–38. doi:10.7326/0003-4819-141-1-200407060-00012. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15238368/

[15] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[16] AHRQ PSNet. Discharge Planning and Transitions of Care. Revisão conceitual de estratégias e riscos de alta. https://psnet.ahrq.gov/primer/discharge-planning-and-transitions-care

[17] BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação de segurança do paciente, PNSP e políticas hospitalares; consulta institucional de 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/legislacao

Termo de apreciação e aprovação institucional

Status: **MINUTA 0.1 — EM ANÁLISE**. O texto é proposta de governança e operação, não certificação de implantação. Sua homologação dependerá da revisão por direção técnica, corpo clínico, farmácia, enfermagem, qualidade/NSP, jurídico/LGPD e equipe tecnológica, com pactuação externa quando necessária.

Etapa / responsável	Identificação	Data / observações
Elaboração técnica	Equipe de projeto do Instituto de Ciências Médicas Canaã	02/11/2026 — versão 0.1
Revisão da Direção Técnica	_____	_____

Etapa / responsável	Identificação	Data / observações
Revisão da Direção Clínica e especialidades	_____	_____
Revisão Qualidade/NSP e equipes de apoio	_____	_____
Revisão jurídica/LGPD e TI	_____	_____
Aprovação institucional	_____	_____

Controle de mudanças: toda alteração de titularidade, responsabilidade por alta, fluxo de resultados pendentes, dados sensíveis ou interoperabilidade exige nova revisão documentada e atualização de versão.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 11

MARCO JURÍDICO E SANITÁRIO APLICÁVEL AO PROGRAMA E À ASSISTÊNCIA NO SUS

Regimes jurídicos, documentação clínica, dever de continuidade, segurança da informação e condições de implantação

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 11
Título	Marco Jurídico e Sanitário Aplicável ao Programa e à Assistência no SUS
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP, empreendimento em fase de planejamento institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C11 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação editorial	Minuta para revisão institucional; não constitui parecer jurídico vinculante nem comprovação de habilitação do hospital
Sequência de aprovação	Capítulos 01–10 aprovados pelo proponente; Capítulo 11 submetido à avaliação
Âmbito de aplicação	Normas federais; marcos estaduais/municipais aplicáveis; regras contratuais futuras; normas éticas profissionais e diretrizes internas
Áreas de validação	Direção Técnica, Direção Clínica, Jurídico, DPO/Encarregado, Qualidade/NSP, TI/Segurança, gestão documental e interlocução com SMS-SP
Data-limite da pesquisa	Legislação e documentos oficiais pesquisados em 02 de novembro de 2026

Resumo executivo

Este capítulo inaugura a Parte III e estabelece a **base jurídica e sanitária de legitimidade, organização e controle** do Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC). Seu ponto de partida é a saúde como direito e dever estatal e a integralidade assistencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS); seu ponto de chegada é um conjunto verificável de requisitos para produzir, validar, disponibilizar e compartilhar, de modo seguro, informações e planos de continuidade após a alta. O instrumento é proposto pelo Instituto de Ciências Médicas Canaã e deverá observar a natureza e o regime jurídico concretamente adotados pelo Hospital Canaã. [1–5]

A análise distingue três categorias frequentemente confundidas: **(A) comandos jurídicos e éticos aplicáveis**; **(B) obrigações dependentes de contratação, habilitação, pactuação ou credenciamento**; e **(C) padrões operacionais voluntários recomendados pelo Instituto**. Tal separação impede afirmar que a concepção do portal garante integração à RNDS, atribui vagas na rede municipal, confere status de Organização Social ou substitui requisitos de licenciamento sanitário. [6–10]

O marco jurídico envolve Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde, direitos do paciente, políticas nacionais de atenção hospitalar/especializada, segurança do paciente, Lei do Prontuário, normativas médicas, LGPD, assinaturas eletrônicas e Política Nacional de Informação e Saúde Digital de 2026. Temas que exigem tratamento aprofundado —

PNISD, RNDS/Sumário de Alta, LGPD/ética e governança — serão retomados respectivamente nos Capítulos 12, 13, 14 e 15. [1–22]

ALERTA JURÍDICO ESSENCIAL O Instituto Canaã, sua futura unidade hospitalar, a Secretaria Municipal da Saúde e provedores de tecnologia podem assumir papéis jurídicos diferentes conforme o instrumento de parceria, a finalidade do tratamento e as decisões sobre os dados. Nenhuma definição definitiva de controlador, operador ou obrigação contratual deve ser presumida antes da formalização.

Sumário do capítulo

11.1 Finalidade e metodologia de interpretação normativa

11.2 Hierarquia das fontes jurídicas e classificação das obrigações

11.3 Constituição Federal: saúde, privacidade e administração pública

11.4 Lei nº 8.080/1990: integralidade, regionalização e informação

11.5 Lei nº 8.142/1990 e mecanismos de participação social

11.6 Política Nacional de Atenção Hospitalar e alta responsável

11.7 Política Nacional de Atenção Especializada e coordenação do cuidado

11.8 Direitos do usuário, informação clara e autonomia

11.9 Segurança do paciente e deveres de prevenção de incidentes

11.10 Documentos médicos e responsabilidade profissional

11.11 Prontuário, guarda, integridade, rastreabilidade e acesso

11.12 Assinaturas eletrônicas e autenticidade de documentos de saúde

11.13 Dados pessoais sensíveis: enquadramento e limites gerais

11.14 Proteção de adolescentes, incapazes e representação legal

11.15 Política Nacional de Informação e Saúde Digital — 2026

11.16 RNDS, Sumário de Alta e integração condicionada

11.17 Regulação assistencial e limites da contrarreferência digital

11.18 Contratualização com o SUS: diferenças entre OS, OSC e prestação complementar

11.19 Responsabilidade da instituição, dos profissionais e dos fornecedores

11.20 Organização territorial e interface com a gestão municipal de São Paulo

11.21 Exames de imagem, laboratórios e anatomopatologia: cadeia documental

11.22 Comunicação após a alta, WhatsApp e teleorientação

11.23 Inclusão, acessibilidade e mecanismos não digitais

11.24 Matriz de conformidade jurídica e evidências de cumprimento

11.25 Gestão de riscos jurídicos e critérios impeditivos de implantação

11.26 Programa de adequação, fiscalização interna e revisão normativa

11.27 Estudos de caso e respostas institucionais sugeridas

11.28 Recomendações, pendências de validação e interfaces com capítulos seguintes

Referências normativas e institucionais

Termo de apreciação e aprovação institucional

11.1 Finalidade e metodologia de interpretação normativa

Este capítulo tem por objeto identificar os fundamentos que autorizam e condicionam um programa de continuidade assistencial apoiado em tecnologia, sem substituir a interpretação de normas por parecer jurídico formal. Para cada matéria registram-se: fonte normativa; âmbito de incidência; consequência operacional; evidência documental a produzir; responsável de validação; e fase de implementação. As referências foram confrontadas prioritariamente com portais oficiais do Governo Federal, Ministério da Saúde, Anvisa, CFM, CREMESP e Prefeitura de São Paulo. [1–22]

A interpretação será conservadora em situações de dúvida: o Passaporte não pode divulgar dados clínicos além do necessário, nem liberar documentos ainda não validados, nem oferecer atendimentos médicos por chat sem processo clínico instituído. O desenho de informações e procedimentos propostos deverá sofrer **análise de impacto assistencial**, **revisão jurídico-regulatória** e **testes de segurança** antes do uso com dados reais.

11.2 Hierarquia das fontes jurídicas e classificação das obrigações

Constituição, leis, decretos regulamentares, portarias ministeriais e resoluções de agências e conselhos profissionais integram camadas distintas de disciplina. Não se deve tratar guia técnico como lei ou inferir automaticamente que uma exigência aplicável a serviço público já credenciado se estende de forma idêntica a uma unidade ainda em implantação. Do mesmo modo, uma cláusula futura do contrato de gestão pode impor metas, integrações, prazos ou responsabilidades específicas sem alterar a legislação de referência.

Categoria	Significado prático	Exemplo no PDSC
A — obrigação aplicável	Comando legal, ético ou sanitário cuja incidência se verifica para a operação concreta.	Prontuário íntegro; confidencialidade; registro médico fiel; práticas de segurança.
B — condicionada	Obrigação que surge com contrato, habilitação, credenciamento, integração ou escopo de atividade.	Pactuação de encaminhamento; transmissão à RNDS após autorização; metas pactuadas com SMS.
C — diretriz interna	Escolha institucional mais protetiva, sujeita à aprovação e recursos.	Checklist ampliado da alta; avaliação do entendimento; acompanhamento proativo de pendências.
D — recomendação técnica	Boas práticas de segurança, acessibilidade e interoperabilidade; sua exigibilidade depende do contexto.	FHIR R4 nos fluxos integráveis; testes de usabilidade e trilhas de auditoria.

11.3 Constituição Federal: saúde, privacidade e administração pública

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito social (art. 6º), estabelece o direito à saúde e o dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas (art. 196) e determina que as ações públicas sejam organizadas em rede regionalizada e hierarquizada (art. 198). O art. 199 disciplina a participação privada na assistência, inclusive complementar ao SUS segundo suas diretrizes. No plano dos direitos fundamentais, o art. 5º protege intimidade e vida privada, e a Emenda Constitucional nº 115/2022 incluiu expressamente a proteção dos dados pessoais entre os direitos fundamentais. [1]

Para o Passaporte, essa combinação impõe **dupla finalidade**: facilitar o exercício do direito à informação e continuidade do tratamento e, simultaneamente, prevenir exposição indevida do histórico médico. A busca por eficiência assistencial não elimina a necessidade de finalidade, proporcionalidade e confidencialidade. Se houver contratação ou repasse público, legalidade, impessoalidade, publicidade, eficiência e controle também integrarão a governança contratual aplicável.

11.4 Lei nº 8.080/1990: integralidade, regionalização e informação

O art. 7º da Lei nº 8.080/1990 prevê, entre outros, a **universalidade**, a **integralidade como conjunto articulado e contínuo de ações**, a autonomia do usuário, o direito à informação sobre sua saúde, a regionalização e hierarquização da rede e a prevenção de duplicidade de meios. O art. 8º prevê organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, e os arts. 14-A e seguintes reconhecem espaços de pactuação intergestores. [2]

A consequência jurídica não é que todo hospital tenha obrigação de criar o portal Canaã com estas telas ou funcionalidades específicas. A consequência é que **um serviço integrante ou complementar do SUS deve atuar de modo coerente com a integralidade e a coordenação da rede**. A plataforma é mecanismo proposto para concretizar essas diretrizes, cuja forma exata depende das obrigações contratadas, capacidade técnica e governança da informação.

TRADUÇÃO OPERACIONAL Informação entregue em alta não deve se limitar à expressão “melhorado, alta”; deve permitir compreender o problema, o que foi feito, quais tratamentos continuam, quais resultados faltam e qual serviço de destino é indicado. O padrão específico proposto será aprovado em capítulos e anexos posteriores.

11.5 Lei nº 8.142/1990 e mecanismos de participação social

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais. Sua relevância para o Passaporte é orientar mecanismos de escuta dos usuários e prestação de contas ao gestor, sem que uma consulta pontual ou um formulário de satisfação substitua as instâncias legais de controle social. [3]

O Instituto propõe incorporar participação de usuários e familiares na avaliação de legibilidade do sumário, utilidade dos materiais educativos, acessibilidade e barreiras de acesso. Os resultados devem ser agregados e desidentificados quando cabível, respeitando sigilo e evitando exposição de casos clínicos em apresentações institucionais.

11.6 Política Nacional de Atenção Hospitalar e alta responsável

A Portaria GM/MS nº 3.390/2013 instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Seu art. 16 define a **alta responsável como transferência do cuidado** e prevê orientação de usuários e familiares, articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente atenção básica, e mecanismos pactuados de desospitalização. [4]

O Passaporte será projetado como suporte para documentar essas tarefas, e não como substituto delas. Uma entrega eletrônica isolada não comprova a existência de vaga, o recebimento pelo serviço destinatário ou a compreensão das orientações. Por isso, os processos deverão distinguir: “documento pronto”, “documento entregue”, “encaminhamento solicitado”, “encaminhamento aceito” e “seguimento confirmado”, conforme capacidade de integração e regras da rede.

Etapa	Registro mínimo proposto	Limite jurídico-operacional
Decisão médica de alta	Data/hora, responsável, condição clínica e prescrição validada.	É ato profissional; não pode ser automatizado pelo portal.
Preparação multiprofissional	Conciliação, orientação, riscos, apoio social e plano individual.	Competências precisam estar definidas em protocolos e regimento.
Entrega ao paciente	Comprovante de disponibilização e opção acessível não digital.	Disponibilizar não implica que o paciente compreendeu.
Contrarreferência	Destino, conteúdo necessário, responsável, canal e status.	Não cria agenda, vaga ou aceitação automática em UBS/UPA.
Exames pendentes	Responsável pela revisão, meio de contato e prazo clínico.	Resultado crítico exige comunicação ativa, não notificação passiva.

11.7 Política Nacional de Atenção Especializada e coordenação do cuidado

A Portaria GM/MS nº 1.604/2023 instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), reforçando a integração entre ações especializadas e atenção primária, o cuidado compartilhado e a organização regional. [5]

No planejamento do Hospital Canaã, a política se aplica à necessidade de integrar cirurgia, cardiologia, neurologia, nefrologia, infectologia, endoscopia e demais serviços com seguimento territorial. A emissão do Passaporte deve indicar a finalidade do encaminhamento, o nível assistencial apropriado e os critérios clínicos de retorno. A **gestão de vagas e autorizações permanece com os sistemas e autoridades competentes**, e não com o portal institucional.

11.8 Direitos do usuário, informação clara e autonomia

A Portaria GM/MS nº 1.820/2009 estabelece direitos e deveres dos usuários, incluindo tratamento adequado, informação clara, continuidade, confidencialidade e respeito aos valores e à individualidade da pessoa. A Lei nº 8.080/1990 também assegura direito à informação sobre a própria saúde. [2,6]

O conteúdo do Passaporte deve usar linguagem compreensível para o paciente, preservando a terminologia técnica necessária ao profissional. Diagnóstico e CID não devem ser apresentados sem contextualização clínica; siglas devem ter explicação; prescrições e advertências devem ser específicas. A autonomia inclui **não impor um canal exclusivamente digital**: pessoas sem internet, com deficiência, baixa alfabetização, barreiras linguísticas ou dificuldades de uso devem receber assistência e documentação em meio alternativo adequado.

11.9 Segurança do paciente e deveres de prevenção de incidentes

A RDC Anvisa nº 36/2013 determina ações de segurança do paciente e, em serviços sob sua abrangência, constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Plano de Segurança do Paciente. A Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. O Passaporte deverá entrar no sistema de gestão de riscos da unidade, com controles para identidade incorreta, laudo trocado, medicamento duplicado, documento incompleto e resultado crítico não acompanhado. [7,8]

A direção deve definir interface entre NSP, corpo clínico, documentação, farmácia, laboratório e tecnologia. Não basta cadastrar evento em painel: deve existir fluxo de contenção, avaliação de dano, análise de causa, correção de registro e comunicação aos interessados segundo critérios clínicos e legais. Falhas com dados pessoais também serão tratadas pela governança de privacidade, com procedimentos e gatilhos específicos.

11.10 Documentos médicos e responsabilidade profissional

A Resolução CFM nº 2.381/2024 normatiza a emissão de documentos médicos e contempla o **resumo ou sumário de alta**. O Código de Ética Médica estabelece deveres de veracidade, documentação legível, sigilo e acesso do paciente ao prontuário. A responsabilidade técnica pela informação médica depende do papel de cada profissional e da autoria do documento; uma função administrativa ou um algoritmo não deve validar fatos clínicos em substituição ao médico. [9,10]

O protocolo interno deverá exigir identificação do autor, número de inscrição profissional, data, assinatura apropriada e possibilidade de retificação sem apagamento do histórico. Documento em rascunho, provisório ou aguardando assinatura deverá possuir status distinto de documento final. Quando houver divergência entre nota clínica e dados importados automaticamente, prevalece a revisão do profissional responsável, conservando trilha de alterações.

No modelo de cogestão Canaã, pacientes cirúrgicos permanecem sob titularidade nominal do cirurgião responsável, com avaliação diária e decisão de alta; o hospitalista atua na cogestão clínica; o intensivista exerce a responsabilidade do cuidado crítico durante a passagem na UTI. A regra é diretriz institucional proposta, sujeita a validação regimental e ético-profissional, e não autorização para redução de qualquer responsabilidade individual por ato médico praticado.

11.11 Prontuário, guarda, integridade, rastreabilidade e acesso

A Lei nº 13.787/2018 disciplina digitalização, guarda, armazenamento e manuseio dos prontuários e requer integridade, autenticidade e confidencialidade. A lei prevê prazo mínimo de guarda de 20 anos a partir do último registro para a possibilidade de eliminação, sob critérios e cautelas legais; **não estabelece eliminação automática na data de 20 anos**, nem dispensa outras regras que demandem prazos ou preservação maiores. [11]

O **prontuário clínico original permanece como registro institucional de referência**. O Passaporte apresenta extratos, documentos validados e plano de continuidade; não deve ser construído como base paralela autônoma com atualizações divergentes. O sistema deve manter vínculo seguro ao episódio de origem, carimbo de data, versões, identificador do profissional e evidência de acesso ou compartilhamento. Solicitações de cópia integral do prontuário seguem rito próprio e não podem ser limitadas pelo fato de o Passaporte conter somente resumo.

Objeto	Regra de segurança / guarda	Evidência esperada
Prontuário originário	Controle de integridade, acesso, confidencialidade e política de guarda conforme lei.	Plano de gestão documental, backup testado e política de retenção.

Objeto	Regra de segurança / guarda	Evidência esperada
Resumo/Passaporte	Versão de publicação vinculada a documento clínico de origem.	ID de episódio, data/autor, status e histórico de retificações.
Imagens e laudos	Vínculo inequívoco entre paciente, estudo e laudo; visualização protegida.	Auditoria de acesso, checagem de correspondência e controle de disponibilidade.
Registro de consentimentos e bases legais	Separar ciência, autorização específica quando aplicável e fundamento legal de cada operação.	Registro de finalidade, canal, data e versão do aviso de privacidade.
Solicitação de cópia do prontuário	Fluxo com autenticação e regras de acesso à informação clínica.	Protocolo de atendimento, verificação de legitimidade e entrega segura.

11.12 Assinaturas eletrônicas e autenticidade de documentos de saúde

A Lei nº 14.063/2020 diferencia assinaturas eletrônicas e trata especificamente de documentos de saúde. Em seu art. 14, em regra, documentos eletrônicos subscritos por profissionais de saúde podem ser assinados por assinatura eletrônica **avançada ou qualificada**, observado o restante da regulamentação; há hipóteses específicas, incluindo documentos e receituários de controle especial e atestados eletrônicos nos termos legais, que exigem assinatura qualificada. A regra de atos internos do hospital tem tratamento próprio, não devendo ser extrapolada para documentos externos. [12]

O projeto não deve equiparar imagem digitalizada de assinatura, arquivo PDF sem autenticação e assinatura eletrônica juridicamente aceita. A matriz documental deverá diferenciar sumário de alta, prescrição comum, receita sujeita a controle especial, atestado, laudo, termo informativo e conteúdo educativo. A solução deve permitir verificar autoria, integridade e validade documental, de preferência por mecanismo de conferência seguro e sem exposição pública de dados sensíveis.

11.13 Dados pessoais sensíveis: enquadramento e limites gerais

A Lei nº 13.709/2018 classifica dados referentes à saúde como **dados pessoais sensíveis**; sua utilização demanda finalidade definida, hipótese legal adequada, transparência, minimização, prevenção e medidas de segurança. O art. 11 prevê hipóteses próprias para o tratamento de dados sensíveis. Não é correto afirmar que todo tratamento necessário à assistência no SUS depende sempre de consentimento, nem que a finalidade assistencial autoriza qualquer acesso ou divulgação. [13,14]

Cada fluxo — atendimento clínico, emissão de sumário, acesso do próprio paciente, acesso de profissional de outra instituição, WhatsApp, envio de pesquisa de satisfação, uso de nuvem, análise estatística — requer classificação da finalidade e da hipótese legal. Os

papéis de controlador e operador devem ser estabelecidos conforme quem decide finalidades e meios essenciais, e podem variar entre Instituto, hospital, secretaria e fornecedor. A avaliação detalhada, incluindo direitos do titular, RIPD, incidentes, transferências e DPO, é objeto do Capítulo 14.

REGRA DE DESENHO O compartilhamento para continuidade clínica não equivale a autorização irrestrita para reutilização em publicidade, listas comerciais, perfilamento ou treinamento de sistemas de IA. Tais usos exigem avaliações legais e éticas específicas e, quando cabível, proibições contratuais explícitas.

11.14 Proteção de adolescentes, incapazes e representação legal

O acesso de terceiro ao Passaporte deve ser condicionado à sua legitimidade. Para crianças e adolescentes, devem ser consideradas as regras da LGPD, do Estatuto da Criança e do Adolescente, do sigilo profissional e da proteção de situações que exigem reserva. Representação legal não pode ser confundida com mera posse do telefone ou conhecimento do CPF do paciente. Para adultos temporariamente incapazes, cuidadores e procuradores, são necessários critérios de comprovação, abrangência e revogação, com assessoramento jurídico e clínico.

O processo deve prever situações de violência doméstica, restrição judicial e conflito de guarda, nas quais divulgar o prontuário ou endereço de atendimento pode criar risco. A decisão de implementação do acesso delegado exige regras específicas, trilhas de auditoria e revisão por profissionais habilitados; por prudência, não se propõe ativação irrestrita na primeira fase.

11.15 Política Nacional de Informação e Saúde Digital — 2026

A Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, instituiu a Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD), publicada em 28/10/2026. Segundo o Ministério da Saúde, a política busca fortalecer o SUS com transformação digital, centralidade do usuário, interoperabilidade, proteção de dados, redução de desigualdades e letramento digital; consolida a RNDS como plataforma de interoperabilidade e o CPF como identificador prioritário. [15]

Para o Canaã, a PNISD oferece orientação estratégica, mas sua publicação recente **não autoriza presumir que todos os padrões, integrações e estruturas locais estejam implementados**. Os capítulos seguintes deverão acompanhar seus atos complementares e o Plano de Ação de Transformação para a Saúde Digital do SUS, cuja pactuação em até 180 dias foi anunciada no texto oficial do Ministério. A preparação institucional pode começar antes da integração efetiva, mediante padrões internos compatíveis e redução da exclusão digital.

11.16 RNDS, Sumário de Alta e integração condicionada

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 instituiu o Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS. A RNDS tem guias de implementação com especificações baseadas em **HL7 FHIR R4**, enquanto seu credenciamento pressupõe solicitação de acesso, homologação e posterior autorização para ambiente de produção. [16–18]

O Hospital Canaã pode projetar seu modelo de dados segundo requisitos de interoperabilidade; **não pode declarar integração ativa com RNDS ou e-SaúdeSP sem comprovação operacional, pactuação e testes autorizados**. O envio bem-sucedido à plataforma nacional, quando tecnicamente possível, também não comprova que um profissional específico leu o registro nem substitui comunicação clínica de achados urgentes.

Camada	Condição pretendida	Comprovação prévia necessária
Modelo de informação	Campos e semântica consistentes com o Sumário de Alta.	Mapeamento de campos, terminologias e validação clínica.
Arquitetura FHIR	Mensagens/recursos conforme guias vigentes.	Testes de conformidade e validação de segurança.
RNDS homologação	Acesso solicitado e ensaios realizados em ambiente autorizado.	Credenciamento e resultados documentados dos testes.
RNDS produção	Comunicação real para serviços autorizados.	Autorização de produção e evidência de transações.
e-SaúdeSP e serviços municipais	Interoperabilidade pactuada com a rede local.	Acordo técnico-institucional, avaliação LGPD e testes com SMS-SP.

11.17 Regulação assistencial e limites da contrarreferência digital

A contrarreferência é comunicação clínica sobre necessidade de seguimento; a regulação assistencial envolve autoridade, regras de acesso, ofertas, filas e mecanismos próprios da gestão SUS. O Modelo de Informação da Regulação Assistencial, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3/2023, demonstra que são processos informacionais distintos e complementares. [19]

O Passaporte poderá indicar destino sugerido, prioridade clínica, motivo do encaminhamento, documentação pertinente e situação informada pelo serviço receptor, **sem criar autorizações, agendamentos ou vagas por conta própria**. Solicitações de consultas e exames eletivos ou urgentes precisam respeitar os fluxos definidos pela Secretaria Municipal da Saúde, inclusive eventuais regras de classificação e devolutiva. Para casos críticos, o serviço deverá acionar os canais clínicos e regulatórios aplicáveis, sem depender do paciente encaminhar PDF.

11.18 Contratualização com o SUS: diferenças entre OS, OSC e prestação complementar

A Lei nº 9.637/1998 disciplina a qualificação de organizações sociais no âmbito da legislação federal; a Lei nº 13.019/2014 disciplina, com hipóteses de aplicação e exceções próprias, parcerias envolvendo organizações da sociedade civil. A Lei nº 8.080/1990 também prevê participação complementar de instituições privadas no SUS. **Esses regimes não são intercambiáveis**, e qualificação como OS depende da legislação e dos procedimentos específicos do ente competente. [2,20,21]

O Instituto de Ciências Médicas Canaã é uma associação privada sem fins lucrativos; essa condição, isoladamente, **não constitui qualificação como OS**, nem confere contrato com a Secretaria Municipal. O programa Passaporte pode integrar um futuro plano de trabalho ou contrato de gestão, mas metas, custeio de TI, propriedade/portabilidade dos dados, indicadores, fiscalização, integração e manutenção precisarão constar do instrumento juridicamente adequado e aprovado pelas partes.

Instrumento ou regime	Pergunta jurídica	Providência antes da implantação
Contrato de gestão / OS	A entidade está formalmente qualificada perante o ente que contrata?	Verificar lei local, edital, termo de qualificação e contrato específico.
Parceria OSC / MROSC	Qual o objeto, modalidade, restrições e regramento do ajuste?	Analisar Lei 13.019/2014, legislação local e instrumento de chamamento.
Prestação complementar SUS	Existe contrato/convênio com habilitação e objeto assistencial definido?	Identificar base legal, regulação, CNES, faturamento e obrigações de informação.
Fornecedor tecnológico	Quem define finalidades, acessos, segurança e subcontratados?	Contrato, anexos de proteção de dados, SLA e plano de saída.
Integração com rede municipal	A SMS autorizou a interface, finalidade e governança?	Acordos formais, normas técnicas e testes de interoperabilidade.

11.19 Responsabilidade da instituição, dos profissionais e dos fornecedores

A instituição responde por sua estrutura de governança, segurança, prontuário, infraestrutura e organização dos processos assistenciais conforme o regime aplicável. Os profissionais respondem por seus próprios atos e registros dentro das competências de seus conselhos. O fornecedor de software responde, contratualmente e na medida legal, por implementação, segurança e disponibilidade; **terceirizar tecnologia não transfere automaticamente toda responsabilidade pelo serviço de saúde**.

O modelo institucional deverá registrar: autoridade para liberar sumário; substituição de profissionais ausentes; supervisão de integrações; quem decide qual achado é crítico; quem faz contato ativo; quem corrige erro; e quem interage com ANPD, vigilância sanitária ou SMS. Responsabilidades devem ser formalizadas em regimentos, protocolos, contratos e matriz RACI (a ser detalhada no Capítulo 15).

11.20 Organização territorial e interface com a gestão municipal de São Paulo

O Decreto Municipal nº 64.999, de 10/03/2026, reorganizou a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, extinguiu a CRS Centro e transferiu a Supervisão Técnica de Saúde Sé/Santa Cecília à CRS Norte, abrangendo os distritos Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé. [22]

O Hospital Canaã está previsto no território central paulistano. Para fins de pactuação do Passaporte, a interlocução territorial deverá observar a **CRS Norte e a STS Sé/Santa Cecília**, sem presumir que essas instâncias sejam suficientes para autorizar toda integração, regulação ou contratação: áreas técnicas centrais da SMS, jurídico, informação e tecnologia e gestores de rede poderão ser necessários conforme o tema. A data da norma e a vigência de eventuais reorganizações posteriores devem ser verificadas em cada atualização do manual.

11.21 Exames de imagem, laboratórios e anatomopatologia: cadeia documental

Laudos e imagens constituem documentos assistenciais com autoria, sistema de origem, paciente e episódio identificáveis. Acesso digital às imagens de tomografia, ultrassonografia, radiologia e outros métodos deve preservar associação com seu laudo, formato e qualidade adequados, além de restrição por perfil de usuário. Exames anatomopatológicos emitidos após a alta requerem fluxo de revisão e comunicação, sobretudo quando há resultado relevante ou urgente.

A cadeia documental deverá estabelecer formalmente a responsabilidade do executante pelo laudo, do serviço hospitalar pela incorporação ao prontuário, do médico assistente pela avaliação clínica pertinente e da equipe de continuidade pelo acompanhamento de pendências designadas. Não é adequado presumir que **disponibilizar um resultado no portal equivale a comunicação clínica efetiva** em todos os cenários.

11.22 Comunicação após a alta, WhatsApp e teleorientação

A proposta de comunicação por chat ou WhatsApp deve ser juridicamente classificada conforme seu conteúdo. **Informação administrativa** (local de retorno, obtenção de cópia) difere de **orientação clínica individualizada** e de **ato médico a distância**, cujos

requisitos específicos precisam ser avaliados à luz da legislação de telessaúde e normas profissionais (inclusive Resolução CFM nº 2.314/2022, quando aplicável). É vedado apresentar canal assíncrono como serviço de emergência sem equipe e processo assistencial próprios. [23]

O desenho mínimo deve prever número oficial verificado, autenticação proporcional ao risco, minimização de dados transmitidos, horários e prazo de resposta divulgados, escalonamento humano, retenção segura da conversa e alerta visível para emergências. A utilização de serviço terceirizado exige análise contratual e de transferências de dados, inclusive prestadores e subprocessadores envolvidos. Mensagens automáticas não devem conter diagnósticos sensíveis em notificações prévias na tela bloqueada.

11.23 Inclusão, acessibilidade e mecanismos não digitais

A promessa institucional de continuidade do cuidado seria contraditória se dependesse exclusivamente de smartphone, internet ou alfabetização digital. A Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e os deveres gerais de não discriminação e acesso à informação orientam atendimento acessível, adaptado às necessidades de cada pessoa. Padrões como WCAG 2.2 podem apoiar verificação técnica, mas sua aplicabilidade obrigatória deve ser aferida por contexto e contratação. [24]

Como regra proposta, a alta deverá contemplar entrega impressa ou assistida de informação essencial quando necessário, atendimento para leitura e explicação de documentos, comunicação adaptada, verificação da compreensão e identificação de apoio familiar/representação legítima. A indisponibilidade do portal não pode impedir informação médica indispensável, assistência ou liberação segura.

11.24 Matriz de conformidade jurídica e evidências de cumprimento

O programa deverá manter **registro de conformidade audível e revisável**, com cada fundamento, exigência aplicável, artefato de evidência, responsável e data de revisão. A matriz abaixo é proposta de implementação, não substitui checklist sanitário oficial nem auditoria completa de LGPD.

Domínio / base	Controle operacional	Evidência e responsável
Integralidade / Lei 8.080	Plano de continuidade com destino, conduta e pendências.	Auditoria de sumários — Direção Técnica/Qualidade.
PNHOSP / alta responsável	Checklist multiprofissional e registro de orientação.	Amostra de altas — Equipe assistencial e NSP.
CFM / documentação	Sumário médico validado, autoria, assinatura e versionamento.	Logs e auditoria de prontuário — Diretor Técnico.

Domínio / base	Controle operacional	Evidência e responsável
Lei 13.787 / prontuário	Guarda, integridade, recuperação e acesso legítimo.	Política documental e testes — Arquivo/TI/Jurídico.
Lei 14.063 / assinatura	Regras por classe documental.	Testes de validação — TI/Corpo Clínico/Jurídico.
LGPD / dados sensíveis	Mapa de dados, finalidades, controles, contratos e incidentes.	ROPA/RIPD quando cabível — Controlador/Encarregado.
RDC 36 / segurança	Riscos de transição, incidentes e barreiras.	Plano NSP/indicadores — NSP.
RNDS / integração futura	Credenciamento e homologação antes da produção.	Acordos e logs autorizados — TI/Gestão.
Regulação SUS	Sem criação de acesso paralelo a vagas/filas.	Protocolos e pactuações — Coordenação SUS.
Acessibilidade	Acesso assistido e alternativas físicas.	Teste de usuários e protocolos — Ouvidoria/Enfermagem.

11.25 Gestão de riscos jurídicos e critérios impeditivos de implantação

A liberação de documentos clínicos a usuários reais deve ser suspensa ou restrita sempre que houver risco grave não controlado de exposição indevida, associação incorreta de prontuário, ausência de autenticação, dados clínicos sem revisão profissional, perda de integridade, falha de comunicação de resultados críticos ou desconhecimento do destino das informações em prestador terceirizado. A pressão por prazo ou apresentação institucional não afasta essas condições impeditivas.

Risco	Consequência possível	Barreira preventiva / ação de resposta
Identificação equivocada	Entrega de diagnóstico e exames de pessoa diferente.	Conferência multifator; bloqueio; investigação e correção documental.
Compartilhamento sem base	Violação de confidencialidade e direitos do paciente.	Mapeamento jurídico do fluxo; perfis; contratos e auditoria.
Documento médico não validado	Conduta inadequada em UBS/UPA.	Assinatura e status “final”; impedimento de emissão de rascunhos como definitivos.
Falha de resultado crítico	Dano por atraso no diagnóstico e tratamento.	Escalonamento clínico ativo e registro de contato.
Integração não autorizada	Acesso indevido e irregularidade contratual.	Homologação formal e autorização do gestor competente.
Interrupção da plataforma	Perda de continuidade durante/apos alta.	Plano de contingência e via física segura.
Uso secundário comercial	Desvio de finalidade e risco reputacional.	Vedações contratuais e análise de bases legais específicas.

11.26 Programa de adequação, fiscalização interna e revisão normativa

Propõe-se programa de conformidade em seis etapas: (1) levantamento de obrigações e regimes aplicáveis; (2) inventário de documentos, dados e fornecedores; (3) definição da governança, com diretores e encarregado; (4) construção dos fluxos de alta, acesso e segurança; (5) testes clínicos e jurídicos sem dados reais ou em ambientes autorizados; (6) decisão formal de entrada em operação, monitoramento e auditoria periódica. Cada etapa deverá ter responsável, evidências, riscos remanescentes e aceite.

O monitoramento normativo deve ser permanente, com revisão extraordinária quando forem editados atos relevantes do MS/Anvisa/CFM/CREMESP/ANPD/SMS-SP, quando houver mudança contratual ou quando for alterado o escopo de dados ou do atendimento digital. A **versão atual 0.1 não equivale à homologação jurídica final**. A governança deverá conservar versões anteriores e justificativas das alterações.

Marco proposto	Condição para conclusão	Quem valida
G0 — decisão de escopo	Funções e riscos delimitados; base contratual identificada.	Direção e Jurídico.
G1 — requisitos jurídicos	Matriz de obrigações e mapa de dados revisados.	Jurídico, DPO/Encarregado, Direção Técnica.
G2 — requisitos clínicos	Formulários, autoria, condutas e alertas aprovados.	Corpo Clínico, NSP, Farmácia, Enfermagem.
G3 — validação tecnológica	Segurança, usabilidade, registros e contingência testados.	TI/Segurança e fornecedor.
G4 — operação piloto	Aprovação formal, equipe treinada e auditoria diária inicial.	Direção e comitê responsável.
G5 — interoperabilidade externa	Acordos, autorização, homologação e monitoramento.	Gestão SUS, TI, Jurídico e DPO conforme papéis.

11.27 Estudos de caso e respostas institucionais sugeridas

11.27.1 Paciente chega à UPA mostrando QR code do Passaporte

Situação: o paciente apresenta QR code impresso na alta e afirma que o médico da UPA pode acessar todos os seus dados. **Resposta segura:** o QR code não deve abrir livremente dados sensíveis. Quando houver portal e autorização adequada, o paciente acessa sua própria área ou compartilha documento validado; o profissional deve seguir os canais habilitados e verificar identidade, autoria, data e relevância clínica. Integração profissional direta somente após pactuação e homologação.

11.27.2 Anatomopatológico oncológico fica pronto após a alta

Situação: laudo liberado após procedimento cirúrgico, com achado que requer reavaliação. **Resposta segura:** o resultado deve entrar no fluxo de avaliação do médico responsável, identificação da urgência clínica, contato ativo e registro de encaminhamento. A notificação automática de “exame disponível” não substitui a comunicação apropriada do achado, nem deve antecipar ao paciente interpretação não revisada.

11.27.3 Familiar solicita acesso ao histórico de adulto consciente

Situação: pessoa declara ser filho do paciente e pede todo o material no WhatsApp. **Resposta segura:** parentesco alegado não basta. O serviço verifica a legitimidade, a vontade do paciente, eventual representação formal e a finalidade do acesso, oferecendo canal seguro e mínimo de informação necessário. Sem fundamento adequado, não compartilhar prontuário ou laudos identificáveis.

11.27.4 Gestor público solicita integração imediata ao sistema municipal

Situação: há interesse público na troca de sumários, mas não existe convênio técnico ou credenciamento. **Resposta segura:** reconhecer o alinhamento assistencial e propor plano formal de interoperabilidade, com requisitos, base legal, responsabilidades, segurança e homologação. Não transmitir dados reais por e-mail improvisado, chave genérica ou integração sem controle de acesso.

11.27.5 Paciente sem smartphone recebe alta com terapêutica complexa

Situação: pessoa idosa utiliza múltiplos medicamentos e tem retorno na UBS. **Resposta segura:** fornecer sumário/receita e plano impresso ou acessível, conciliar medicamentos, confirmar compreensão e organizar encaminhamento compatível com os fluxos locais. Não condicionar alta à criação de login digital.

11.28 Recomendações, pendências de validação e interfaces com capítulos seguintes

O Capítulo 11 estabelece **viabilidade jurídica condicionada à conformidade**, sem declarar funcionamento ou regularidade integral do futuro Hospital Canaã. As diretrizes essenciais são: manter primazia do cuidado e da documentação clínica autêntica; delimitar base jurídica e finalidade do dado; assegurar o acesso do paciente; implantar alta responsável; não equiparar envio a efetivo recebimento; observar competências do SUS; submeter integrações a autorização; e conservar contingência não digital.

- **Capítulo 12:** desenvolver consequências da PNISD de outubro de 2026, princípios, responsabilidades e monitoramento de atos complementares.

- **Capítulo 13:** detalhar modelo oficial de Sumário de Alta, RNDS, campos, semântica, FHIR R4 e credenciamento/homologação.
- **Capítulo 14:** aprofundar LGPD, sigilo, regimes de acesso, direitos do titular, dados de menores, terceiros, RIPD e incidentes.
- **Capítulo 15:** formalizar estrutura de governança, comitês, papéis institucionais, contratos, matriz RACI e processo decisório.
- **Pendências institucionais anteriores ao piloto:** validação do regime jurídico de operação; responsável pelo PEP e documentos; DPO/Encarregado; política de credenciais; contratos de TI; parecer sobre acesso de terceiros; acordo com SMS para transmissão; testes de acessibilidade; aprovação da Direção Técnica.

CONCLUSÃO JURÍDICO-SANITÁRIA O Passaporte Digital de Saúde Canaã é concebível como instrumento complementar de alta responsável, direito à informação e continuidade assistencial. Sua legitimidade decorre da aderência a normas e aos pactos do SUS, não do nome da plataforma ou da existência de um site.

Referências normativas e institucionais

[1] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Arts. 5º, 6º, 196, 198 e 199. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

[2] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Legislação atualizada. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.html

[3] BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

[4] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.390, de 30/12/2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar, art. 16. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[5] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18/10/2023. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view

[6] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.820, de 13/08/2009. Direitos e deveres dos usuários da saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

[7] ANVISA. RDC nº 36, de 25/07/2013. Ações de segurança do paciente nos serviços de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 529, de 01/04/2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

[9] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.381, de 2024. Documentos médicos. https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-que-regulamenta-emissao-de-atestado-medico

[10] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica — Resolução CFM nº 2.217/2018 (com atualizações). https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-de-etica-medica/

[11] BRASIL. Lei nº 13.787, de 27/12/2018. Digitalização e guarda do prontuário. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

[12] BRASIL. Lei nº 14.063, de 23/09/2020. Assinaturas eletrônicas e questões de saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14063.htm

[13] BRASIL. Lei nº 13.709, de 14/08/2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[14] MINISTÉRIO DA SAÚDE. LGPD e compartilhamento de dados pessoais. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd/compartilhamento-de-dados-pessoais

[15] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026 — PNISD; divulgação em 29/10/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[16] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27/08/2025. Modelo de Informação Sumário de Alta na RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[17] MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS. Guia de Implementação RNDS, HL7 FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/

[18] MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS. Credenciamento para integração à RNDS. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/credenciamento.html

[19] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3, de 18/04/2023. Modelo de Informação da Regulação Assistencial. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/

[20] BRASIL. Lei nº 9.637, de 15/05/1998. Organizações sociais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm

[21] BRASIL. Lei nº 13.019, de 31/07/2014. Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm

[22] SÃO PAULO (Município). Decreto nº 64.999, de 10/03/2026. Reorganização das Coordenadorias Regionais de Saúde. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/decreto-64999-de-10-de-marco-de-2026

[23] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.314/2022. Telemedicina; referência normativa a conferir em eventual serviço de teleatendimento. https://portal.cfm.org.br/

[24] BRASIL. Lei nº 13.146, de 06/07/2015. Lei Brasileira de Inclusão. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

[25] CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução CREMESP nº 385/2024. Prontuário médico eletrônico e TIC em saúde. https://www.cremesp.org.br/

[26] AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS. Perguntas frequentes — fundamentos e hipóteses de tratamento. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes

Termo de apreciação e aprovação institucional

Situação nesta emissão: minuta técnica em revisão; a aprovação do capítulo pelo proponente não substitui a validação jurídica, ética, sanitária, regulatória, assistencial ou tecnológica exigida para a implantação. Identificar pareceres e assinaturas na versão controlada do manual.

Instância de análise	Manifestação	Data / identificação
Proponente institucional / direção	( ) Aprovado ( ) Aprovado com ressalvas ( ) Revisão solicitada	_____
Direção Técnica e Clínica	( ) Validado ( ) Pendente	_____
Assessoria Jurídica	( ) Validado ( ) Pendente	_____
Proteção de dados / Encarregado	( ) Validado ( ) Pendente	_____
Núcleo de Segurança do Paciente	( ) Validado ( ) Pendente	_____

Próximo capítulo previsto após aprovação: Capítulo 12 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital: alinhamento institucional, diretrizes e implicações para o programa Canaã.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 12

POLÍTICA NACIONAL DE INFORMAÇÃO E SAÚDE DIGITAL E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DIGITAL

Fundamentos normativos de 2026, governança federativa, equidade, interoperabilidade e aplicação ao Passaporte Canaã

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 12
Título	Política Nacional de Informação e Saúde Digital e Estratégia de Saúde Digital
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de estruturação institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C12 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta para revisão técnica, jurídica, clínica e de segurança da informação; não constitui declaração de integração ativa com sistemas públicos
Controle editorial	Capítulos 01–11 aprovados; capítulos 12 e 13 elaborados no primeiro lote de dois capítulos, sujeitos a aprovação individual
Validações	Direção Técnica, Jurídico, Governança Digital, Segurança/LGPD, gestão assistencial, representantes da rede SUS quando pactuados
Data de corte da pesquisa	02 de novembro de 2026

Resumo executivo

Este capítulo define como o Passaporte Digital de Saúde Canaã (PDSC) deve se alinhar à **Política Nacional de Informação e Saúde Digital — PNISD**, instituída pela Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, publicada em 28/10/2026. A política posiciona o cidadão no centro do cuidado, reforça a continuidade da atenção, a informação qualificada, a interoperabilidade, a inclusão e a proteção de dados. É o marco de referência vigente para o planejamento do programa, sem dispensar a Lei nº 8.080/1990, a LGPD, os requisitos de prontuário e as regras de cada serviço assistencial. [1–3]

A PNISD é recente. Na data de corte desta minuta, o **Plano de Ação de Transformação para a Saúde Digital do SUS**, com pactuação prevista em até 180 dias da publicação da portaria, ainda deve ser acompanhado. Por essa razão, o manual distingue orientações já expressas na norma de parâmetros que dependerão de planos, atos posteriores, pactuação e credenciamento. O projeto Canaã não assume obrigações financeiras, módulos nacionais ou fluxos municipais que ainda não lhe foram formalmente atribuídos. [1–2]

ATUALIZAÇÃO NORMATIVA DE 2026 A Portaria GM/MS nº 12.301/2026 revogou o Capítulo I-A do Título VII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017, onde se encontrava a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. A ESD28 é relevante como antecedente histórico, não deve ser citada como marco operativo vigente sem essa ressalva.

Sumário do capítulo

12.1 Objeto, relevância institucional e delimitação
12.2 Evolução do marco nacional e revogações de 2026
12.3 Alcance subjetivo e territorial da PNISD
12.4 Centralidade do usuário e continuidade assistencial
12.5 Princípios nacionais traduzidos em compromissos operacionais
12.6 Equidade, acessibilidade e letramento digital
12.7 Captura única, reuso e prevenção de registros paralelos
12.8 Qualidade, integridade, rastreabilidade e governança dos dados
12.9 RNDS e Plataformas SUS Digital: funções e limites
12.10 Identificação segura do paciente e CPF prioritário
12.11 Governança federativa: CIT, CIB, CIR, gestores e controle social
12.12 Planos de Ação de Transformação e sustentabilidade
12.13 Competências de estabelecimentos e profissionais
12.14 Privacidade e segurança desde a concepção
12.15 Soberania digital, dependência de fornecedores e portabilidade
12.16 Telessaúde, canais de orientação e fronteiras assistenciais
12.17 Educação permanente e educação do paciente
12.18 Inteligência artificial, supervisão humana e validação clínica
12.19 Interoperabilidade técnica e semântica do Passaporte
12.20 Roteiro de implantação em ciclos e critérios de liberação
12.21 Matriz de riscos e respostas preventivas
12.22 Indicadores de monitoramento e avaliação
12.23 Casos aplicados ao Hospital Canaã
12.24 Matriz de aderência e pendências de validação
12.25 Matriz operacional de governança no território paulistano
12.26 Requisitos verificáveis para o portal e a contrarreferência
12.27 Gestão de fornecedores, incidentes e continuidade tecnológica
12.28 Modelo de avaliação de maturidade e deliberação de entrada em operação
Referências normativas e técnico-institucionais
Termo de apreciação e aprovação institucional

12.1 Objeto, relevância institucional e delimitação

O objeto deste capítulo não é reproduzir a política nacional, mas especificar sua aplicação em um serviço hospitalar que produz sumários de alta, prescrições, exames e planos de continuidade. O Passaporte deverá ser uma camada de acesso e coordenação do cuidado originada em registros clínicos fidedignos e assinados, nunca uma base paralela, informal e desacoplada do prontuário eletrônico.

O Instituto de Ciências Médicas Canaã figura como proponente do programa; o Hospital Canaã constitui a unidade inicial pretendida. Os requisitos efetivos dependerão do licenciamento, do cadastro do estabelecimento, do regime de contratação e dos protocolos de acesso e intercâmbio pactuados com gestores competentes. A PNISD alcança, no que couber, prestadores privados, fornecedores de TI e profissionais, mas não confere integração automática a nenhum estabelecimento. [1–3]

12.2 Evolução do marco nacional e revogações de 2026

A Portaria GM/MS nº 3.632/2020 havia instituído a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 (ESD28) na Portaria de Consolidação nº 1/2017. Em outubro de 2026, a Portaria GM/MS nº 12.301 introduziu a PNISD no Anexo XLVI da Portaria de Consolidação nº 2/2017 e revogou expressamente os dispositivos da antiga estratégia, além de dispositivos relacionados à política precedente de informação e informática em saúde. Portanto, manuais que continuem a apresentar a ESD28 como vigente devem ser atualizados. [1, 4]

A transição regulatória não invalida automaticamente tecnologias, programas e documentos técnicos desenvolvidos sob a estratégia anterior. Exige, contudo, uma análise de compatibilidade com a PNISD e com os atos posteriores de execução. Recomenda-se registrar a versão normativa em cada revisão do manual e criar alertas para portarias, resoluções tripartites e guias da RNDS recém-publicados.

12.3 Alcance subjetivo e territorial da PNISD

O artigo 1º da PNISD contempla, no que couber, secretarias de saúde, entidades e prestadores públicos e privados, provedores tecnológicos, profissionais, instâncias de controle social e usuários. O Instituto Canaã deverá definir contratualmente quem desenvolve, opera, hospeda e mantém cada componente do Passaporte, bem como quem responde pela qualidade e atualização do conteúdo clínico. [1]

As relações com o SUS paulistano não podem ser presumidas: a existência de um portal não implica credenciamento na RNDS, autorização para uso de sistemas municipais, acesso à fila de regulação ou envio automático à UBS. Cada interface precisa de análise jurídica, requisitos técnicos, termo de cooperação ou instrumento compatível e registro do responsável institucional.

12.4 Centralidade do usuário e continuidade assistencial

Centralidade do usuário significa projetar o Passaporte a partir de tarefas concretas: compreender o motivo da internação; conhecer o que foi realizado; saber quais medicamentos usar em casa; reconhecer sinais de alerta; identificar o serviço de seguimento; e apresentar informações úteis em nova emergência. Isso é diferente de simplesmente publicar um arquivo em PDF.

O requisito de valor assistencial é que o cidadão receba documentação compreensível e um plano individual de continuidade, enquanto a equipe responsável dispõe de mecanismos para conferir entendimento, resolver pendências e orientar o encaminhamento. O conteúdo clínico permanece sujeito à revisão do profissional habilitado, e o portal deve mostrar data de emissão e versão do documento.

12.5 Princípios nacionais traduzidos em compromissos operacionais

Os princípios do artigo 2º incluem integralidade, equidade, qualidade dos dados, governança tripartite, autodeterminação informativa, acesso facilitado pelo titular, ética, segurança, transparência, soberania digital e uso responsável de tecnologias emergentes. Eles devem ser convertidos em controles verificáveis, designados a responsáveis e testados em cenários assistenciais reais. [1]

Um princípio abstrato só integra a qualidade operacional quando produz evidência auditável. Por exemplo, acesso facilitado exige que o paciente consiga efetivamente obter o sumário; integridade exige controle de alterações e versões; equidade exige alternativa para quem não utiliza celular; e segurança exige perfis de autorização, logs e contingência.

Princípio	Controle Canaã proposto	Evidência
Centralidade	Jornada do usuário testada com pacientes e cuidadores	Teste de usabilidade, revisões
Qualidade	Fonte oficial por dado, conciliação e validação	Relatório de consistência
Equidade	Impressão e assistência presencial	Registro de entrega alternativa
Segurança	Autenticação, autorizações, trilhas	Relatórios de teste e auditoria
Soberania	Portabilidade e contrato de saída	Cláusulas e testes de exportação

12.6 Equidade, acessibilidade e letramento digital

As diretrizes nacionais determinam redução das desigualdades e soluções de contingência em locais com infraestrutura limitada. O Hospital Canaã deverá prever acesso assistido, documentos impressos, orientação em linguagem simples, alternativas acessíveis a pessoas com deficiência e possibilidade de participação de representante legalmente autorizado. [1]

A equipe de alta deverá realizar uma avaliação prática de capacidade de uso da ferramenta, sem transformar a posse de smartphone em critério de qualidade ou de elegibilidade assistencial. A impossibilidade de usar o portal não autoriza suprimir a entrega de orientações ou de documentos essenciais.

12.7 Captura única, reuso e prevenção de registros paralelos

A diretriz de captura única e reuso de dados busca evitar reentrada redundante e inconsistências. O registro original da internação deve ser feito no prontuário eletrônico institucional; o Passaporte receberá informações por interfaces governadas, com validação de origem e atualização controlada. [1]

Duplicar manualmente diagnósticos, alergias ou prescrições em diferentes aplicativos aumenta risco de versões conflitantes. Para campos essenciais, recomenda-se fonte mestre identificada, sincronização validada e mecanismo de sinalização de divergências. A liberação ao paciente deve pressupor registro e assinatura clínica, com exceções formalizadas para orientações educativas gerais.

12.8 Qualidade, integridade, rastreabilidade e governança dos dados

Qualidade informacional é requisito assistencial: identificação correta, completude proporcional, terminologia consistente, atualidade, autoria, legibilidade, rastreabilidade e ausência de duplicidades. A governança deve manter um dicionário de dados, regras de validação, níveis de criticidade e indicadores de erro por tipo de informação.

Os papéis mínimos sugeridos são: responsável pelo dado clínico; gestor do processo de alta; custodiante técnico; encarregado/assessoria de proteção de dados; equipe de qualidade; e comitê gestor do programa. Essa configuração é proposta interna e precisará ser ajustada ao desenho real da instituição.

12.9 RNDS e Plataformas SUS Digital: funções e limites

A RNDS é a plataforma de interoperabilidade do ecossistema de dados do SUS; as Plataformas SUS Digital disponibilizam serviços e informações a perfis autorizados, de acordo com regras nacionais. O Passaporte Canaã é uma solução institucional proposta, não uma instância da RNDS nem uma versão do Meu SUS Digital. [1, 3, 5]

O projeto deve distinguir: produção de dados no prontuário; publicação no portal privado institucional; eventual submissão de dados padronizados à RNDS; e uso por profissionais da rede. Essas etapas possuem autorizações, finalidades e controles distintos, evitando a interpretação equivocada de que o médico da UPA já dispõe de acesso automático ao histórico Canaã.

12.10 Identificação segura do paciente e CPF prioritário

A PNISD orienta o CPF como identificador prioritário em sistemas públicos sob gestão dos entes competentes. O projeto deverá conciliar CPF, CNS e identificadores locais, com procedimentos para ausência de documento, inconsistência cadastral, duplicidades e

alterações de identificação, sem negar atendimento emergencial em razão da falta de identificador. [1]

A correspondência paciente–episódio–documento exige validação em dois ou mais atributos relevantes no fluxo clínico, e integração cadastros somente conforme fontes autorizadas. Um identificador nacional é ferramenta de vinculação, não substituto de checagem clínica presencial.

12.11 Governança federativa: CIT, CIB, CIR, gestores e controle social

A PNISD prevê coordenação federal, pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, adaptação nas comissões bipartites e regionais quando couber, e acompanhamento por conselhos de saúde. A atuação institucional do Canaã deverá ser compatível com essas instâncias, sem confundir iniciativas privadas de inovação com competências de gestão pública. [1]

Para integração municipal recomenda-se interlocução formal com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com registro de ata técnica, finalidade, dados, fluxo, base jurídica e responsabilidades. A integração com uma unidade assistencial individual não supre, por si só, os requisitos de autorização e governança do nível gestor.

Ator	Papel na PNISD	Implicação ao Canaã
Ministério da Saúde	Coordena nacionalmente, define referenciais e padrões	Aderir a normas e modelos publicados
CIT / CIB / CIR	Pactuação e adaptação interfederativa	Não apresentar pactuação inexistente
SMS-SP	Implementa em seu âmbito municipal, coordena fluxos	Solicitar pactuação/integração pelos canais formais
Estabelecimento de saúde	Qualidade, segurança e adequações graduais	Manter plano e evidências
Profissional de saúde	Autoria, qualidade dos dados, privacidade	Validar registros sob sua competência

12.12 Planos de Ação de Transformação e sustentabilidade

O artigo 6º prevê Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital, com monitoramento, responsabilidades e metas. A portaria estabelece prazo de até 180 dias para pactuação de plano nacional na CIT. Na data de corte desta minuta, não se pressupõe a existência de plano já pactuado nem de financiamento destinado ao Instituto Canaã. [1–2]

O programa precisa de um plano institucional próprio contendo escopo, fases, pessoal, suporte, infraestrutura, treinamento, manutenção, proteção de dados e avaliação de

resultados. O orçamento deverá distinguir investimento inicial, despesas recorrentes, custos de armazenamento de imagens, suporte ao paciente e governança clínica — todos sujeitos à análise de viabilidade.

12.13 Competências de estabelecimentos e profissionais

O artigo 12 da PNISD prevê adequações graduais de sistemas para interoperabilidade, informação fidedigna e tempestiva, proteção e confidencialidade; o artigo 13 atribui aos profissionais deveres de privacidade, participação e qualidade dos dados que produzem. A gradualidade depende de planejamento e de requisitos aplicáveis, não equivale a dispensa de sigilo e segurança. [1]

O médico responsável valida o documento de alta; a farmácia contribui para a conciliação; enfermagem e demais profissionais registram orientações de suas competências; TI executa controles técnicos; e qualidade verifica o cumprimento do processo. Nenhuma automatização deve criar autoria médica fictícia ou remover o dever de revisão profissional.

12.14 Privacidade e segurança desde a concepção

A PNISD exige proteção desde a concepção e por padrão. Isso se traduz em minimização de dados, segregação de perfis, autenticação adequada ao risco, criptografia, gestão de sessões, logs, política de retenção, backups e resposta a incidentes. O desenho jurídico detalhado das bases legais será desenvolvido no Capítulo 14. [1, 6]

Envio de diagnóstico por mensagem comum, links públicos permanentes ou QR codes que liberem diretamente exames e CID não atende ao princípio de acesso restrito. Mensagens podem informar a existência de um documento no portal, mas o acesso ao conteúdo deve exigir autenticação e autorização apropriadas.

12.15 Soberania digital, dependência de fornecedores e portabilidade

A soberania digital, prevista expressamente pela PNISD, recomenda planejamento contratual que assegure governança institucional sobre dados, capacidade de exportação, continuidade operacional e possibilidade de substituição de fornecedor. Não implica obrigação de desenvolver toda a tecnologia internamente; exige controlar riscos de aprisionamento tecnológico e localização/transferência de dados conforme legislação aplicável. [1]

Contratos deverão prever formatos de exportação estruturados, prazos de devolução, política de subcontratação, auditoria técnica, suporte a incidentes, salvaguardas de

continuidade e destino dos dados ao término da relação. A propriedade do software e a titularidade/controle dos dados são questões distintas.

12.16 Telessaúde, canais de orientação e fronteiras assistenciais

A PNISD prioriza a telessaúde como instrumento para ampliar acesso. Contudo, o chat pós-alta proposto pelo Canaã deve ter escopo definido e triagem de riscos: dúvidas administrativas e educação podem seguir fluxos padronizados; avaliações clínicas que demandem decisão individual devem respeitar requisitos profissionais e assistenciais de teleatendimento. [1]

O canal não será anunciado como pronto-socorro virtual e não substituirá emergências presenciais. Sinais de alerta graves deverão gerar orientação imediata de busca de atendimento, dentro de protocolos clínicos formalmente aprovados. É necessário indicar horários, responsáveis, registro das interações e níveis de escalonamento.

12.17 Educação permanente e educação do paciente

O programa deverá capacitar equipes de alta, profissionais administrativos e técnicos de TI em qualidade de dados, direitos do paciente, segurança da informação e comunicação. Treinamento não pode ser restrito ao lançamento do portal: requer atualização, avaliações de competência e reciclagem após incidentes ou mudança normativa. [1]

Para o paciente, recomenda-se materiais educativos vinculados ao diagnóstico ou procedimento, redigidos em linguagem simples e revisados por profissional habilitado. Materiais de hipertensão, cuidados pós-operatórios e anticoagulação, por exemplo, precisam explicitar que não substituem orientações individualizadas de alta.

12.18 Inteligência artificial, supervisão humana e validação clínica

A PNISD prevê estímulo ao uso da inteligência artificial com governança, supervisão humana e gestão de riscos. O Canaã poderá estudar recursos de apoio à checagem de completude, identificação de pendências e organização documental, mas jamais presumir que uma saída gerada por IA está clinicamente validada. [1]

A proposta deve estabelecer: casos de uso permitidos; métricas de desempenho; possibilidade de contestação; trilhas de auditoria; mitigação de vieses; privacidade; e revisão humana obrigatória para diagnósticos, condutas e prescrições. Aplicações clínicas com implicações regulatórias específicas exigirão verificação adicional antes da adoção.

12.19 Interoperabilidade técnica e semântica do Passaporte

Interoperabilidade compreende conexão técnica, semântica e organizacional. O padrão FHIR R4 é adotado em guias da RNDS, mas o uso de FHIR isoladamente não cria

comunicação autorizada com a plataforma. Também são necessárias terminologias, identificadores, certificados, conformidade com os perfis publicados e aceite do integrador. [5, 7]

A arquitetura deve prever módulo de extração do prontuário, normalização, validação, versionamento, camada segura de exibição e, em estágio posterior, eventual exportação conforme perfis homologados. O Capítulo 13 especificará a estrutura do Sumário de Alta como caso de uso prioritário.

12.20 Roteiro de implantação em ciclos e critérios de liberação

O ciclo inicial proposto abrange sumário de alta assinado, receita, exames e orientações disponíveis ao paciente mediante acesso autenticado e alternativa impressa. A fase seguinte inclui resultados pendentes, acompanhamento e comunicação segura; a terceira envolve interoperabilidade externa apenas após pactuação, credenciamento e homologação. Cada fase terá avaliação do Núcleo de Segurança do Paciente e das áreas jurídicas e tecnológicas.

Critérios de liberação: funcionamento dos controles de acesso; concordância entre prontuário e Passaporte; testes de identidades semelhantes; exatidão dos medicamentos; segurança das imagens; mecanismos de contingência; protocolos para incidentes; treinamento; e capacidade comprovada de atender solicitações dos pacientes.

Etapa	Produto verificável	Critério de autorização
Preparação	Dicionário de dados; matriz de processos; contratos	Validação clínica, jurídica e tecnológica
Piloto interno	Sumário, exames, receita e orientações	Concordância e segurança demonstradas
Ampliação	Pendências e canal estruturado	Indicadores acompanhados e equipe treinada
Integração externa	Interface conforme guia, quando aplicável	Pactuação, credenciamento e homologação

12.21 Matriz de riscos e respostas preventivas

Os riscos centrais são exposição de dados, duplicidade cadastral, informação clínica desatualizada, dependência de fornecedor, mensagens interpretadas como atendimento emergencial, exclusão digital e alegação indevida de integração ao SUS. Recomenda-se matriz com probabilidade, gravidade, detecção, responsável e plano de ação.

O risco assistencial deverá prevalecer sobre conveniência tecnológica. Uma funcionalidade só entra em operação se houver responsabilidade clara por correção, monitoramento e resposta em caso de falha.

Risco	Efeito potencial	Prevenção e resposta
Paciente errado	Exposição ou erro assistencial	Vinculação tripla; dupla conferência; auditoria
Resumo desatualizado	Conduta baseada em dado antigo	Controle de versão e destaque de data
Mensagem insegura	Divulgação clínica a terceiro	Aviso neutro e acesso autenticado
Dependência técnica	Indisponibilidade / perda de dados	Backup, exportação e plano de saída
Exclusão digital	Não acesso às orientações	Entrega física e acesso assistido
Falha de IA	Resumo incorreto	Validação humana e registro de intervenções

12.22 Indicadores de monitoramento e avaliação

Indicadores precisam avaliar acesso, qualidade e continuidade, com linha de base local a ser estabelecida. Recomendam-se: proporção de altas com sumário validado; prazo de disponibilização; taxa de identidade confirmada; completude de medicamentos; pendências com responsável; utilização assistida; erros de dados; incidentes de privacidade; e proporção de encaminhamentos com destino identificado.

Indicadores de impacto, como reinternações ou uso de UPA, exigirão estudo e controle de fatores de confusão. Não devem ser apresentados como benefício comprovado do Passaporte antes da implantação e da avaliação institucional.

Indicador	Fórmula sugerida	Uso gerencial
Alta com documento validado	Altas com sumário assinado / altas elegíveis × 100	Segurança da transição
Disponibilização tempestiva	Documentos publicados no prazo acordado / elegíveis × 100	Eficiência
Acessibilidade efetiva	Pessoas assistidas ou com via física quando necessário / necessidades detectadas × 100	Equidade
Inconsistência crítica	Registros com erro de alta gravidade / documentos auditados × 100	Qualidade de dados
Pendências rastreadas	Resultados pós-alta com responsável / pendências detectadas × 100	Continuidade

12.23 Casos aplicados ao Hospital Canaã

Caso A — Idoso sem celular: paciente recebe sumário legível e orientações impressas, com explicação ao cuidador autorizado. O sistema registra a alternativa fornecida e preserva a possibilidade futura de acesso digital. **Caso B — Colecistectomia:** portal reúne

documento validado, medicações da alta, instruções e seguimento, com atualização governada do anatomopatológico pendente.

Caso C — Nova urgência: a pessoa atendida em UPA pode apresentar o PDF assinado e autenticável, sem presumir que o médico já acesse diretamente os sistemas Canaã. **Caso D — IA e segurança:** ferramenta sinaliza possível discrepância de dose, mas profissional habilitado verifica e assume a decisão clínica antes da publicação.

12.24 Matriz de aderência e pendências de validação

Antes do início efetivo, deve haver documento de aderência à PNISD com evidências rastreáveis e responsáveis designados. A matriz abaixo é proposta para o programa; a classificação de requisito é gerencial, não substituindo parecer jurídico sobre incidência da norma em cada contrato.

Pendências principais: confirmação da estrutura de governança institucional; mapeamento do ciclo de dados; definição dos fluxos pactuados com a SMS-SP; homologação futura quando cabível; política de acesso de representantes; validação do plano de contingência; e acompanhamento da pactuação nacional do PA Saúde Digital.

Objeto de verificação	Evidência mínima	Situação na minuta
Norma atualizada	Portaria 12.301/2026 e alterações acompanhadas	Referência identificada
Modelo de governança	Ato de designação e RACI	A definir
Interoperabilidade	Padrões, credenciamento, testes	Planejada; não homologada
Inclusão digital	Fluxo impresso e assistido	Proposto, depende de implantação
Segurança	Políticas, testes, controle de acessos	Pendente de validação técnica

12.25 Matriz operacional de governança no território paulistano

A operacionalização da PNISD exige decisões em três níveis distintos. No nível federal, há referenciais nacionais, modelos de informação e governança da RNDS. No estadual e municipal, existem pactuações, prioridades, fluxos de intercâmbio e sistemas assistenciais sob gestão própria. No âmbito do estabelecimento, há contratos de tecnologia, responsabilidade clínica, segurança, formação das equipes e monitoramento do processo de alta. Esses níveis se relacionam, mas não são intercambiáveis: a aprovação de uma ferramenta local não equivale à autorização de integração com sistemas federais ou municipais.

Para o Hospital Canaã, recomenda-se instituir uma Mesa de Governança do Passaporte com Direção Técnica, Qualidade/NSP, Enfermagem, Farmácia Clínica, Serviço Social,

Tecnologia da Informação, Segurança da Informação, Encarregado de Dados e representantes da gestão contratual. Atribuições mínimas: definir indicadores; aprovar conteúdo e linguagem; pactuar critérios para publicação de documentos; analisar incidentes; priorizar funcionalidades; validar mudanças de terminologia e padrões; e aprovar medidas de contingência. A composição deve ser formalizada em documento interno antes da operação.

O relacionamento externo deverá começar com mapeamento dos interlocutores legítimos da Secretaria Municipal de Saúde e dos sistemas envolvidos, incluindo prontuário municipal, plataforma e-SaúdeSP e canais de regulação, conforme a necessidade concreta da assistência. Proposta, intenção de parceria e integração já disponível são estágios diferentes. Os materiais de apresentação devem indicar explicitamente o estágio de cada interface: não iniciada, em estudo, pactuada, em desenvolvimento, homologada ou em produção. Essa classificação evita compromissos administrativos inexequíveis.

O fluxo de contrarreferência deve identificar a unidade de destino, o fundamento do encaminhamento, os documentos necessários, a urgência clínica e o meio institucional aprovado para transmissão. A confirmação de recebimento, quando pactuada, fornece evidência de intercâmbio; porém, não substitui prova de consulta, de comparecimento ou de seguimento efetivamente realizado. Dessa forma, os painéis do Instituto separarão indicadores de emissão, entrega, recebimento e desfecho assistencial.

A Mesa de Governança deverá manter lista nominal de responsáveis por cada processo e um registro de decisões com data, justificativa, aprovação, revisão prevista e evidência de implantação. Como prática de prudência jurídica, deliberações sobre dados sensíveis, contratação tecnológica e fluxos com a administração pública deverão passar pelos pareceres especializados pertinentes; a mesa não substitui as competências dos conselhos profissionais, autoridades sanitárias ou gestores do SUS.

12.26 Requisitos verificáveis para o portal e a contrarreferência

A aderência à PNISD precisa ser testável do ponto de vista do cidadão e não apenas declarada em relatórios de TI. Em um piloto, o usuário deve conseguir autenticar-se, encontrar o episódio correto, identificar a data do atendimento, consultar documento válido, compreender sua prescrição e localizar o serviço de seguimento. A equipe deve testar esses mesmos passos com idosos, usuários com deficiência, pessoas de baixa escolaridade digital e representantes devidamente habilitados. A alternativa física e assistida precisa funcionar mesmo com indisponibilidade do site.

O portal deverá separar claramente documento clínico assinado, orientação educativa genérica, informação administrativa e mensagem de comunicação pós-alta. Todos devem apresentar autoria ou fonte, data e versão pertinentes. Por exemplo, orientações sobre hipertensão são conteúdo educativo e não substituem a receita do paciente; um resultado laboratorial disponibilizado ao usuário não prova que houve revisão médica; e uma

mensagem de chat não deve ser tratada automaticamente como decisão médica. Essa classificação reduz erros de interpretação.

Na etapa de alta, recomenda-se uma verificação de coerência transversal entre quatro conjuntos: (a) sumário clínico; (b) prescrição de alta; (c) pendências diagnósticas; e (d) plano individual de continuidade. A divergência sobre dose, período de anticoagulação, destino do seguimento ou indicação de retorno deverá bloquear a publicação definitiva até revisão e assinatura do responsável. É necessário prever exceções assistenciais justificadas, como transferência para outro serviço, acompanhadas de comunicação adequada e documentação de status.

A experiência do usuário deve incluir linguagem simples, apresentação visual consistente, contato institucional e orientação sobre sinais de alerta. Em situações de risco, a interface deve destacar a procura de serviço de urgência e não sugerir que a comunicação digital terá resposta imediata. O canal de WhatsApp, caso adotado, deverá usar avisos neutros, encaminhar o usuário a ambiente autenticado quando houver dado sensível e disponibilizar protocolo claro de classificação e escalonamento das dúvidas.

A aceitação operacional deve ser feita por amostragem de episódios clínicos e cirúrgicos reais desidentificados ou simulados, com registro da taxa de erros, tempo de correção, obstáculos de acesso e relatos de usuários. Os limites de erro e metas de desempenho serão aprovados pelo Instituto antes do piloto, com atenção especial à tolerância praticamente nula a erros críticos de identidade ou a publicação sem validação clínica.

12.27 Gestão de fornecedores, incidentes e continuidade tecnológica

A sustentabilidade da transformação digital exige conhecer as dependências tecnológicas. Um contrato não deve limitar-se a desenvolvimento de telas: deve especificar disponibilidade, rotinas de backup, recuperação, interoperabilidade, propriedade e portabilidade dos dados, padrões de documentação, suporte, requisitos de segurança, auditoria, gestão de mudanças e plano de encerramento contratual. O Instituto deve evitar situações de aprisionamento tecnológico em que se torna inviável exportar documentos ou alterar a empresa responsável sem perda de informações.

O inventário mínimo de terceiros deve alcançar hospedagem, armazenamento de imagens, sistema de prontuário, assinatura eletrônica, atendimento por mensagens, serviço de autenticação, ferramentas de BI e eventuais modelos de inteligência artificial. Para cada componente, registrar categorias de dados tratados, local de armazenamento, finalidade, subprocessadores, prazos de retenção, controles de acesso e responsabilidades definidas no respectivo instrumento jurídico. Eventuais transferências internacionais de dados requerem análise própria.

Em caso de incidente de segurança, a priorização deve considerar a possibilidade de exposição de dados clínicos e de dano assistencial. Uma vinculação equivocada de exames entre pacientes exige imediata contenção da visualização, preservação de registros, verificação de outras ocorrências e correção dos dados na origem. A avaliação de eventual comunicação à ANPD e aos titulares deve seguir os critérios legais e regulamentares pertinentes, com participação do encarregado e da assessoria jurídica; não basta suprimir o arquivo do portal.

Para assegurar continuidade, devem existir rotas assistenciais offline: impressão do resumo clínico diretamente do sistema autorizado, entrega em papel com verificação de identidade, contato telefônico institucional para resultados relevantes e orientação sobre acesso posterior ao portal. O tempo de recuperação tecnológica e a periodicidade de testes de restauração serão definidos em análise de riscos; não é adequado impor números genéricos sem dimensionamento da infraestrutura.

A introdução de IA para resumir internações ou propor orientações deve ser governada como decisão de alto impacto potencial, com validação por médico, avaliação de alucinações, proteção de dados, controle de versão do modelo e teste de segurança em grupos distintos. A saída da IA não substitui o documento clínico nem pode apagar incongruências. O objetivo é apoio à produção e à verificação do sumário, com autoria e responsabilidade preservadas.

12.28 Modelo de avaliação de maturidade e deliberação de entrada em operação

Recomenda-se avaliar a maturidade em seis eixos: (1) processos assistenciais; (2) dados e terminologias; (3) segurança e privacidade; (4) experiência e inclusão do paciente; (5) capacidade de interoperabilidade; e (6) governança e medição de resultados. Em cada eixo, os avaliadores deverão registrar evidências observáveis, lacunas, classificação de criticidade, ação corretiva, responsável e prazo. A pontuação, caso utilizada, será instrumento interno de priorização, não certificação oficial do Ministério da Saúde.

A implantação deve ocorrer mediante portões formais de decisão. O primeiro portão verifica se o conteúdo clínico está estruturado e se há responsáveis pelas pendências. O segundo valida o piloto técnico com pacientes simulados, autenticação, assinatura e correção de erros. O terceiro confirma treinamento de profissionais e contingência física. O quarto autoriza piloto assistencial controlado, com monitoramento intensivo de incidentes. O último avalia expansão e eventuais integrações externas quando pactuadas e homologadas.

O relatório de cada portão deverá trazer evidência quantitativa e qualitativa: documentos conferidos, divergências clínicas, falhas de acesso, capacidade de exportação, tempo médio de disponibilidade, pendências vencidas, satisfação de pacientes, acesso por cuidadores e

falhas na comunicação com a rede. É importante comparar resultados por faixa etária e necessidade de acessibilidade, evitando que uma média aparentemente favorável esconda grupos sistematicamente excluídos.

De forma preventiva, a aprovação para uso assistencial fica condicionada à inexistência de falhas críticas não tratadas: associação do dado ao paciente incorreto, publicação de sumário não validado, exibição de prescrição contraditória, vazamento de documentos a terceiros ou impossibilidade de executar o procedimento alternativo de alta. A decisão deverá constar de ata da direção, acompanhada de pareceres clínico, tecnológico e jurídico pertinentes.

O fechamento deste capítulo é propositivo: o Instituto Canaã poderá apresentar o programa como iniciativa alinhada à PNISD, desde que não o caracterize como programa já credenciado, sistema nacional obrigatório ou serviço com impacto mensurado antes de existir implantação e acompanhamento. Uma declaração institucional precisa reforça a credibilidade do projeto perante o gestor público e permite comparação transparente entre entregas previstas e realizadas.

Eixo de maturidade	Evidência documental proposta	Critério para prosseguir
Clínico-assistencial	Sumários conferidos, plano de seguimento, conciliação	Ausência de divergência crítica aberta
Governança de dados	Dicionário, controle de versão e autoria	Campos rastreáveis e responsabilidades definidas
Segurança e LGPD	Perfis de acesso, logs, plano de incidente	Testes de segregação e resposta aprovados
Equidade	Acesso assistido, impresso e alternativas acessíveis	Pacientes elegíveis não excluídos
Interoperabilidade	Requisitos, credenciamento e homologação	Integração externa somente quando autorizada
Monitoramento	Indicadores e auditoria de processos	Resultados apresentados à direção

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, texto da PNISD e revogações. https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=9882&cod_modulo=310&desItem=&desItemFim=&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00012301&orgao=GM/MS&seqAto=000&tipo=POR&valorAno=2026

[2] Ministério da Saúde. Nota oficial de instituição da PNISD, 29/10/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/

[3] Decreto Federal nº 12.560, de 23/07/2025. RNDS e Plataformas SUS Digital. https://legis.senado.gov.br/norma/41155564/publicacao/41160178

[4] Portaria GM/MS nº 3.632/2020. ESD 2020–2028, antecedente revogado em 2026. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3632_22_12_2020.html

[5] Guia de Implementação RNDS, versão 1.0.0-release, FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html

[6] Lei Federal nº 13.709/2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[7] RNDS. Guia de Integração, credenciamento e interoperabilidade. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/integracao.html

[8] DATASUS. Perguntas frequentes sobre RNDS e credenciamento. https://webatendimento.saude.gov.br/faq/rnds

[9] Ministério da Saúde. Legislação da RNDS e modelos de informação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[10] Lei nº 8.080, de 19/09/1990. Organização do SUS. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[11] Lei nº 8.142, de 28/12/1990. Participação e transferências intergovernamentais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 13

REDE NACIONAL DE DADOS EM SAÚDE E MODELO OFICIAL DO SUMÁRIO DE ALTA

Especificação clínico-informacional, fluxo de validação, interoperabilidade e governança do documento de transição assistencial

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 13
Título	Rede Nacional de Dados em Saúde e Modelo Oficial do Sumário de Alta
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de estruturação institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C13 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta para revisão técnica, jurídica, clínica e de segurança da informação; não constitui declaração de integração ativa com sistemas públicos
Controle editorial	Capítulos 01–11 aprovados; capítulos 12 e 13 elaborados no primeiro lote de dois capítulos, sujeitos a aprovação individual
Validações	Direção Técnica, Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão Documental, médicos titulares, Farmácia, TI/Interoperabilidade, DPO e assessoria jurídica
Data de corte da pesquisa	02 de novembro de 2026

Resumo executivo

O Sumário de Alta é o núcleo clínico do Passaporte Digital de Saúde Canaã. A Portaria GM/MS nº 8.026, de 27/08/2025, instituiu o **Modelo de Informação do Sumário de Alta (SA)** no âmbito da RNDS e definiu 17 conjuntos mínimos de informação, além de referência ao Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde. Para o Hospital Canaã, o modelo deverá orientar a estruturação, validação e interoperabilidade do documento, preservada a diferença entre **sumário clínico-assistencial**, **registro eletrônico do prontuário** e **pacote técnico enviado à RNDS**. [1–3]

A RNDS, regulamentada pelo Decreto nº 12.560/2025 e consolidada como plataforma de interoperabilidade pela PNISD de 2026, utiliza guias técnicos e modelos que especificam a troca padronizada de dados. O acesso por APIs não é automático: pressupõe CNES, solicitação formal, credenciamento, autenticação com certificado, testes em homologação e aprovação de acesso ao ambiente de produção. Nesta minuta não se afirma que o Hospital Canaã já esteja integrado. [3–6]

DISTINÇÃO FUNDAMENTAL A Portaria 8.026/2025 define conteúdo mínimo do modelo de interoperabilidade. O Passaporte institucional poderá reunir campos clínicos adicionais, como plano de seguimento, contatos de referência e exames pendentes, desde que diferenciados, clinicamente validados e tratados conforme a LGPD. As regras técnicas definitivas dependem da versão vigente do guia de SA, da habilitação e da homologação.

Sumário do capítulo

13.1 Finalidade e limites do capítulo
13.2 Marco regulatório da RNDS e do Sumário de Alta
13.3 Cinco objetos distintos: PEP, SA, Passaporte, RNDS e portal de acesso
13.4 Ciclo de produção e governança da informação
13.5 Identificação do paciente, do episódio e do estabelecimento
13.6 Matriz dos 17 grupos do modelo oficial de SA
13.7 Campos nacionais mínimos versus extensões clínicas Canaã
13.8 Registro de procedência, caráter e modalidade assistencial
13.9 Diagnósticos, CID, status de resolução e incapacidade
13.10 Procedimentos, cirurgias e evolução resumida
13.11 Medicação, prescrição e conciliação farmacoterapêutica
13.12 Alergias, reação adversa e terminologias oficiais
13.13 Exames laboratoriais, imagens e anatomopatologia
13.14 Exames pendentes: publicação, revisão e comunicação ativa
13.15 Autoria, responsabilidade clínica e assinatura do SA
13.16 Padrões clínicos nas altas clínicas, cirúrgicas e de UTI
13.17 Fundamentos HL7 FHIR R4 e perfis nacionais
13.18 Credenciamento, certificados e ambientes de integração
13.19 Arquitetura de extração, transformação, validação e envio
13.20 Versionamento, correções e prevenção de duplicidades
13.21 Consentimento, base legal, autorização e logs
13.22 Utilização em nova urgência e contrarreferência
13.23 Testes de qualidade, homologação e critérios de bloqueio
13.24 Plano de contingência, incidentes e continuidade operacional
13.25 Indicadores de qualidade e painel de gestão
13.26 Roadmap de implantação e pendências críticas
13.27 Dicionário clínico de dados e regras de consistência
13.28 Ciclo de vida do Sumário de Alta e status de interoperabilidade
13.29 Plano ampliado de validação clínica e testes de ponta a ponta
13.30 Cenários especiais e critérios de aceitação assistencial
Referências normativas e técnico-institucionais
Termo de apreciação e aprovação institucional

13.1 Finalidade e limites do capítulo

Este capítulo transforma o modelo nacional do Sumário de Alta em requisitos de informação e processo do Passaporte Digital Canaã, sem substituir as especificações computacionais oficiais. Os capítulos de LGPD e governança aprofundarão regimes de

acesso e responsabilidades; aqui o foco está na qualidade clínica do documento e na sua interoperabilidade futura.

O objetivo não é alimentar indiscriminadamente o portal com todo o prontuário, mas construir uma síntese estruturada, confiável, legível e suficiente para que o cidadão e o próximo profissional compreendam o episódio de internação e o plano de continuidade. Um sumário mal validado pode aumentar riscos, mesmo que seja tecnicamente interoperável.

13.2 Marco regulatório da RNDS e do Sumário de Alta

O Decreto nº 12.560/2025 regulamenta a RNDS e as Plataformas SUS Digital. A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 instituiu o modelo de Sumário de Alta no âmbito da RNDS e revogou expressamente a Portaria SAES/MS nº 701/2022. A PNISD 2026 reforçou a RNDS e as adequações progressivas dos estabelecimentos de saúde, conforme planejamento e normas aplicáveis. [1–4]

Para medicamentos e resultados laboratoriais há modelos específicos, como a Portaria GM/MS nº 6.100/2024 (prescrição e dispensação) e a Portaria GM/MS nº 8.276/2025 (resultado de exame laboratorial). Sua existência não significa que todos os tipos de documentos, especialmente arquivos DICOM de imagem, sejam automaticamente intercambiados pela mesma operação do Sumário de Alta. [7–8]

13.3 Cinco objetos distintos: PEP, SA, Passaporte, RNDS e portal de acesso

O **prontuário eletrônico (PEP)** contém os registros assistenciais originais e sua evolução; o **Sumário de Alta (SA)** resume o episódio, com autoria e validação; o **Passaporte Canaã** apresenta ao paciente uma coleção governada de SA, prescrições, exames, orientações e plano de continuidade; a **RNDS** é infraestrutura nacional de interoperabilidade; e o **portal** é a interface autenticada do usuário.

Confundir esses objetos leva a falhas de governança. O SA não substitui a evolução diária do paciente, a RNDS não substitui o prontuário local e o Passaporte não deve criar diagnóstico diverso daquele validado no registro fonte. A apresentação de um documento no portal não prova que ele foi enviado e aceito na RNDS.

Camada	Dado/serviço	Autoridade / controle
Prontuário (PEP)	Registro clínico integral	Equipe assistencial e instituição
SA	Síntese de episódio validada	Médico responsável pela alta
Passaporte	Apresentação e plano ao paciente	Governança clínica + TI
RNDS	Intercâmbio nacional padronizado	Gestão do SUS e regras da RNDS

Camada	Dado/serviço	Autoridade / controle
Portal	Acesso por perfis autorizados	Instituto/unidade e fornecedor conforme contrato

13.4 Ciclo de produção e governança da informação

O ciclo proposto é: registro clínico de origem → conferência de identidade → fechamento das decisões de alta → conciliação de medicações → avaliação de exames e pendências → geração do SA → validação/assinatura do médico responsável → revisão de consistência técnica → publicação ao paciente → envio ou compartilhamento externo quando autorizado → monitoramento de pendências.

Cada transição terá logs com autor, horário, versão e resultado da validação. Documentos não assinados ou conflitantes devem permanecer em estado de rascunho, fora da visualização destinada a médicos externos, até correção. A equipe deve ter fluxo especial para alta contra recomendação, óbito e transferência inter-hospitalar, sem simplesmente reutilizar textos padrão.

13.5 Identificação do paciente, do episódio e do estabelecimento

O modelo oficial exige identificação do registro no sistema de origem, CPF ou CNS do indivíduo, CNES do estabelecimento, procedência, caráter da internação, data e hora, modalidade assistencial e outras informações associadas ao episódio. A identificação deverá possuir chave interna única para evitar o cruzamento de episódios semelhantes. [1]

Casos de homônimos, ausência de CPF, atendimento emergencial sem documentos e inconsistências entre CNS e cadastro local exigem protocolo de reconciliação. A gestão não deve bloquear assistência por questões cadastrais, mas deverá impedir envio automatizado de dados que não estejam ligados de maneira segura à pessoa correta.

13.6 Matriz dos 17 grupos do modelo oficial de SA

A Portaria 8.026/2025 enumera os grupos mínimos de informação em seu artigo 2º. A matriz operacional abaixo reorganiza o texto normativo sem modificar a finalidade dos campos. Regras de cardinalidade, códigos e perfis FHIR só podem ser fixadas conforme a versão vigente do Guia de Implementação do Sumário de Alta e os critérios de homologação. [1, 9]

O documento nacional descreve atributos condicionais importantes: por exemplo, alergias somente se existentes ou registradas, e incapacidade/restrição quando aplicável. O projeto não deve transformar todos os subcampos condicionais em perguntas obrigatórias para todo paciente sem base clínica.

Nº	Grupo exigido pelo modelo de SA	Tratamento institucional proposto
1	ID do prontuário no sistema de origem	Identificador interno único e persistente
2	Pessoa: CPF ou CNS	Checagem de identidade e vínculo correto
3	CNES da instituição de internação	Cadastro válido e consistente
4	Procedência	Identificar origem/encaminhamento
5	Caráter da internação	Prioridade / situação administrativa
6	Data e hora de admissão	Registro temporal validado
7	Modalidade assistencial	Categoria do contato/atendimento
8	Motivo da internação (CID)	Razão clínica codificada
9	Diagnósticos: código, categoria, presença na admissão, resolução	Separar problemas ativos/resolvidos
10	Restrição funcional/incapacidade, quando aplicável	Condição e status da restrição
11	Procedimentos: diagnóstico associado, código e status	Procedimentos e intervenções
12	Evolução clínica resumida	Síntese longitudinal não exaustiva
13	Alergias/reação adversa: categoria e agente, quando aplicável	Terminologia adequada e risco
14	Prescrições conforme Portaria 6.100/2024	Diferenciar prescrição domiciliar
15	Data e hora de desfecho da alta	Fechamento temporal
16	Desfecho da internação	Alta, transferência etc. conforme codificação
17	Responsável pela alta: CPF ou CNS + ocupação	Autoria e responsabilidade profissional

13.7 Campos nacionais mínimos versus extensões clínicas Canaã

O SA nacional é a base mínima de interoperabilidade, mas o Passaporte precisa apoiar decisões reais de continuidade. Propõem-se extensões na camada de apresentação: contato do serviço de referência; retorno indicado; quem avaliará resultado pendente; sinais de alerta personalizados; status de conciliação medicamentosa; plano educativo; e orientações específicas ao cuidador autorizado.

As extensões não serão rotuladas como campos obrigatórios da portaria se esta não os exigir. Deverão ter dicionário de dados, autoria e versão, e não criar dependência indevida de campo proprietário que inviabilize exportação futura.

Camada	Conteúdo	Exemplo
Mínimo nacional	Grupos da Portaria 8.026/2025	Identificadores, diagnósticos, evolução, desfecho
Extensão assistencial Canaã	Plano de retorno, sinais de alerta, resultado pendente	Rever hemograma em UBS; retorno cirúrgico

Camada	Conteúdo	Exemplo
Documentos complementares	Laudos, prescrições assinadas, material educativo	Laudo de TC e orientações pós-operatórias
Metadados de governança	Autor, versão, publicação, auditoria	v1.1 assinada, disponível ao paciente

13.8 Registro de procedência, caráter e modalidade assistencial

A procedência informa se o cidadão foi encaminhado por serviço de saúde ou buscou atendimento por iniciativa própria ou de responsável; o caráter identifica prioridade de realização; a modalidade caracteriza o contato assistencial. São dimensões diferentes e não devem ser preenchidas com uma mesma opção genérica. [1]

A consistência dessas informações melhora a compreensão da jornada e o planejamento da contrarreferência. A equipe deve evitar inferir automaticamente o serviço de seguimento a partir da procedência: uma pessoa encaminhada por UPA pode necessitar de UBS, ambulatório especializado ou outro destino após a alta.

13.9 Diagnósticos, CID, status de resolução e incapacidade

O modelo oficial abrange motivo da internação por CID e problemas/diagnósticos com código terminológico, categoria, informação sobre presença à admissão e estado de resolução; registra ainda restrição funcional ou incapacidade quando aplicável. É essencial diferenciar diagnóstico de admissão, diagnósticos estabelecidos durante a internação e problemas ativos na alta. [1]

No Passaporte, a linguagem orientada ao cidadão deve acompanhar — e não substituir — os códigos. A visualização ao profissional apresentará códigos e descrições clínicas, observando confidencialidade. Diagnósticos descartados e hipóteses não confirmadas não podem ser expostos como doenças definitivas.

13.10 Procedimentos, cirurgias e evolução resumida

Os procedimentos realizados são informados no modelo nacional com seus códigos e status, associados a problemas ou diagnósticos quando previsto; a evolução clínica deve ser resumida. Para cirurgia, propõe-se apresentar denominação do procedimento, data, indicação, evolução relevante, intercorrências e cuidados pós-operatórios, sem copiar integralmente a descrição cirúrgica. [1]

No modelo de cogestão do Hospital Canaã, o cirurgião mantém titularidade nominal do caso cirúrgico, inclusive durante passagem pela UTI; o intensivista responde pelo cuidado crítico e o hospitalista coopera na atenção clínica conforme atribuições. O médico

responsável pela alta valida o SA e define o plano de seguimento em articulação com as equipes.

13.11 Medicação, prescrição e conciliação farmacoterapêutica

O artigo 2º da Portaria 8.026 faz remissão aos requisitos da Portaria GM/MS nº 6.100/2024 para prescrições. O Passaporte deverá mostrar com clareza medicamentos da alta, posologia, duração, via, necessidade de monitoramento e prescritor responsável, distinguindo-os dos medicamentos empregados exclusivamente durante a internação. [1, 7]

A conciliação deve identificar tratamentos mantidos, suspensos, substituídos ou iniciados, incluindo justificativas relevantes. Em caso de inconsistência entre receita e sumário, o documento deve ser retido para revisão antes da publicação. O portal não deve estimular reuso de receitas vencidas ou de tratamentos temporários em atendimentos futuros.

13.12 Alergias, reação adversa e terminologias oficiais

A Portaria 8.026 contempla categoria de agente causador e identificação da substância ou agente, conforme catálogos oficiais aplicáveis, para alergias ou reações adversas. O projeto deve distinguir alergia confirmada, reação adversa referida, intolerância e informação não investigada; a expressão “sem alergias” exige verificação adequada, não sendo sinônimo de campo vazio. [1]

Em divergências entre anamnese, prescrição e histórico, a equipe de alta deverá reconciliar o status e sinalizar o risco. Nomes comerciais isolados são insuficientes para muitas situações; terminologias estruturadas e revisão por equipe clínica/farmacêutica são recomendadas.

13.13 Exames laboratoriais, imagens e anatomopatologia

O Passaporte poderá apresentar laudos laboratoriais, anatomopatológicos e radiológicos vinculados ao episódio clínico, cada um com identificação, origem, data, status, responsável e atualização. O Modelo de Resultado de Exame Laboratorial da RNDS é objeto de norma própria; o SA não deve ser tratado como canal universal de transmissão de todos os arquivos de exames. [8]

Para tomografia e outras modalidades, recomenda-se ligação autenticada a visualizador de imagens/PACS, com preservação dos arquivos DICOM e verificação de permissões. O envio de link aberto para imagens ou de arquivo de grande volume por WhatsApp comum não deve ser adotado como padrão institucional.

13.14 Exames pendentes: publicação, revisão e comunicação ativa

Anatomopatológico, culturas, exames enviados a laboratório externo e laudos finalizados após a alta exigem processo próprio. Na alta, registrar o que está pendente, quem revisará, em qual intervalo esperado e como a informação chegará à equipe e ao paciente. A liberação automatizada não pode substituir a análise de um resultado crítico.

Recomenda-se status de pendência com responsável nominal ou funcional, alertas de vencimento e registro da ação tomada. Quando clinicamente indicado, o hospital deverá organizar retorno ou encaminhamento e documentar tentativa de contato. Os prazos devem nascer de protocolos aprovados, e não de valores arbitrários apresentados como exigência nacional.

Situação	Ação mínima	Bloqueio / escalonamento
Resultado ainda não disponível	Identificar pendência, prazo e responsável	Alerta por atraso
Resultado liberado sem revisão	Manter fila de validação clínica	Não confundir publicação com avaliação
Achado crítico	Acionar protocolo clínico e contato seguro	Escalonar imediatamente conforme protocolo
Paciente não localizado	Documentar tentativas e medidas alternativas	Fluxo institucional de busca/retorno

13.15 Autoria, responsabilidade clínica e assinatura do SA

O modelo nacional prevê identificação do profissional responsável pela alta por CPF ou CNS e ocupação profissional. O Passaporte deve apresentar documento emitido por responsável habilitado, com mecanismo verificável de autenticidade, sem atribuir autoria médica a sistema automatizado ou a usuário administrativo. [1]

Revisões tardias precisam gerar nova versão autenticável e preservar a anterior para auditoria, conforme política documental. A indicação de “documento atualizado” no portal deverá ser visível ao paciente; alterações relevantes exigem comunicação conforme risco clínico.

13.16 Padrões clínicos nas altas clínicas, cirúrgicas e de UTI

Na alta clínica, destacar problema principal, comorbidades relevantes, alterações terapêuticas e seguimento na APS. Na alta cirúrgica, explicitar cirurgia, cuidado de ferida, restrições, retirada de pontos quando indicada, controle de dor, resultados pendentes e retorno ao cirurgião. Na alta pós-UTI, mencionar eventos críticos relevantes, sequelas, limitações funcionais, dispositivos e necessidade de reabilitação.

Os padrões assistenciais são complementos institucionais ao SA, não perfis nacionais automaticamente certificados. O médico titular deverá adaptar a síntese à realidade do paciente, evitando documentos genéricos e frases padronizadas que ocultem riscos importantes.

13.17 Fundamentos HL7 FHIR R4 e perfis nacionais

A RNDS documenta troca por serviços RESTful baseados no padrão HL7 FHIR R4 e perfis publicados nos Guias de Implementação. O FHIR organiza recursos estruturados, identificadores, referências e terminologias; não deve ser confundido com simples armazenamento em PDF. [5, 9]

O integrador deverá consultar simultaneamente o Guia geral da RNDS e o Guia específico de SA na versão exigida para a operação, examinando artefatos, cardinalidades, validações e códigos. Mapear diretamente texto livre para campos computacionais sem revisão pode induzir perda semântica.

13.18 Credenciamento, certificados e ambientes de integração

O estabelecimento deverá possuir CNES válido e solicitar acesso pelo Portal de Serviços do DATASUS, com identificação institucional e do integrador. A integração passa por homologação, geração de evidências de teste e solicitação de produção, utilizando certificados digitais e regras de autenticação descritas nos guias oficiais. [5–6]

Não se deve adquirir tecnologia sob a premissa de que um integrador terceiro automaticamente dispõe de credenciais válidas para o futuro Hospital Canaã. A credencial e a autorização estão associadas ao estabelecimento e às condições aprovadas; a infraestrutura precisa seguir as regras de cada ambiente e manter gestão segura das chaves.

Passo	Evidência esperada	Responsável sugerido
Cadastro e identificação	CNES e dados institucionais consistentes	Administração/CNES
Solicitação formal	Protocolo no Portal de Serviços DATASUS	Instituição/Integrador
Homologação	Validações técnicas e pacote de evidências	TI/Fornecedor
Acesso à produção	Aprovação e credenciais da plataforma	RNDS e instituição
Operação contínua	Logs, monitoramento, revisão de versão	TI, segurança e qualidade

13.19 Arquitetura de extração, transformação, validação e envio

A arquitetura proposta compreende: PEP como origem; serviço de integração com controles de identidade; dicionário e mapeamento de terminologias; motor de validação;

repositório/versionador de documentos assinados; portal autenticado; e conector RNDS condicional. Cada componente deverá registrar sucesso, erro, retransmissão e reconciliação de registros.

O uso de processos assíncronos para envio e fila de mensagens poderá melhorar resiliência, desde que exista rastreabilidade da entrega e mecanismo de retorno ao time clínico quando falhar. O estado “enviado” não equivale ao estado “recebido e aceito” pelo destinatário.

13.20 Versionamento, correções e prevenção de duplicidades

A emissão do SA deverá gerar identificador único de documento e relação inequívoca com paciente, episódio e versão. Correções devem ser feitas na fonte competente, com registro de motivo, autor e data; o portal exibirá a versão corrente e poderá sinalizar que houve retificação.

No intercâmbio RNDS, operações de substituição ou exclusão devem seguir procedimentos previstos nos guias e serviços disponibilizados, evitando tentativas locais improvisadas. O sistema deve proteger contra disparo duplicado do mesmo evento e manter trilhas de idempotência/recuperação.

13.21 Consentimento, base legal, autorização e logs

O acesso do titular aos próprios dados e a comunicação assistencial entre serviços não devem ser tratados como uma única hipótese de compartilhamento. O desenho de papéis precisa distinguir paciente, representante, profissional do hospital, profissional externo e administrador técnico, com base legal e finalidade específica para cada operação. [3, 10]

Evita-se usar consentimento genérico como solução universal da LGPD. As hipóteses legais serão analisadas juridicamente no Capítulo 14, inclusive tutela da saúde, dever legal, informação ao titular e medidas de segurança. O portal deve registrar consultas relevantes, downloads e compartilhamentos controlados sem expor conteúdo sensível nos logs.

13.22 Utilização em nova urgência e contrarreferência

Em nova urgência, o paciente pode abrir seu Passaporte e apresentar o sumário e laudos autenticados. O médico poderá identificar diagnóstico anterior, alergias, cirurgia, medicamentos na alta e exames realizados; ainda assim, deve fazer avaliação clínica atualizada. Não há autorização para pressupor acesso automático da UPA ao banco hospitalar.

A contrarreferência ativa, quando houver fluxo pactuado, deverá identificar serviço de destino, finalidade do encaminhamento, responsável, documentação transmitida e

confirmação de recebimento quando operacionalmente disponível. O PDSC não cria fila paralela de regulação nem garante consulta agendada sem compromisso formal da rede.

13.23 Testes de qualidade, homologação e critérios de bloqueio

Antes da publicação, simular documentos de pacientes homônimos, alterações de prescrição, saídas por óbito/transferência, exames pendentes, duplicidades e retificações. Avaliar concordância entre PEP, PDF e representação estruturada, integridade de assinatura, controle de acesso e recuperação de falhas.

Bloquear implantação em caso de erro de identificação, discrepância medicamentosa não resolvida, publicação de documento não validado, falhas graves de segregação de dados, ausência de procedimento de correção ou impossibilidade de auditoria. A homologação externa deve ser conduzida nos ambientes oficiais quando solicitada.

Cenário de teste	Resultado esperado	Criticidade
Homônimo / dois episódios	Nenhum dado cruzado ou divulgado	Bloqueante
Receita modificada após revisão	Sumário e receita consistentes	Bloqueante
Anatomopatológico pendente	Responsável e status visíveis	Alta
Documento não assinado	Não publicado como definitivo	Bloqueante
Correção de CID	Nova versão e trilha preservada	Alta
Falha RNDS	Retentativa controlada e alerta	Alta
Paciente sem internet	Entrega e orientação alternativas	Alta

13.24 Plano de contingência, incidentes e continuidade operacional

A indisponibilidade do portal não pode impedir entrega do sumário nem orientação de alta. Prever documentos assinados disponíveis pelo prontuário, impressão segura, canais institucionais, armazenamento com backup testado e plano de resposta a incidentes com participação de Segurança da Informação e DPO.

Em erro de vinculação de paciente, suspender o acesso ou envio afetado, registrar incidente, avaliar exposição, corrigir a origem e comunicar segundo normas aplicáveis. Para resultados críticos, deve existir meio alternativo de contato que não dependa exclusivamente do portal.

13.25 Indicadores de qualidade e painel de gestão

Avaliar completude dos 17 grupos aplicáveis, integridade de identificação, percentual de documentos assinados, atraso de publicação, divergências entre PEP e portal, resultados

pendentes sem dono, falhas de interoperabilidade e versões retificadas. A RNDS possui métricas técnicas de aceite; a qualidade do cuidado exige medidas complementares.

Todos os indicadores precisam de denominador, fonte de dados, periodicidade, meta institucional validada e responsável. Reinternações devem ser avaliadas em desenho metodológico apropriado, sem afirmar causalidade decorrente apenas da digitalização.

Indicador	Método proposto	Responsável
Completude SA	Documentos com grupos aplicáveis preenchidos / documentos auditados	Qualidade clínica
Assinatura antes da publicação	Documentos assinados antes de disponibilizar / documentos publicados	Direção Técnica
Concordância fonte–portal	Documentos sem divergência crítica / auditados	TI + Qualidade
Pendência com dono	Resultados pendentes com responsável / pendências totais	Equipe assistencial
Aceite de integração	Mensagens aceitas / mensagens enviadas (se integração ativa)	TI interoperabilidade
Acesso inclusivo	Pacientes sem acesso digital com alternativa entregue / identificados	Serviço de alta

13.26 Roadmap de implantação e pendências críticas

Fase 0 — Pré-requisitos: prontuário estruturado, inventário de dados, cadastro institucional, segurança, revisão clínica e dicionário de campos. **Fase 1 — Passaporte local:** SA validado, receitas, exames, orientações, acesso assistido e indicadores. **Fase 2 — Continuidade:** resultados pendentes, contatos e encaminhamentos estruturados. **Fase 3 — Interoperabilidade:** credenciamento, homologação e integração externa conforme pactuação e portfólios disponíveis.

São pendências impeditivas de reivindicar integração: CNES e credenciais aprovadas; contrato e papéis institucionais; versão técnica dos perfis RNDS; controle de terminologias; validação do conteúdo clínico; segurança de acesso; e acordo formal com cada destino de contrarreferência. Até lá, todo material de apresentação deverá usar a expressão “integração planejada”.

13.27 Dicionário clínico de dados e regras de consistência

O dicionário institucional de dados do Sumário de Alta deverá registrar, para cada campo, nome clínico, propósito assistencial, origem no prontuário, tipo, obrigatoriedade conforme situação, terminologia, responsável pelo preenchimento, regra de transformação, método de validação e comportamento diante de ausência de informação. Os campos nacionais devem ser mapeados para os elementos do Guia de Implementação específico da RNDS

vigente no momento da integração; campos adicionais do Passaporte permanecem separados. Misturar ambos cria risco de rejeição técnica ou perda de significado.

Uma regra prioritária é distinguir valor ausente, informação não coletada, ausência confirmada e dado não aplicável. A ausência de um registro de alergia não pode produzir automaticamente a afirmação “sem alergias”. Do mesmo modo, um diagnóstico suspeito não pode surgir como diagnóstico confirmado apenas porque um motor de integração recebeu um código CID. Esses estados devem estar definidos no modelo de dados e revisados com a direção clínica, farmacêutica e responsáveis pelo prontuário.

A identificação do episódio exige vinculação estável entre pessoa, internação, documentos, resultados e procedimentos. Homônimos, correção de cadastro, intercorrências com transferência de leito e múltiplas internações próximas são situações de teste obrigatórias. O registro nacional mínimo inclui identificadores previstos na Portaria 8.026/2025, mas o portal do usuário precisa de controles adicionais de autenticação e autorização; a presença de um CPF ou CNS no documento não substitui tais controles.

O tratamento dos diagnósticos demanda separação entre motivo da admissão, problemas avaliados, presença na admissão, categoria, estado de resolução e condição funcional quando indicada. No caso cirúrgico, o procedimento e seu estado devem refletir o que efetivamente ocorreu, sem confundir procedimento planejado, cancelado, iniciado e concluído. A narrativa resumida deve mencionar eventos que afetam decisões futuras, inclusive complicações, necessidade de reavaliação e limitações terapêuticas clinicamente relevantes.

A governança terminológica requer atualização controlada, testes de regressão e justificativa para qualquer mapeamento de códigos. Os serviços podem usar nomes distintos para a mesma medicação ou procedimento; a tradução precisa preservar dose, unidade, via e concentração e não pode inventar equivalências. O registro de revisão clínica do mapeamento deve permanecer auditável, sobretudo quando envolver terminologias de medicamentos e alergias.

13.28 Ciclo de vida do Sumário de Alta e status de interoperabilidade

O ciclo institucional proposto começa na abertura do episódio e passa por coleta de dados durante a internação, revisão de informações ao final do cuidado, conciliação terapêutica, elaboração do sumário, conferência pelo médico responsável, assinatura, disponibilização ao paciente e eventual transmissão por integração habilitada. Cada etapa produz um status e uma evidência; não se deve representar o documento como “alta concluída” quando ainda há assinatura, receita ou orientação essencial pendente.

A classificação sugerida é: rascunho, em revisão clínica, devolvido para correção, validado/assinado, publicado ao paciente, retificado e arquivado em versão histórica. O

status de transporte é independente: não preparado, preparado, enviado, aceito tecnicamente, rejeitado, reprocessado ou suspenso. Assim, um sumário pode estar clinicamente válido e disponível no portal mesmo que a RNDS esteja indisponível; em sentido oposto, um envio tecnicamente aceito não prova que a UBS recebeu ou utilizou seu conteúdo.

Uma retificação clínica deve seguir rito explícito: solicitação identificada; comparação do novo dado com a fonte; revisão profissional; emissão de versão nova com data e autor; preservação da trilha da versão anterior; e comunicação do impacto quando necessário. É inadequado alterar silenciosamente um PDF assinado ou substituir informações críticas sem notificação. A reemissão de conteúdo já transmitido à RNDS exigirá tratamento conforme as operações e regras disponibilizadas no guia e no ambiente técnico em vigor.

A disponibilidade de exames no portal opera em fluxo próprio, porque o Sumário de Alta não equivale a um depósito de DICOM ou a um inventário completo de resultados laboratoriais. Recomenda-se metadados explícitos de data, tipo, status do laudo, origem e versão, com acesso por visualizador autenticado para imagens quando tecnicamente viável. Um resultado anatomopatológico liberado após a alta deve ser associado ao episódio correto e encaminhado a revisão clínica conforme protocolos locais, antes da comunicação adequada ao paciente.

Os logs mínimos de intercâmbio deverão permitir reconstruir quem produziu, validou, consultou, transformou, enviou e recebeu resposta do sistema. Em falhas de transporte, a fila deve controlar reenvios, duplicações e erros persistentes, com intervenção humana quando necessária. O log técnico por si só não substitui registro clínico ou evidência de comunicação ao paciente. Esses conjuntos são complementares e precisam de retenção e acesso definidos em política institucional.

13.29 Plano ampliado de validação clínica e testes de ponta a ponta

O plano de testes deverá incluir camadas independentes. Na camada estrutural: identificadores válidos, campos obrigatórios, cardinalidades, codificação, integridade de documento e assinatura. Na camada semântica: concordância entre diagnóstico, procedimento, medicação, alergia e evolução. Na camada clínica: capacidade do médico da rede de compreender a história e o seguimento recomendado sem depender de contexto oculto. Na camada de segurança: segregação entre pacientes, perfis profissionais, logs e resposta a incidentes.

Amostras de teste devem contemplar diferentes perfis: alta de paciente clínico com múltiplas comorbidades; alta pós-colecistectomia com anatomopatológico pendente; paciente com anticoagulação modificada; transferência entre unidades; óbito; alta de UTI após ventilação mecânica; alergia medicamentosa recém-identificada; paciente idoso sem telefone; atendimento em UPA com apresentação de documento PDF; e portador de nome

semelhante ao de outro usuário. Os cenários são instrumentos de validação, não descrições de casos reais atendidos pelo Hospital Canaã.

Cada teste terá identificador, dados sintéticos, etapa de execução, resultado esperado, resultado observado, responsável e grau de risco. Criticidade máxima inclui documento associado a pessoa errada, medicação domiciliar incorreta, disponibilização de dado sensível a terceiro e publicação de relatório sem assinatura ou verificação médica. Falhas críticas devem impedir a abertura do sistema a pacientes reais até correção e novo teste. As demais falhas precisam de plano documentado e avaliação de risco antes de eventual aceite.

Para interfaces nacionais, deve-se utilizar documentação, ambiente de homologação e critérios de aceite oficialmente fornecidos ao integrador, sem presumir que testes locais conferem homologação da RNDS. Mudanças de versão dos perfis FHIR exigem avaliação de impacto sobre os dados, atualização de exemplos e execução de testes de regressão. A equipe deverá preservar conjuntos sintéticos de referência que permitam detectar erros após atualizações de fornecedor.

A validação assistencial deve incluir revisão por médicos de clínica, cirurgia e terapia intensiva, farmacêutico clínico, enfermeiro, equipe de qualidade, representação do paciente quando pertinente e profissionais de TI. O relatório final deve apresentar discordâncias resolvidas, pendências remanescentes e parecer das instâncias competentes. O médico continua responsável pelo conteúdo clínico da alta, ainda que o arquivo tenha sido montado automaticamente a partir do prontuário.

13.30 Cenários especiais e critérios de aceitação assistencial

Na cirurgia, a titularidade médica formalmente definida para o Hospital Canaã precisa aparecer sem ambiguidades. O cirurgião continua responsável pelo seguimento da condição cirúrgica e pela alta de seus pacientes, enquanto o hospitalista participa da cogestão clínica e o intensivista exerce as atribuições no cuidado crítico. O resumo final deve agregar essas contribuições, mas registrar um responsável pela alta de forma inequívoca; inconsistências entre especialistas devem ser conciliadas antes da assinatura.

No paciente pós-UTI, a informação mínima tecnicamente válida pode ainda ser insuficiente para a continuidade. Recomenda-se acrescentar à apresentação clínica do Passaporte, conforme o caso, duração de ventilação, necessidade de oxigênio, lesão renal aguda, terapias de substituição renal, déficits neurológicos, dispositivos presentes, limitações funcionais, risco nutricional e plano de reabilitação. Esses elementos devem ser validados pelas equipes e claramente identificados como extensão institucional, quando não corresponderem diretamente a campo nacional estruturado.

Na prescrição pós-alta, a reconciliação farmacológica deve permitir ao próximo médico saber quais fármacos foram iniciados, mantidos, alterados ou suspensos. Se a receita for

substituída após publicação, o portal deverá destacar a versão vigente e evitar download de documento obsoleto como se fosse atual. Sempre que clinicamente relevante, a correção deve gerar contato ativo com o paciente e registro da comunicação.

Nos resultados pendentes, o conceito de segurança é atribuição de responsabilidade. Uma cultura positiva em exame ou um anatomopatológico relevante não podem ser tratados como mera atualização passiva de um painel. O sistema deverá registrar responsável por revisar, data de liberação, prioridade clínica, contato realizado, orientação e encaminhamento. O fluxo excepcional em caso de paciente não localizado deve ser previsto em protocolo institucional com participação de profissionais assistenciais e serviço social.

A decisão de aceitação deve ser documentada em quatro dimensões independentes: validade jurídica do documento, segurança do conteúdo clínico, acesso efetivo pelo usuário e viabilidade de interoperabilidade quando aplicável. Um resultado satisfatório em uma dimensão não compensa falha crítica em outra. Essa separação protege o paciente e evita que o sucesso da integração técnica seja confundido com a efetividade da transição assistencial.

Camada validada	Evidência mínima sugerida	Falha impeditiva
Identidade e episódio	Vínculo conferido em casos com homônimos e reentrada	Dados cruzados entre pessoas
Conteúdo clínico	Revisão por médico e conciliação terapêutica	Prescrição contraditória ou assinatura ausente
Publicação	Documento atual e acesso pelo titular habilitado	Exposição a terceiro não autorizado
Correção e versionamento	Histórico íntegro e retificação rastreável	Alteração silenciosa de versão válida
Transporte RNDS	Aceite técnico demonstrado no ambiente homologado	Afirmação de integração sem autorização
Continuidade	Plano de seguimento e pendências designadas	Resultado crítico sem responsável

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Portaria GM/MS nº 8.026, de 27/08/2025. Modelo de Informação do Sumário de Alta. https://www.conass.org.br/conass-informa-n-151-2025-publicada-a-portaria-gm-n-8-026-que-institui-o-modelo-de-informacao-do-sumario-de-alta-sa-no-ambito-da-rede-nacional-de-dados-em-saude-rnds/

[2] Ministério da Saúde. Legislação de modelos de informação RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[3] Decreto nº 12.560, de 23/07/2025. RNDS e Plataformas SUS Digital. https://legis.senado.gov.br/norma/41155564/publicacao/41160178

[4] Portaria GM/MS nº 12.301/2026. Política Nacional de Informação e Saúde Digital. https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=9882&cod_modulo=310&desItem=&desItemFim=&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00012301&orgao=GM/MS&seqAto=000&tipo=POR&valorAno=2026

[5] Guia de Implementação RNDS v1.0.0-release, interoperabilidade FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html

[6] DATASUS. FAQ sobre credenciamento, APIs, homologação e produção. https://webatendimento.saude.gov.br/faq/rnds

[7] Portaria GM/MS nº 6.100, de 17/12/2024. Registro eletrônico de prescrição e dispensação. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6100_18_12_2024.html

[8] Portaria GM/MS nº 8.276, de 29/09/2025. Resultado de Exame Laboratorial. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt8276_01_10_2025.html

[9] Guia de Implementação específico do Sumário de Alta (SA) na RNDS. https://fhir.saude.gov.br/sa/

[10] Lei nº 13.709/2018. Lei Geral de Proteção de Dados. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[11] Guia RNDS. Credenciamento e certificado digital. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/credenciamento.html

[12] Guia RNDS. Integração e evidências de homologação. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/integracao.html

[13] Ministério da Saúde. Ontologia Brasileira de Medicamentos. https://portal-obm.saude.gov.br/

[14] Ministério da Saúde. Terminologias nacionais da RNDS. https://terminologia.saude.gov.br/

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 14

LGPD, SIGILO MÉDICO, DIREITOS DO PACIENTE E HIPÓTESES LEGAIS DE TRATAMENTO DE DADOS

Proteção de dados sensíveis e continuidade assistencial: decisões jurídicas, controles técnicos, responsabilidades e verificações

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 14
Título	LGPD, sigilo médico, direitos do paciente e hipóteses legais de tratamento de dados
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de estruturação institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C14 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta para revisão técnica, jurídica, clínica e de segurança da informação; não constitui declaração de integração ativa com sistemas públicos
Controle editorial	Capítulos 01–13 aprovados; capítulos 14 e 15 em minuta individual para revisão e aprovação
Validações	Assessoria Jurídica; encarregado/DPO; Direção Técnica; Comitê de Ética Médica; Segurança da Informação; gestores assistenciais e representantes contratuais
Data de corte da pesquisa	02 de novembro de 2026

Resumo executivo

O Passaporte Digital de Saúde Canaã integra **dados pessoais sensíveis de saúde** e, por isso, depende de arquitetura jurídica e técnica de proteção desde a concepção. A entrega ao paciente de um sumário de alta validado e o compartilhamento responsável com outros serviços de saúde são finalidades assistenciais legítimas, mas exigem **base legal adequada para cada operação**, delimitação dos destinatários, transparência, minimização, comprovação de autorização de acesso e salvaguardas contra uso indevido. A Lei nº 13.709/2018 (LGPD), o Código de Ética Médica, a Lei nº 13.787/2018 e as resoluções vigentes da ANPD são os referenciais principais [1–7].

Este capítulo não presume que uma organização social, um hospital e a Secretaria Municipal da Saúde desempenhem automaticamente a mesma posição de controlador. O enquadramento é **situacional**, definido conforme quem determina finalidades e meios essenciais, e deve constar de contratos e instrumentos de compartilhamento. Da mesma forma, a existência de portal ou eventual consentimento do usuário **não substitui** sigilo profissional, autorização de acesso, avaliação de risco nem pactuação da integração com a rede [1–5].

DISTINÇÃO NORMATIVA OBRIGATÓRIA A base legal do tratamento assistencial não é necessariamente o consentimento. Dados de saúde exigem hipótese aplicável do art. 11 da LGPD; consentimento específico é uma possibilidade, enquanto tutela da saúde, obrigação legal e outras hipóteses podem incidir conforme finalidade e contexto. Não se deve exigir aceite genérico para

prestar atendimento essencial.

14.1 Objeto e escopo jurídico

O objeto é disciplinar o ciclo de vida dos dados utilizados no Passaporte: captura no PEP, validação de alta, seleção de documentos, autenticação do usuário, acesso, compartilhamento e eventual arquivamento. A regra institucional proposta é que o **prontuário hospitalar continue fonte primária**; o portal será uma camada derivada de acesso e orientação, com identidade de origem, data, responsável e versão.

O escopo abrange pacientes, profissionais, cuidadores, fornecedores de TI, serviços de laboratório e radiologia, canais de contato e potenciais destinatários na rede SUS. Segurança de dados e segurança clínica deverão ser avaliadas conjuntamente: uma liberação incorreta pode causar dano por exposição, mas também por decisão assistencial baseada no documento errado.

14.2 Inventário das categorias de informação

Os dados previstos compreendem identificação, CNS/CPF quando pertinente, episódios assistenciais, sintomas e diagnósticos, CIDs, alergias, procedimentos, medicações, exames de imagem e laudos, anatomopatologia, prescrições e plano de seguimento. Informações sociais ou de responsáveis somente serão incluídas quando necessárias à finalidade específica.

A classificação deverá identificar especialmente informações de alta sensibilidade, como resultados de doenças estigmatizantes, saúde mental, genética, infecções e histórico familiar, quando constarem da assistência. Nem todo campo do PEP precisa ser replicado ao Passaporte: aplicam-se finalidade, necessidade e adequação, sem prejuízo do acesso legal ao prontuário pelos canais devidos.

14.3 Papéis de controlador, operador e encarregado

O controlador define finalidades e meios essenciais do tratamento; o operador atua em seu nome; o encarregado é canal de comunicação e orienta boas práticas. A qualificação jurídica do Instituto, hospital, Município e empresas contratadas deve decorrer de **análise do arranjo real**, e não do rótulo genérico da contratação.

Uma plataforma SaaS que apenas hospeda dados sob instrução pode ser operadora em certos processos; atividades próprias do fornecedor podem alterar a análise. É indispensável matriz contratual das responsabilidades, orientações documentadas, subprocessadores, segurança e atendimento a solicitações de titulares. A nomeação e a atuação do encarregado observarão a Resolução CD/ANPD nº 18/2024 [2,4].

Papel	Exemplo possível	Decisão necessária
Controlador	Instituto/hospital ou ente público, conforme fluxo	Finalidades e meios essenciais; delimitação contratual
Operador	Fornecedor SaaS sob instruções documentadas	Instruções, segurança, subprocessamento
Encarregado	Pessoa indicada nos termos aplicáveis	Canal, orientação, conflito de interesses
Profissional assistente	Agente com dever profissional de sigilo	Identidade, atribuição e registro de acesso

14.4 Mapa do ciclo de tratamento e registro de operações

Antes do piloto, cada fluxo deverá indicar fonte dos dados, finalidade, campos, fundamento jurídico, pessoas autorizadas, local de armazenamento, período de retenção, destinatários, controles e evidência de exclusão/arquivamento quando cabível. O registro de operações deve ser atualizado em cada mudança relevante de módulo ou integração.

A geração automatizada de sumário, a disponibilização de PDF, a visualização DICOM, o envio de lembrete e o atendimento por chat são operações distintas. Uma única descrição genérica como “tratamento assistencial” não basta para auditoria de necessidade e de compartilhamento. Recomenda-se vincular cada tratamento a um dono de processo e revisão jurídica.

14.5 Bases legais, finalidade e compatibilidade

A LGPD exige identificação prévia e documentada da base legal aplicável, em especial aos dados sensíveis do art. 11. A hipótese de tutela da saúde se refere a procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; obrigação legal, execução de políticas públicas e proteção da vida podem ser pertinentes em situações específicas, após análise jurídica.

A finalidade do documento hospitalar é permitir continuidade do cuidado, acesso do titular e segurança da informação clínica. Reutilizá-lo para publicidade, segmentação comercial, pontuação de risco financeiro, marketing ou treinamento irrestrito de modelos de IA configura finalidade distinta e não será autorizado pela justificativa clínica original. Legítimo interesse não é uma hipótese geral para tratamento de dados sensíveis [1,2].

14.6 Consentimento: quando adotar e quando não confundir

Quando o consentimento for a base adequada, deverá ser livre, informado, inequívoco e, para dados sensíveis, específico e destacado; sua prova e revogação precisam ser viáveis. A

instituição não deve criar “consentimento obrigatório” como substituto da análise das demais hipóteses legais aplicáveis à assistência.

Atos como habilitar notificações não essenciais, compartilhar um documento por conveniência com terceiro ou participar de pesquisa podem ter tratamentos jurídicos próprios. A escolha de receber lembretes por canal externo deve ser independente da entrega do sumário e não pode bloquear o atendimento. A retirada de consentimento não apaga automaticamente registros que devam ser mantidos por obrigação legal [1].

Operação	Hipótese jurídica a avaliar	Alerta
Produção do sumário assistencial	Art. 11: tutela da saúde/obrigação legal, conforme caso	Não condicionar alta essencial a aceite genérico
Consulta pelo próprio paciente	Direitos do titular e tratamento assistencial	Autenticar e proteger informações
Transferência à UBS	Finalidade pública/assistencial e instrumento adequado	Pactuação e menor conjunto necessário
Lembrete por WhatsApp	Base e salvaguardas específicas ao canal	Não expor diagnóstico na notificação
Pesquisa/treino de IA	Hipótese autônoma com requisitos próprios	Não presumir autorização

14.7 Direitos do titular e seus limites jurídicos

O programa deve oferecer identificação clara do controlador, de seu encarregado e do canal de atendimento aos direitos previstos na LGPD, como confirmação, acesso, correção e informação sobre uso compartilhado. As solicitações devem ser autenticadas, registradas e encaminhadas ao setor competente com resposta inteligível.

O direito à correção não autoriza alteração silenciosa de diagnóstico, prescrição ou assinatura profissional: divergências clínicas devem receber avaliação e retificação ou adendo rastreável na fonte. Da mesma forma, pedido de eliminação precisa considerar prazos legais de guarda, proteção da saúde, deveres profissionais e hipóteses de conservação, com decisão fundamentada [1,6].

14.8 Sigilo médico e documento clínico validado

O Código de Ética Médica protege o sigilo profissional, determina prontuário adequado e garante acesso do paciente a informações e cópia de seus registros nos termos aplicáveis. O sumário e o plano de alta exigem atribuição de autoria médica e documentação fidedigna. O portal não pode alterar automaticamente decisão clínica ou esconder documentos obrigatórios.

O acesso pelo paciente deve oferecer explicações necessárias à compreensão e tratamento apropriado de informações sensíveis. Se houver exceção clínica ou legal relacionada à entrega de informação, ela deverá ser excepcional, fundamentada, avaliada pelo médico responsável e jurídico, e jamais implementada como bloqueio automático sem análise [6].

14.9 Menores, incapacidade e representação

O acesso por mãe, pai, tutor, curador ou outro representante depende da situação jurídica e das regras de proteção de crianças, adolescentes e pessoas incapazes. O sistema deve documentar a relação, a extensão da autorização, a validade e eventual revogação ou limitação judicial.

É imprudente conceder acesso irrestrito a todos os familiares a partir de um vínculo cadastral. A autonomia progressiva do adolescente, o melhor interesse da criança, o sigilo em situações específicas e decisões judiciais exigem fluxos próprios de análise. Casos complexos devem ser tratados por canal institucional com supervisão jurídico-assistencial, não por algoritmo simplificado.

14.10 Cuidadores e procurações

O cuidador pode auxiliar o paciente sem adquirir, por esse simples fato, poderes gerais sobre seus dados. Acesso digital delegado deve ser granular, por período e finalidade, com autenticação do representante, registro de concessão e mecanismo de revogação.

No fluxo de alta, a equipe deve verificar quem recebeu orientações e documentos e por qual fundamento, evitando enviar laudos completos ao número de telefone de um acompanhante sem verificação. Para idosos com dificuldade digital, o serviço poderá oferecer leitura assistida e impressão mediante checagem de identidade e autorização compatível.

14.11 Acesso assistencial em urgência e quebra de vidro

Em uma UPA, o médico pode precisar de informações imediatamente. O modelo preferencial é integração institucional entre sistemas autorizados, segundo pactuação e perfil profissional. Eventual modo excepcional de emergência (“quebra de vidro”) deverá requerer motivo, identidade autenticada, prazo mínimo, trilha reforçada e auditoria posterior.

Não deve existir URL pública que entregue exames pelo conhecimento do nome, CPF ou simples leitura de QR code. A urgência clínica não autoriza consulta indiscriminada ou sem registro. Casos de risco de vida podem justificar tratamento por hipótese legal específica, mas a formalização de acesso e o controle proporcional devem permanecer.

14.12 Compartilhamento com a administração pública e SUS

A contrarreferência poderá envolver compartilhamento com UBS, atenção especializada e regulação. Seu fundamento, objeto, campos, segurança, governança e responsabilidades devem estar descritos em instrumento ou fluxo institucional juridicamente válido, observadas as regras da LGPD para o Poder Público e entidades privadas.

A apresentação de uma proposta à Prefeitura não é autorização para acessar sua base de dados. A integração com e-SaúdeSP ou RNDS depende de pactuação técnica, jurídica e operacional, além de credenciamento e homologação quando exigíveis. O registro de envio deve diferenciar transmissão, recebimento, leitura e seguimento efetivo [3,8].

Fluxo	Condição de controle	Registro de evidência
Paciente apresenta documento	Arquivo verificável e fornecido de modo seguro	Entrega/acesso do titular
Unidade receptora integrada	Credenciamento/pactuação e autenticação	Envio, recebimento e trilha
Terceiro escolhido pelo paciente	Escopo e destinatário identificados	Compartilhamento voluntário quando cabível
Emergência	Hipótese e perfil autorizado; auditoria reforçada	Motivo do acesso excepcional

14.13 Compartilhamento por iniciativa do paciente

O paciente poderá visualizar ou obter cópia de seus documentos e apresentá-los voluntariamente em nova consulta. Para facilitar a portabilidade, recomenda-se PDF assinado e verificável, com data e versão, além de mecanismo autenticado para consulta ou exportação.

O botão “Compartilhar” exige desenho cuidadoso: destinatário, prazo, escopo, histórico de compartilhamento e advertência sobre risco de encaminhar a pessoas não autorizadas. Não presumir que um link temporário sem controle de identidade seja solução suficiente para um laudo oncológico ou resultado genético.

14.14 QR code e identidade digital

QR codes podem indicar local de acesso ou verificação de autenticidade sem incorporar informações clínicas em texto aberto. Identificadores de sessão e tokens não devem ser previsíveis, duradouros ou reutilizáveis sem restrição. É indispensável testar vazamento por histórico, indexadores, capturas de tela e compartilhamento indevido.

A autenticação do paciente e do profissional deverá adotar mecanismos adequados ao risco. Alterações de telefone, e-mail e representante são eventos sensíveis, demandando

revalidação. Dados de identificação devem ser usados com parcimônia e não divulgados em notificações externas.

14.15 WhatsApp, chat e mensagens

Canais de comunicação podem auxiliar dúvidas administrativas e orientações pós-alta, desde que o paciente compreenda limites, horários e sinais que exigem urgência. Mensagens proativas devem ser neutras, sem detalhar CID ou diagnóstico em notificações que possam ser vistas por terceiros.

A análise contratual e de privacidade deve abranger plataforma de mensagens, metadados, armazenamento, acesso por atendentes, gravação, transferência internacional e retenção. Respostas clínicas individualizadas precisam ser oferecidas conforme protocolos, competência profissional e registros no sistema autorizado. O chat não substitui pronto-socorro ou teleconsulta regularmente estruturada.

14.16 Nuvem, fornecedores e transferência internacional

Hospedagem, autenticação, PACS, LIS e serviços de mensagens demandam inventário de operadores e subprocessadores. O contrato deve prever instruções documentadas, confidencialidade, logs, testes, notificações de incidentes, subcontratação, recuperação, portabilidade e destruição/retorno seguro ao encerramento.

Se houver transferência internacional de dados, a avaliação deve observar o art. 33 da LGPD e a Resolução CD/ANPD nº 19/2024, com a hipótese aplicável e instrumentos adequados. Localização de servidor fora do Brasil não é automaticamente ilícita, mas exige fundamentação, diligência e garantias. Evitar uso de dados reais em ambientes de desenvolvimento não protegidos [4].

Cláusula contratual	Evidência mínima
Subprocessadores e localização	Lista, país, dados, finalidade e autorização
Segurança e continuidade	Políticas, backup, testes, RTO/RPO pactuados
Incidentes	Prazo de notificação ao controlador, informações e cooperação
Direitos dos titulares	Capacidade de localizar, exportar e corrigir dados
Término da contratação	Devolução/eliminação permitida e portabilidade auditada

14.17 Guarda e integridade do prontuário

A Lei nº 13.787/2018 rege digitalização, utilização de sistemas e guarda do prontuário, exigindo integridade, autenticidade e confidencialidade. Seu prazo mínimo geral de 20 anos a contar do último registro para possibilidade de eliminação não equivale a ordem de eliminação, e pode coexistir com requisitos mais amplos aplicáveis.

O Passaporte é derivação documental, sem poder apagar a fonte primária. O prazo de disponibilidade no portal, a retenção de logs e o arquivamento de comunicações devem ter políticas específicas, compatíveis com a finalidade e os deveres de preservação. Mudanças de software não podem romper a cadeia de custódia documental [7].

14.18 Minimização, transparência e privacidade desde a concepção

O portal deverá mostrar somente o necessário a cada perfil; a tela do paciente não precisa replicar campos internos de faturamento ou notas administrativas restritas. O aviso de privacidade descreverá finalidades, categorias de dados, agentes de tratamento, segurança, destinatários, direitos e canais de contato.

O desenho deve incorporar segregação de ambientes, criptografia apropriada, autenticação reforçada, privilégios mínimos, rastreabilidade, testes de vulnerabilidade e retenção limitada. Políticas técnicas, tempo de sessão e continuidade serão definidos após análise de risco, e não por números arbitrários não homologados.

14.19 Tratamento de resultados críticos e pendentes

A liberação de laudo ao portal é diferente da revisão clínica pelo médico. Resultados com risco relevante, como anatomopatologia inesperada, achados graves ou exames com implicações de segurança, precisam de responsável pelo acompanhamento, fluxo de notificação clínica e documentação da ação.

A política de publicação deverá conciliar transparência e dever assistencial, evitando atraso injustificado de acesso sem base clínica ou jurídica. Em nenhuma hipótese o disparo automático de uma notificação será tratado como prova de que o paciente compreendeu o significado ou recebeu conduta adequada.

14.20 Relatório de Impacto à Proteção de Dados — RIPD

Dada a combinação de dados sensíveis, integração interinstitucional e potencial acesso por múltiplos atores, recomenda-se elaborar RIPD antes do piloto, identificando probabilidade, gravidade, cenários de uso indevido, salvaguardas, responsáveis e risco residual. A ANPD orienta que essa avaliação seja feita, em especial, para tratamentos de alto risco [5].

O RIPD deverá ser revisado após mudanças que alterem escopo, tecnologia, destinatários ou magnitude do risco. Sua existência não substitui autorização clínica ou jurídica nem garante conformidade por si só; serve como evidência estruturada da avaliação, com plano de medidas e aceite formal do risco residual.

14.21 Gestão e comunicação de incidentes

O programa terá fluxo único para identificar, conter, preservar evidências, avaliar danos, restaurar dados e decidir sobre comunicação a autoridades e titulares. A Resolução CD/ANPD nº 15/2024 disciplina comunicação de incidentes de risco ou dano relevante e prevê prazo geral de três dias úteis para comunicação, ressalvada legislação específica [4].

As equipes deverão diferenciar evento assistencial, violação de privacidade e incidente cibernético, que podem coexistir. Exemplo: publicação de exames de um paciente em conta de outro demanda desativação imediata, correção na origem, análise de quem acessou, avaliação de dano e revisão de mecanismos de identificação; a simples exclusão do arquivo não encerra a investigação.

Etapa	Responsável proposto	Saída de controle
Detecção e contenção	TI/SI e gestão clínica conforme impacto	Registro do evento e isolamento
Avaliação privacidade	Controlador, encarregado e jurídico	Risco/dano relevante, base de decisão
Comunicação quando devida	Controlador com apoio do encarregado	ANPD e titulares nos prazos aplicáveis
Recuperação e melhoria	TI, Qualidade, áreas assistenciais	Correção e testes de não recorrência

14.22 Atendimento aos direitos e gestão de reclamações

O Instituto deverá designar canal publicado para recebimento de solicitações de acesso, explicação, correção, informação sobre compartilhamento e outras prerrogativas legais. Cada requisição terá autenticação proporcional, protocolo, classificação, prazo legal aplicável, responsável e desfecho auditável.

As demandas sobre conteúdo médico devem ser encaminhadas ao profissional e à direção competente, sem reescrita por suporte de TI. Se o pedido for negado ou parcialmente atendido, a decisão deve ser fundamentada, inclusive quanto a obrigações de conservação. Fluxos de urgência assistencial têm prioridade clínica própria.

14.23 IA, transcrição, BI e reutilização de dados

A IA poderá apoiar revisão de coerência documental ou sugestão de linguagem educativa, mas seu uso deve ser precedido de avaliação de risco, contrato adequado, controles contra exposição e **validação clínica humana obrigatória** quando o produto for documento assistencial. Não enviar prontuários identificados a serviços sem instrumentos de proteção e finalidade autorizada.

Indicadores gerenciais devem utilizar agregação ou anonimização efetiva sempre que possível. Pseudonimização reduz riscos mas não equivale automaticamente à anonimização. Novos usos para pesquisa, treinamento de modelos ou comercialização de perfis não devem ser inferidos da autorização assistencial original.

14.24 Auditoria de acessos e segregação de funções

A instituição deverá manter logs capazes de esclarecer quem acessou, qual documento, quando, por qual perfil, com qual fundamento e que ação foi praticada. Consultas em massa, acessos fora do vínculo assistencial e exportações repetidas devem gerar alertas e revisão contextual.

O auditor não pode alterar logs; o administrador técnico não deve validar documento clínico em nome do médico. Perfis temporários devem expirar. Recomenda-se recertificação periódica dos acessos, com destaque para desligamentos, mudanças de função e contas de fornecedores.

14.25 Matriz de riscos de privacidade e danos assistenciais

A análise de riscos deve combinar probabilidade, impacto ao titular, consequência clínica, exposição pública, sensibilidade e detectabilidade. Risco de prontuário trocado, disponibilização a representante sem direito, mensagem com diagnóstico em telefone compartilhado, erro de link e vazamento de anatomopatológico exigem medidas distintas.

Cada risco terá dono, barreiras preventivas, mecanismo de detecção, plano de resposta e evidência de verificação. Indicadores de incidentes devem evitar incentivo a subnotificação. A política institucional deve estimular relato e aprendizagem sem afastar responsabilizações quando juridicamente cabíveis.

14.26 Cenários de teste e aceite antes do piloto

A homologação deve contemplar paciente homônimo, CPF/CNS divergente, cirurgia com laudo pendente, alta de menor, representante revogado, novo atendimento UPA, mudança de celular, acesso após óbito, autenticação bloqueada e indisponibilidade prolongada. Cada caso recebe resultado esperado e critério de rejeição documentado.

Erros críticos de identidade, permissão indevida ou documento não validado não poderão ser aceitos como simples defeitos cosméticos. A direção assistencial e as áreas de privacidade e segurança devem examinar os resultados antes do go-live, registrando riscos residuais, condicionantes e responsáveis por correção.

14.27 Indicadores e evidências de conformidade

O monitoramento deverá incluir percentuais de bases documentadas, subprocessadores aprovados, pedidos de titulares respondidos no prazo, perfis recertificados, incidentes por categoria, relatórios de impacto revisados e documentos com publicação correta.

A periodicidade e as metas quantitativas serão aprovadas após avaliação do piloto. O comitê deve revisar também a gravidade de incidentes e a experiência dos pacientes vulneráveis, pois indicador agregado favorável pode ocultar falha grave em grupos reduzidos.

Indicador proposto	Fórmula ilustrativa	Interpretação
Processos com base legal documentada	Processos mapeados com base / processos mapeados × 100	Completude jurídica
Permissões revisadas	Perfis recertificados / perfis elegíveis × 100	Controle de acesso
Requisições no prazo	Solicitações atendidas tempestivamente / concluídas × 100	Direitos do titular
Publicações equivocadas	Ocorrências confirmadas / documentos divulgados × 1.000	Segurança e qualidade

14.28 Condições de aprovação institucional

A implantação dependerá de validação do inventário, mapa das bases legais, arranjo controlador/operador, RIPD, instrumentos de compartilhamento, contratos, políticas de acesso, plano de incidentes, protocolo clínico de publicação, canal de titular e testes documentados.

A assinatura deste manual reconhece a orientação institucional, mas não certifica automaticamente conformidade integral da solução ainda não implantada. A conformidade é evidenciada por controles implementados, pessoas designadas, contratos vigentes, registros de auditoria e avaliação permanente.

14.29 Caso aplicado I — Alta cirúrgica, laudo anatomopatológico e seguimento na UBS

Situação simulada: paciente submetido a colecistectomia recebe alta com sumário assinado, medicamentos reconciliados e anatomopatológico ainda pendente. O portal permite visualizar o histórico da cirurgia, orientações, receita e o status do exame. A governança deverá impedir que a interface apresente como “concluído” o diagnóstico definitivo quando a análise ainda está em curso. Uma mensagem de nova disponibilização de resultado não poderá divulgar a natureza do achado em prévia de tela de celular.

O laboratório libera o laudo com achado relevante após alguns dias. O sistema registra a liberação, mas abre pendência para o médico responsável pela revisão e pelo contato clínico. O profissional interpreta o resultado, define providência, documenta comunicação e, se houver pactuação institucional, prepara encaminhamento pertinente. Para cada operação — publicação, consulta, comunicação, eventual envio a unidade SUS — o controlador verificará finalidade, hipótese legal, necessidade, destinatário e evidência de auditoria.

Teste de aceite: simular o mesmo caso com celular compartilhado por familiares, e-mail antigo e representante revogado. O resultado sensível não pode ser divulgado por notificação externa ou acesso de representante sem poderes. A auditoria deve demonstrar qual profissional revisou, qual versão foi mostrada e como foi tratada a pendência. O cenário mede simultaneamente proteção de dados e segurança da transição assistencial.

14.30 Caso aplicado II — Paciente inconsciente, urgência e acesso excepcional

Situação simulada: paciente chega à urgência sem condições de apresentar o próprio Passaporte, com informação de internação recente. A equipe deve seguir fluxos públicos ou institucionais legitimamente autorizados para acesso assistencial. Um acesso excepcional, quando disponível e juridicamente instituído, deverá confirmar perfil profissional, vínculo com atendimento e justificativa; não basta informar CPF ou fotografar QR code para obter todo o histórico.

O acesso de emergência deve privilegiar dados necessários à decisão: alergias, medicamentos relevantes, cirurgia recente, diagnósticos e exames pertinentes, preservando registro de data, identidade do profissional, episódio e motivo. A revisão de acessos excepcionais deve procurar padrões abusivos, inclusive consultas sem correspondência com atendimento. Havendo incidente, a instituição deve avaliar dano potencial ao paciente, contenção e comunicação segundo regras da ANPD.

Ao recuperar capacidade, o paciente poderá solicitar informações sobre seus registros e o compartilhamento realizado, nos termos aplicáveis. A instituição precisa ter resposta explicativa, sem apresentar a exceção emergencial como autorização permanente para acesso amplo. Esse cenário exige validação conjunta por médicos da urgência, Jurídico, encarregado de dados e Segurança da Informação antes de qualquer implantação.

14.31 Caso aplicado III — Solicitação de familiar e conflito de autorização

Situação simulada: familiar apresenta identificação e pede todos os exames de um adulto plenamente capaz. O grau de parentesco, isoladamente, não comprova direito de acesso irrestrito. A unidade deverá verificar vontade do paciente, instrumento de representação

ou outra hipótese jurídica pertinente, registrar o procedimento e oferecer alternativa segura de compartilhamento diretamente pelo titular quando apropriado.

Caso exista procuração ou representação com alcance limitado, o sistema deverá disponibilizar apenas o conjunto autorizado, pelo prazo compatível. Em caso de dúvida relevante, a área de privacidade acionará Jurídico e Direção Técnica. O atendimento não pode revelar diagnóstico ao suposto representante durante a própria fase de conferência, especialmente por mensagens de aplicativos de terceiros.

Critério de aceite: impedir cadastro de delegado permanente por mero registro de “contato para emergência”, permitir revogação, gerar comprovante e bloquear sessões antigas. Deve haver plano para acesso assistido em papel, sem discriminação das pessoas com baixa alfabetização digital e sem converter a recepção em ponto de entrega indiscriminada de prontuários.

14.32 Matriz de evidências para auditoria e aprovação de privacidade

A auditoria de proteção de dados precisará de um pacote mínimo de evidências, não apenas declarações de que o fornecedor “cumpre LGPD”. Recomenda-se repositório de documentos versionados e acesso restrito: (a) inventário de operações e finalidade; (b) bases e pareceres de enquadramento; (c) contratos e subprocessadores; (d) política de autorização; (e) relatórios de testes; (f) RIPD e medidas mitigadoras; (g) plano e exercícios de resposta a incidentes; (h) avisos e canal de titulares; (i) logs de auditoria, com preservação apropriada.

O Comitê de Governança deverá decidir, para cada não conformidade, se o risco é impeditivo ou corrigível durante o piloto. São impeditivos: identificação clínica trocada, divulgação a terceiros sem fundamento, falta de autoria do sumário, ausência de rastreabilidade de acesso e incapacidade de conter exposição grave. A correção deve ter responsável, prazo, teste de revalidação e decisão formal de aceite; riscos críticos não podem ser “aceitos” apenas por declaração administrativa.

Dossiê obrigatório para o piloto	Evidência proposta	Revisor
Proteção desde o desenho	Inventário e RIPD atualizados	Jurídico e encarregado
Documentos clínicos	Fluxo de autoria, assinatura e correções	Direção Técnica
Compartilhamento externo	Instrumento e controle de destinatários	Jurídico/gestão pública
Segurança	Permissões, logs, restauração e testes	SI/TI independente
Incidentes	Procedimento, simulado e registro	DPO, Qualidade e TI

APLICAÇÃO AO CANAÃ Os anexos vinculados deste capítulo serão os de matriz de riscos (Anexo 13), fluxos de acesso (Anexos 2, 7 e 17), políticas de dados e rastreabilidade (Anexos 11–12) e registro

de testes (Anexo 15). Os instrumentos definitivos dependerão de validação técnico-jurídica.

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Lei nº 13.709/2018 — LGPD, texto atualizado. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13709-14-agosto-2018-787077-normaatualizada-pl.html

[2] ANPD — Perguntas frequentes: dados sensíveis, bases e direitos. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes

[3] ANPD — Guia de tratamento de dados pelo Poder Público. https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia_tratamento_de_dados_pessoais_pelo_poder_publico___defeso_eleitoral.pdf/%40%40display-file/file

[4] ANPD — Regulamentações, Resoluções 15, 18 e 19/2024. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/

[5] ANPD — Relatório de Impacto à Proteção de Dados. https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/relatorio-de-impacto-a-protecao-de-dados-pessoais-ripd

[6] CFM — Código de Ética Médica, Resolução nº 2.217/2018 e alterações. https://www.portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

[7] Lei nº 13.787/2018 — guarda e digitalização do prontuário. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

[8] Ministério da Saúde — RNDS: modelos de informação e legislação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[9] ANPD — comunicação de incidente de segurança. https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

[10] ANPD — Guia de atuação do encarregado. https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/noticias/anpd-lanca-guia-sobre-atuacao-do-encarregado

[11] Ministério da Saúde — PNISD, Portaria GM/MS 12.301/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/

[12] ANPD — guia de segurança da informação e checklist. https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____

Instância / responsável	Manifestação e data
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 15

GOVERNANÇA INSTITUCIONAL, RESPONSABILIDADES, COMITÊS E MATRIZ RACI

Modelo decisório, competências assistenciais, governança digital e responsabilização operacional para implantação e funcionamento

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 15
Título	Governança institucional, responsabilidades, comitês e matriz RACI
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de estruturação institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C15 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta para revisão técnica, jurídica, clínica e de segurança da informação; não constitui declaração de integração ativa com sistemas públicos
Controle editorial	Capítulos 01–13 aprovados; capítulos 14 e 15 em minuta individual para revisão e aprovação
Validações	Diretoria do Instituto; Direção Técnica; Direção Clínica; coordenação do programa; Qualidade/NSP; comitês previstos; jurídico; privacidade; TI; gestão de contratos
Data de corte da pesquisa	02 de novembro de 2026

Resumo executivo

O Passaporte Digital de Saúde Canaã é um **programa assistencial com suporte tecnológico**, e não um produto isolado de TI. A governança deve assegurar decisões clínicas confiáveis, conformidade jurídica, proteção dos dados, comunicação efetiva e articulação com a Rede de Atenção à Saúde. Este capítulo estabelece uma **estrutura institucional proposta**, distinguindo autoridades decisórias, responsáveis executores, funções consultivas, instâncias de controle, comitês e mecanismos de prestação de contas. Seu desenho se fundamenta na Política Nacional de Informação e Saúde Digital, LGPD, RDC Anvisa nº 36/2013 e modelos de informação da RNDS [1–5].

A proposta compreende três eixos: **governança clínica** (qualidade do sumário, alta, exames pendentes, contrarreferência); **governança de informação e tecnologia** (integração, disponibilidade, acesso, autenticidade e segurança); e **governança institucional/contratual** (pactuações, orçamento, fornecedores, indicadores e auditoria). O detalhamento RACI permite identificar quem executa (R), quem presta contas pela decisão ou entrega (A), quem deve ser consultado (C) e quem será informado (I). A matriz é preliminar e somente se torna vinculante após ato formal de aprovação, designação nominal e treinamento.

REGRA ESTRUTURANTE Nenhum comitê ou algoritmo substitui a competência do médico que assina o sumário de alta ou do cirurgião titular do paciente cirúrgico. Também não substitui a competência dos gestores públicos para regular acesso, autorizar integração e definir fluxos do SUS.

15.1 Finalidade, abrangência e critérios de governança

A governança busca assegurar que cada decisão do Passaporte tenha fundamento, autoridade competente, prazo, evidência de execução e mecanismo de revisão. Abrange etapas desde o planejamento até a operação assistencial, inclusive mudanças de software e comunicação com o paciente.

O Manual é referência institucional e deverá ser complementado por regimento, portarias internas de designação, políticas de privacidade, contratos, procedimentos operacionais, capacitação e indicadores. A existência de organograma sem execução registrada não caracteriza governança efetiva.

15.2 Modelo de três linhas de responsabilidade

A primeira linha é operacional: equipes clínicas, enfermagem, farmácia, arquivo, recepção e suporte executam o processo e monitoram controles cotidianos. A segunda coordena qualidade, segurança do paciente, privacidade, conformidade e riscos. A terceira realiza avaliação independente pela auditoria interna ou equivalente, conforme a estrutura institucional.

A separação é funcional, não necessariamente exige três departamentos distintos em uma associação em implantação. Devem ser evitados conflitos em que a mesma pessoa desenvolve software, aprova requisitos de segurança, homologa o sistema e audita sua própria implementação sem revisão independente.

15.3 Relação entre Instituto e Hospital Canaã

O Instituto de Ciências Médicas Canaã é o proponente institucional do programa e poderá estabelecer seu modelo de gestão. O Hospital Canaã constitui a unidade de implantação inicial proposta, com autoridade médica local e responsáveis operacionais próprios. Eventual expansão a outras unidades exigirá novos instrumentos, validação de contexto e pactuação com gestores competentes.

A contratação com o SUS e a indicação de quem é controlador de dados deverão ser analisadas caso a caso. Documentos de apresentação não devem afirmar uma governança municipal ou integração já em operação quando ainda dependam de contrato, credenciamento ou homologação.

15.4 Instância máxima de aprovação

Recomenda-se que a Diretoria do Instituto aprove escopo, orçamento, política de risco, prioridades e critérios de implantação. Essa aprovação deve ser acompanhada de parecer

da Direção Técnica, Jurídico, Encarregado de Dados e Segurança da Informação, conforme matéria.

Decisões que alterem natureza clínica do Passaporte — por exemplo, publicar automaticamente laudos críticos sem revisão ou liberar dados a terceiros — exigem análise clínica e jurídica prévia. O patrocinador institucional não pode dispensar exigências legais, contratuais ou deontológicas.

Instância	Decisão ou atribuição	Limite
Diretoria do Instituto	Estratégia, recursos, expansão e risco residual institucional	Não assina sumário clínico
Direção Técnica/Clínica	Padrão médico, segurança clínica e escalonamento	Não substitui médico titular
Coordenação do Programa	Integra processos, execução e reporte	Não define base legal isoladamente
Jurídico/Encarregado	Conformidade e proteção de dados	Não valida diagnóstico
TI/SI	Infraestrutura, testes, logs, disponibilidade	Não edita evolução clínica

15.5 Direção Técnica e Direção Clínica

A Direção Técnica responde pelas condições estruturais e organizacionais do exercício profissional no hospital, conforme deveres legais e éticos aplicáveis. A Direção Clínica coordena aspectos da atuação médica e participa da formulação de padrões assistenciais, sem suprimir a autonomia e responsabilidade dos médicos assistentes.

No Passaporte, essas instâncias devem aprovar critérios de conteúdo do sumário, fluxos para intercorrências, revisão de resultados, mecanismos de correção e escalonamento médico. Ao detectar documento incompatível com evolução clínica, devem garantir bloqueio e revisão por profissional habilitado.

15.6 Médico titular, cirurgião e hospitalista

O médico responsável pelo episódio de alta deve conferir e assinar os documentos assistenciais sob sua atribuição. Para o modelo hospitalar adotado, **o cirurgião mantém titularidade nominal dos pacientes cirúrgicos**, inclusive na UTI, com avaliação/evolução diária e decisão cirúrgica; o hospitalista participa da cogestão e pode elaborar prescrição clínica de rotina conforme protocolos e responsabilidades formalizadas.

Transferência da titularidade para a Clínica Médica é excepcional e deverá ser justificada e documentada. A autoria do sumário, a prescrição final e a responsabilidade pelas condutas precisam refletir a situação real; assinatura automática ou presumida não é admissível. O intensivista tem suas responsabilidades próprias no cuidado crítico.

15.7 Corpo de enfermagem e coordenação de alta

A enfermagem verifica identificação, compreensão das instruções, educação, necessidade de cuidador, materiais e dispositivos, além de registrar orientação e condições para saída. Poderá atuar como ponto de integração entre equipe e portal, porém sem editar diagnóstico ou prescrição em nome do médico.

A coordenação de alta deverá registrar pendências que impeçam saída segura ou demandem seguimento. No painel de gestão, “documento entregue” e “orientações compreendidas” são eventos distintos. Barreiras linguísticas, deficiência sensorial e baixa alfabetização digital exigem recursos adaptados.

15.8 Farmácia clínica e medicamentos

A farmácia clínica contribui para conciliação medicamentosa, educação terapêutica, identificação de alergias, duplicidades, alterações de dose e riscos de uso domiciliar. O farmacêutico registra recomendações e encaminha divergências ao prescritor responsável.

O conteúdo de alta deverá distinguir medicamentos usados no hospital, medicamentos mantidos na saída e medicamentos suspensos. A liberação do documento não pode ocorrer com discrepância clínica grave sem análise do prescritor. Indicadores devem acompanhar intervenções e falhas evitadas, não apenas número de receitas publicadas.

15.9 Serviço social, reabilitação e nutrição

A continuidade do tratamento pode depender de vínculo com UBS, reabilitação, equipamento de apoio, transporte, apoio social e alimentação adequada. O serviço social e equipes de reabilitação/nutrição devem identificar necessidades, orientar e coordenar encaminhamentos sob suas competências.

O Passaporte apresentará informação pertinente ao plano do paciente sem expor detalhes sociais desnecessários. Casos de vulnerabilidade podem exigir atendimento presencial assistido e fluxos com a rede, que não devem ser substituídos por mensagens automáticas.

15.10 Laboratório, imagem e anatomopatologia

Os responsáveis técnicos dos serviços diagnósticos respondem pela qualidade e liberação dos resultados dentro de suas áreas. A integração deve preservar identificação, metodologia, data, autoria, conclusão, versão e correspondência ao paciente certo.

Resultados pendentes ou críticos após a alta terão circuito de revisão clínica e contato com o responsável definido. A infraestrutura pode sinalizar urgência, mas não atribuir automaticamente diagnóstico ou conduta sem profissional habilitado. A confirmação de publicação não é prova de revisão médica.

15.11 Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente deve integrar o Passaporte às ações institucionais de identificação segura, comunicação efetiva, gestão de risco e aprendizagem de eventos, observada a RDC 36/2013. A Qualidade realizará auditoria de processos, revisão de indicadores e análise de causas de falhas recorrentes.

É importante preservar canal de notificação não punitivo para quase incidentes, com tratamento proporcional e transparência. Se um paciente receber receita errada, a equipe deverá agir sobre risco assistencial, corrigir fonte e documento derivado, avaliar exposição e revisar barreiras tecnológicas.

15.12 Encarregado, assessoria jurídica e privacidade

O encarregado de dados, observada a Resolução CD/ANPD nº 18/2024, orienta e apoia o relacionamento entre titulares, agentes e autoridade. A assessoria jurídica avalia contratos, hipóteses de tratamento, instrumentos de compartilhamento, incidentes e riscos de responsabilidade.

A decisão sobre base legal e papel de controlador depende da situação concreta. Convém registrar parecer antes do piloto e atualizar quando houver novos serviços, destinatários ou fornecedores. O encarregado não deve ser tratado como responsável único por toda segurança tecnológica.

15.13 TI, engenharia de software e Segurança da Informação

TI especificará arquitetura, integração, autenticação, logs, backup, monitoramento e suporte. Segurança da Informação estabelecerá controles e testes com independência apropriada. A governança tecnológica deve seguir requisitos clínicos validados; desenvolver “telas prontas” antes de definir fluxo assistencial cria risco de incompatibilidade estrutural.

Alteração de PEP, RIS/PACS, LIS, servidor, identidade digital ou API poderá impactar segurança e conteúdo do portal. Toda mudança relevante precisa de controle de versão, testes, documentação e decisão de entrada em produção. Exports massivos e credenciais privilegiadas deverão ter controles adicionais.

15.14 Coordenação do Programa Passaporte

A coordenação integrará trabalho clínico, tecnologia, privacidade, comunicação e implantação. Deverá manter cadastro de requisitos, cronograma, pendências, responsáveis, decisões, riscos e evidências de aceite, sem confundir atribuição gerencial com poder de validar atos médicos.

O coordenador organiza reuniões, comunica impedimentos, prepara relatórios para o comitê e acompanha metas. Seu desempenho é medido pela qualidade e rastreabilidade das entregas, não pelo número de funcionalidades ativadas sem segurança.

15.15 Relações institucionais e gestão da rede SUS

A interlocução com a Secretaria Municipal da Saúde, gestores regionais, unidades referenciadas e responsáveis por interoperabilidade será conduzida por representantes autorizados. O Hospital Canaã não poderá criar agenda regulatória paralela nem prometer acesso a sistemas públicos sem instrumento válido.

Os registros deverão distinguir intenção, negociação, pactuação, desenvolvimento, homologação e operação. O recebimento de um encaminhamento não prova sua execução; o indicador de continuidade deve acompanhar confirmação de atendimento quando houver base legítima para isso.

15.16 Comitê Diretor do Programa

Propõe-se um Comitê Diretor com Diretoria do Instituto, Direção Técnica, direção administrativa, coordenação do programa e representantes de Qualidade, Jurídico e TI. Sua competência é aprovar escopo, fases, recursos, indicadores de valor público e tratamento de riscos estratégicos.

A periodicidade proposta é mensal no período de implantação e trimestral após estabilização, ajustável conforme demanda. Toda ata deverá registrar pauta, deliberação, voto ou validação, responsável, prazo e evidência. Ausência de quórum ou de parecer técnico pode impedir decisões críticas.

Instância proposta	Periodicidade orientativa	Resultado esperado
Comitê Diretor	Mensal na implantação; depois trimestral	Decisões estratégicas e orçamento
Comitê Clínico/Transição	Quinzenal no piloto; depois mensal	Padrões e riscos clínicos
Comitê Privacidade/TI	Mensal e extraordinário em incidente	RIPD, acessos e integridade
Gestão da Mudança	Semanal na implantação	Pendências, testes e capacitação

15.17 Comitê Clínico e de Transição Assistencial

A instância clínico-assistencial reunirá profissionais responsáveis pelo sumário de alta e acompanhamento: médicos, enfermagem, farmácia, serviço social, qualidade/NSP e representantes das linhas clínicas e cirúrgicas. Avaliará campos essenciais, fluxos de pendências e critérios de alta.

Sua atuação não substitui a autoridade médica individual. O comitê aprova padrões, resolve controvérsias sistêmicas e propõe capacitação; divergências sobre o paciente concreto são encaminhadas ao médico titular e instâncias competentes.

15.18 Comitê de Dados, Privacidade e Cibersegurança

Esse núcleo terá participação de Jurídico, Encarregado, TI/SI e gestores de dados. Avaliará RIPD, mudanças de finalidade, autenticação de responsáveis, integração, fornecedores, retenção, auditoria de acesso e resposta a incidentes.

Incidentes graves devem ser escalonados imediatamente, sem esperar reunião ordinária. A análise de segurança de dados deve considerar simultaneamente impacto assistencial, como ausência de acesso a receitas durante indisponibilidade tecnológica.

15.19 Comitê de Implantação e Gestão da Mudança

A implantação exige uma instância executiva que acompanhe cronograma, capacitação, teste de usuários, comunicação institucional, contratos e suporte. Recomenda-se envolver representantes de plantão, recepção, prontuário/arquivo e equipes de alta para validar casos reais de uso.

O desempenho do projeto dependerá de adesão cotidiana e da capacidade de manter alternativa não digital. Mudanças de processo deverão ser comunicadas em linguagem prática, com guia breve, treinamento demonstrado e canal para reporte de falhas.

15.20 Matriz RACI: conceitos e regras

A matriz adota R = responsável executor; A = autoridade que aprova/é accountable pela entrega; C = consultado antes da decisão; I = informado. Recomenda-se **um A principal por decisão**, com um ou mais R; nos eventos multiprofissionais podem existir responsabilidades profissionais próprias que não se confundem com a responsabilidade de governança do processo.

RACI é instrumento de organização, não transferência jurídica automática de deveres. Por exemplo, a coordenação pode ser A pelo processo de publicar documentos, mas o médico conserva responsabilidade pela autoria e validação clínica do sumário que assina. A matriz deve explicitar esse limite.

Processo / entrega	A (aprova/conta)	R (executa)	C (consulta)	I (informa)
Política institucional	Diretoria	Coord. programa	Direção Técnica, Jurídico, DPO	Equipe
Critério clínico da alta	Direção Técnica	Comitê Clínico	NSP, farmácia, enfermagem	Coordenação

Processo / entrega	A (aprova/conta)	R (executa)	C (consulta)	I (informa)
Sumário do paciente	Médico titular	Médico titular	Hospitalista/ especialistas conforme caso	Enfermagem
Conciliação de alta	Prescritor titular	Médico e farmácia, nas atribuições	Enfermagem	Paciente
Publicação do documento	Coord. operação	Operação digital	Médico, TI, Qualidade	Paciente
Acesso delegado	Gestor autorizado	Suporte/identidade	DPO e Jurídico	Paciente
RIPD e bases de dados	Controlador	Privacidade/ Jurídico	TI, Direção, DPO	Comitê Diretor
Homologação técnica	TI responsável	Engenharia/QA	SI, assistência	Coordenação
Integração à rede	Gestor autorizado/partes pactuantes	TI/gestão da rede	Jurídico, privacidade, clínica	Diretoria
Tratamento incidente	Controlador ou Direção, conforme domínio	TI/SI e área assistencial	NSP, DPO, Jurídico	Diretoria

15.21 Autoridades de aprovação e portas de controle

O primeiro gate é aprovação do desenho e do escopo; o segundo, prontidão clínica, jurídica e tecnológica; o terceiro, homologação de testes; o quarto, piloto assistencial supervisionado; o quinto, operação ampliada. Cada autorização dependerá de evidências e assinatura das áreas competentes.

Problemas críticos de identificação, falta de logs, ausência de base para compartilhamento ou documentação clínica não assinada constituem impeditivos ao go-live. Metas e prazos devem ser determinados em cronograma próprio, sem assumir que a aprovação editorial do manual corresponde à autorização de operação.

Gate	Evidência de entrada	Decisão / bloqueio
G0 — desenho	Escopo, fluxo clínico, atores e contratos	Aprovar arquitetura, sem pacientes reais
G1 — prontidão	RIPD, POPs, DPO, responsáveis, matriz RACI	Autorizar homologação
G2 — testes	Casos clínicos, segurança e acessibilidade	Corrigir falha crítica ou liberar piloto
G3 — piloto	Auditoria, aderência, incidentes e feedback	Ampliar, corrigir ou interromper
G4 — sustentação	Suporte, indicadores e governança de mudanças	Operação monitorada e revisão

15.22 Gestão documental e controle de versões

Todos os POPs, dicionários de dados, tabelas RACI, telas, textos educativos e políticas terão código, versão, autor, aprovador, vigência e histórico de alterações. O documento anterior não deve ser sobrescrito sem rastreabilidade e regras de substituição.

Mudanças que afetem dose de medicamento, diagnóstico ou orientações de retorno exigem revalidação assistencial. A versão exibida ao paciente deve coincidir com o documento clinicamente válido; adendos devem manter histórico sem apagar registros prévios.

15.23 Governança de mudanças e priorização

Requisições serão classificadas por benefício assistencial, urgência, impacto em segurança, esforço técnico, custo e dependências externas. Funcionalidades que reduzam risco de alta, garantam identificação correta e sustentem acesso ao sumário devem preceder recursos cosméticos.

Um pedido de integração com e-SaúdeSP ou RNDS deverá passar por avaliação jurídica, arquitetura, pactuação, requisitos técnicos e homologação. A decisão de priorização precisa registrar o motivo, riscos e itens adiados para evitar que compromissos de apresentação sejam confundidos com entregas disponíveis.

15.24 Procedimentos de correção clínica e retificação

Quando se detectar inconsistência, o canal de atendimento deve registrar o chamado, isolar eventual documento incorreto e solicitar revisão ao profissional responsável. O profissional decide sobre retificação/adendo no PEP; o portal atualiza somente após mudança válida na fonte.

A cadeia de custódia inclui documento original, motivo da correção, quem autorizou, versão nova, data e comunicação a destinatários potencialmente afetados. Os setores administrativos não corrigem CID ou prescrição por conta própria.

15.25 Gestão de risco e incidentes integrados

Riscos assistenciais e de privacidade devem convergir para um mecanismo único de triagem, com classificação e caminhos de escalonamento específicos. Um resultado crítico não encaminhado pode configurar problema assistencial; publicação a pessoa errada acrescenta risco de privacidade.

Conforme a natureza, serão acionados médico titular, NSP, coordenação, SI, encarregado e jurídico. Os comitês receberão relatórios consolidados e plano de mitigação, respeitado o sigilo. A prevenção de recorrência exige teste da barreira após correção.

15.26 Gestão de fornecedores, continuidade e sustentabilidade

A governança contratual incluirá critérios de seleção, suporte, integração, propriedade dos dados, monitoramento de SLA, recuperação, saída contratual e segurança. O Instituto deve preservar capacidade de exportar documentos e migrar de fornecedor sem perda de rastreabilidade clínica.

O financiamento deverá ser discriminado entre custos de desenvolvimento, hospedagem, suporte, licenças, segurança, pessoal e integração. Não se deve anunciar retorno financeiro certo decorrente de menos reinternações sem estudo econômico local e mensuração longitudinal.

15.27 Indicadores e prestação de contas

O painel de governança deve combinar indicadores de qualidade documental, disponibilidade, segurança, equidade, contrarreferência e experiência do paciente. Recomenda-se denominar claramente cada métrica: emissão de alta, acesso ao Passaporte, recebimento na rede e seguimento concluído são resultados diferentes.

Os dados de gestão devem ser agregados sempre que possível e sujeitos a regra de acesso. Desempenho baixo deve gerar plano de ação e apoio às equipes, não manipulação do denominador. Resultados serão revisados com a direção e, quando contratualmente previsto, com gestor público.

Indicador	Numerador / denominador	Dono do indicador
Sumários corretos	Sumários conformes / auditados × 100	Qualidade/Direção Técnica
Pendências clínicas rastreadas	Pendências com dono e prazo / identificadas × 100	Coordenação de alta
Acessos indevidos confirmados	Eventos investigados por período	SI/DPO
Documentos disponíveis	Disponibilizados no prazo / elegíveis × 100	Operação/PEP
Encaminhamentos confirmados	Recebimentos válidos / envios pactuados × 100	Gestão de rede
Acesso assistido	Atendimentos assistidos / pessoas que necessitam × 100	Experiência do paciente

15.28 Formação, competências e responsabilidades individuais

O programa dependerá de treinamento para médicos, enfermagem, farmácia, serviço social, arquivo, recepção, suporte e gestores. A capacitação incluirá casos simulados de alta complexa, medicamento divergente, acesso de menor, indisponibilidade do site e resultado crítico.

Cada profissional deverá demonstrar entendimento de sua atuação e limites. O treinamento não será substituído pela entrega de manual ou termo de ciência. Controles devem ser reavaliados após rotatividade, mudanças tecnológicas e incidentes.

15.29 Plano de implantação da governança e revisão do regimento

Antes do piloto, formalizar comitês e coordenação, revisar matriz RACI, aprovar instrumentos de proteção de dados, definir aceitação clínica e tecnológica e registrar riscos residuais. Durante o piloto, instituir ciclo de reuniões, auditorias, feedback e revisão rápida de procedimentos.

Após estabilização, a governança deverá reavaliar semestralmente a eficácia da matriz e extraordinariamente após mudança de lei, contratação, integração ou incidente grave. O regimento pode evoluir, desde que preserve a titularidade clínica e a aprovação documentada.

Etapa de implantação	Produto verificável	Aprovação necessária
Designação e regimento	Atos, composição, calendário e substitutos	Diretoria/DP
Inventário/RACI	Processos, bases e papéis assinados	Jurídico, DPO, Direção Técnica
Homologação	Testes, riscos e ata de aceite	Clínica, TI, Qualidade, SI
Piloto	Auditoria de altas, incidentes, pesquisa	Comitê Diretor
Expansão	Plano de sustentabilidade e contratos	Diretoria e gestões externas quando cabível

15.30 Caso aplicado I — Divergência clínica entre sumário, receita e orientação

Em uma alta cirúrgica, o sumário consta com anticoagulante por prazo diferente da receita e a orientação educativa contém regra genérica incompatível com a prescrição individual. A equipe de enfermagem identifica a divergência durante o checklist e abre bloqueio do documento final. A farmácia revisa conciliação e o médico titular decide a conduta clínica e assina a versão corrigida. A coordenação do programa acompanha o registro de causa, mas não altera dose nem remove risco por conta própria.

A matriz RACI deve separar quatro entregas: consistência da prescrição, qualidade farmacêutica da conciliação, publicação fiel do documento e verificação de que o paciente compreendeu a orientação. O médico continua responsável pela decisão terapêutica; a farmácia emite sua análise; a operação digital garante versão correta; e o NSP avalia recorrência. Se o erro tiver sido entregue a alguém, deve haver avaliação do risco de dano, contato clínico e registro das medidas corretivas.

O indicador de processo será a proporção de altas auditadas sem divergência crítica. A revisão deve identificar se houve problema de interface PEP–portal, instrução de alta inadequada, baixa qualidade de cadastro de medicamentos ou falha de conferência humana. O desenho da solução deverá melhorar a barreira comprovadamente frágil, e não apenas aumentar número de cliques ou assinaturas.

15.31 Caso aplicado II — Resultado pós-alta e responsabilidade pelo circuito fechado

Um paciente clínico recebe alta com cultura ou anatomopatológico ainda não finalizado. Antes da saída, a pendência deverá ter dono assistencial, previsão de revisão e estratégia de comunicação. O laboratório é responsável pela correta liberação do laudo, a integração transmite o resultado e o médico designado avalia e define conduta. A coordenação da alta monitora a conclusão do circuito, mas não interpreta isoladamente o exame.

No modelo RACI, a autoridade que garante a existência do processo não se confunde com quem interpreta o resultado. Por isso o sistema deverá registrar campos distintos: “exame liberado”, “médico revisou”, “conduta definida”, “paciente informado” e “encaminhamento concluído”, quando aplicáveis. Uma mensagem enviada não é sinônimo de comunicação efetiva, e o paciente acessar o documento não é prova de orientação clínica.

Se o profissional originalmente responsável não estiver disponível, o protocolo deve indicar substituto habilitado, escalonamento e plantão administrativo. A análise de evento adverso deverá verificar se houve atraso evitável e se o protocolo tinha redundância adequada. O regimento deve estabelecer responsáveis de plantão e atualização de escalas, não apenas designações nominais estáticas.

15.32 Caso aplicado III — Falha sistêmica, contingência e decisão de suspensão

Durante indisponibilidade do portal, um paciente deve continuar recebendo sumário de alta e orientação em via segura. A TI identifica incidente, ativa contingência e registra impacto, enquanto a equipe clínica garante continuidade. Se houver suspeita de vinculação incorreta de exames entre pacientes, a direção assistencial e a segurança da informação poderão determinar suspensão temporária da funcionalidade afetada até investigação e teste de correção.

O Comitê Diretor será informado e decidirá sobre ampliação ou suspensão prolongada dentro das atribuições formalizadas, sem postergar medidas urgentes de contenção. Jurídico e encarregado avaliam obrigação de notificação; o NSP avalia risco de dano assistencial; TI preserva evidências e restaura serviço; a operação comunica aos usuários de forma transparente e proporcional, sem revelar informação sensível.

A decisão de restabelecimento deve registrar causa raiz, teste de regressão, demonstração de integridade dos dados, confirmação de responsáveis e plano de monitoramento intensificado. O SLA contratual sozinho não demonstra segurança: recuperar um sistema com registros errados pode causar mais dano que mantê-lo temporariamente em contingência, desde que a assistência esteja assegurada.

15.33 Roteiro de reunião decisória, deliberações e monitoramento de ações

Sugere-se pauta padronizada de gestão: (1) incidentes assistenciais e de privacidade; (2) indicadores e desvios; (3) resultados pendentes não resolvidos; (4) mudanças de sistema; (5) acessibilidade e reclamações; (6) contratos e custos; (7) integrações externas; (8) riscos residuais; (9) ações pendentes da ata anterior. Cada item exigirá identificação do processo, problema, evidência, decisão, A/R da matriz e prazo.

A ata deverá distinguir decisão tomada, recomendação técnica não deliberada e assunto ainda pendente de parecer. Para temas que exijam autorização externa, a governança registrará interlocutor e estágio da pactuação, sem considerar o silêncio como aprovação. Ao final do ciclo, o comitê verificará cumprimento das ações e fará auditoria amostral da medida adotada. A ausência recorrente de execução exige escalonamento à diretoria e revisão da capacidade operacional.

Registro da reunião	Conteúdo mínimo	Responsabilidade
Identificação	Data, participantes, quórum, versão de pauta	Secretaria do comitê
Análise de risco	Incidente, potencial dano e evidências	Responsável do processo
Deliberação	Decisão, fundamento, divergências, A/R e prazo	Presidência do comitê
Teste de conclusão	Evidência de implantação e validação	Qualidade/TI/área clínica
Fechamento	Pendências e data de nova revisão	Coordenação do programa

ATENÇÃO À RESPONSABILIZAÇÃO RACI é proposta gerencial. Os nomes e as letras precisam de validação formal por ato interno e análise de contratos. Responsabilidades profissionais, legais e do gestor público não são transferidas apenas por uma tabela do manual.

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] ANVISA — RDC nº 36/2013, Plano e Núcleo de Segurança do Paciente. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[2] Lei nº 13.709/2018 — LGPD, texto atualizado. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13709-14-agosto-2018-787077-normaatualizada-pl.html

[3] ANPD — Guia sobre agentes de tratamento e encarregado. https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia_agentes_de_tratamento_e_encarregado___defeso_eleitoral.pdf

[4] ANPD — Regulamentações vigentes, Res. 15, 18 e 19/2024. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/

[5] Ministério da Saúde — PNISD 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/

[6] Ministério da Saúde — RNDS, modelos de informação e legislação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[7] CFM — Código de Ética Médica, Resolução 2.217/2018. https://www.portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

[8] ANPD — RIPD, orientações atualizadas em 2026. https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/relatorio-de-impacto-a-protecao-de-dados-pessoais-ripd

[9] Lei nº 13.787/2018 — guarda de prontuário. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

[10] ANPD — incidentes de segurança. https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

[11] Ministério da Saúde — Lei nº 8.080/1990 e diretrizes do SUS. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[12] ANPD — Guia de segurança da informação. https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 16

IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE, DO EPISÓDIO ASSISTENCIAL E DE RESPONSÁVEIS

Identidade longitudinal, vinculação clínica entre sistemas, prevenção de homonímia, representação e rastreabilidade do episódio

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 16
Título	Identificação segura do paciente, do episódio assistencial e de responsáveis
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de estruturação institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C16 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta para revisão técnica, jurídica, clínica e de segurança da informação; não constitui declaração de integração ativa com sistemas públicos
Controle editorial	Capítulos 01–15 aprovados; capítulos 16 e 17 em minutas independentes para revisão e aprovação
Validações	Direção Técnica; Núcleo de Segurança do Paciente; gestão do prontuário; recepção/admissão; Jurídico/Encarregado; TI e Segurança da Informação
Data de corte da pesquisa	02 de novembro de 2026

Resumo executivo

A correta identificação do indivíduo é pré-condição de todas as demais funcionalidades do Passaporte Digital de Saúde Canaã. Um portal tecnicamente disponível pode produzir dano grave se associar exames, medicamentos ou recomendações à pessoa errada. A cadeia de confiabilidade deve abranger **pessoa, episódio assistencial, estabelecimento, documento, profissional responsável e usuário autorizado**. O protocolo nacional de identificação do paciente recomenda pelo menos dois identificadores e a conferência ativa antes de procedimentos; para o Passaporte, essa lógica se estende à associação de documentos, à publicação e à entrega pós-alta [1–4].

A identidade longitudinal do indivíduo não equivale a uma internação particular. Um mesmo paciente pode ter internações diferentes, atendimentos de urgência e exames realizados após a alta. O projeto deve manter identificadores estáveis e relacionamentos auditáveis, inclusive quando há correções cadastrais, transferências, resultados pendentes ou adendos. O capítulo fixa procedimentos institucionais **propostos**; sua implantação depende de validação no Hospital Canaã, do PEP escolhido, do contrato de atendimento e das interfaces formalmente disponíveis [3–6].

REGRA ESTRUTURAL O nome do paciente isoladamente e o número do leito não autorizam vincular ou entregar informações clínicas. A publicação no portal exige associação segura entre indivíduo, episódio assistencial e documento clinicamente validado, além de autenticação do destinatário.

16.1 Finalidade, resultados esperados e fronteiras do capítulo

Esta etapa visa reduzir trocas de pacientes, fusões indevidas de cadastros e exposição acidental de diagnósticos, assegurando rastreabilidade desde a chegada ao pronto-socorro até o uso do Passaporte em atendimentos futuros. O resultado esperado é um registro único de pessoa, múltiplos episódios corretamente relacionados e documentos com origem verificável.

Este capítulo não define a arquitetura completa do login, da criptografia ou da integração RNDS, tratadas nos capítulos 31 a 35. Define as regras clínicas e de qualidade de dados que deverão nortear essas soluções: quem é o paciente, a qual internação o documento pertence, quem o assinou e a quem pode ser entregue.

16.2 Estrutura normativa e caráter das exigências

O Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz constitui referência oficial de segurança, incluindo emprego de ao menos dois identificadores e conferências repetidas. A RDC Anvisa nº 36/2013 institui ações de segurança do paciente nos serviços de saúde. A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 exige identificação do prontuário de origem, CPF ou CNS do indivíduo, CNES do estabelecimento e identificação do profissional responsável pela alta [1–5].

O desenho proposto de ID interno imutável, vínculo de responsável com início e fim de vigência, trilha de merge/unmerge e bloqueio automático de publicação na presença de divergências é **controle institucional recomendado**, não transcrição literal da portaria. Regras específicas de bancos de dados públicos e autenticação exigirão avaliação contratual, jurídica e técnica.

16.3 Identidade do indivíduo versus identidade do episódio

O registro mestre da pessoa reúne atributos demográficos e identificadores documentais, enquanto o episódio contém admissão, período, modalidade, setor, equipes, desfecho e conjunto de registros do atendimento. O Passaporte deve mostrar a lista de episódios de um mesmo titular sem misturar resultados de datas distintas ou duplicar altas em transferências internas.

A movimentação de pronto-socorro para enfermaria e UTI pode compor um único episódio hospitalar, conforme desenho do PEP e regras assistenciais; uma nova internação posterior exige evento próprio. O contrato de dados deverá documentar tais regras sem presumir que qualquer mudança de setor gera nova hospitalização.

16.4 Identificadores mínimos e sua hierarquia

Adotar um identificador interno técnico não reutilizável para o registro de pessoa (person_id), identificador do episódio (encounter_id) e identificador do documento (document_id), sem exibí-los como se fossem CPF, CNS ou número do prontuário. CPF e CNS serão armazenados e validados conforme aplicabilidade e modelo oficial; número do prontuário e CNES identificam a origem e não substituem a identidade clínica à beira-leito [3,5].

A ausência de CPF em emergência, em criança ou em pessoa sem documentação não deverá impedir atendimento. O serviço deve usar mecanismo de identificação temporária segura, com verificação subsequente e registro do motivo. Os requisitos de envio a sistemas públicos poderão ser diferentes daqueles de atendimento; a equipe não deve preencher CPF fictício para satisfazer validação de interface.

Identificador	Função no programa	Regras essenciais
ID interno de pessoa	Âncora técnica longitudinal	Único, não reutilizável, não exibido como CPF/CNS
CPF / CNS	Identificação nacional quando aplicável	Validar formato e titularidade; sem CPF fictício
Número do prontuário	Identificação no PEP de origem	Registrar emissor/estabelecimento; pode não ser global
ID de episódio	Vincular admissão e assistência	Não reutilizar; controlar transferências
ID do documento	Vincular assinatura e versão	Persistir origem, autor e substituições
CNES	Identificar estabelecimento	Separar emissor do sumário e prestador externo

16.5 Dois identificadores e conferência ativa

A política institucional deve exigir pelo menos dois identificadores independentes e válidos, como nome completo e data de nascimento, ou nome completo e número de prontuário, conforme a situação clínica. Quando possível, solicitar ao paciente que informe espontaneamente os dados, evitando perguntas induzidas que facilitem concordância automática.

A conferência ocorre na admissão, coleta, exame, medicação, procedimento, alta, geração do resumo, importação de exame e entrega de documento. O número do leito, a localização física, o nome isolado, fotografias sem validação ou a mera proximidade familiar não são elementos suficientes para confirmar identidade [1,2].

16.6 Cadastro inicial na urgência e qualidade demográfica

Na admissão, coletar dados essenciais em fluxo enxuto: nome completo, data de nascimento, nome da mãe quando pertinente, documento disponível, telefone de contato e informações necessárias ao cuidado. Informações não verificadas devem receber marcador de confiabilidade e origem, sem serem convertidas automaticamente em “validadas”.

Quando um paciente chega sem capacidade de se identificar, utilizar protocolo de paciente não identificado, associando pulseira e número temporário, e abrir pendência de conciliação. As equipes devem evitar atalhos que causem duplicação descontrolada. Após confirmação, retificar o cadastro preservando histórico do identificador provisório e de documentos emitidos.

16.7 Homônimos, nomes abreviados e dados conflitantes

Nome idêntico não significa pessoa idêntica. Em caso de homonímia, o sistema e a equipe deverão comparar múltiplos atributos, registrar alertas discretos e impedir a junção automática por similaridade nominal. Nomes abreviados, erros de digitação e grafias diferentes exigem revisão com evidências documentais e avaliação humana.

Se CPF, CNS, data de nascimento e nome divergirem, bloquear exportação/publicação dos documentos potencialmente afetados, permitir o atendimento clínico com contingência e abrir tarefa priorizada ao setor de cadastro. “Corrigir” o prontuário modificando apenas a tela do portal é proibido: a fonte de origem e o histórico devem ser reconciliados.

16.8 Nome social, respeito e discrição

Quando aplicável, o sistema deverá oferecer campos separados para nome social e nome civil/registral com acesso controlado e uso coerente nos documentos exigidos. O atendimento e a visualização cotidiana devem respeitar a identidade declarada, sem revelar indevidamente nomes anteriores ou constranger o paciente.

A conciliação com CPF/CNS e registros legados deve ocorrer em ambiente restrito e com transparência ao titular, não por exposição pública de dados. Capacitar a equipe para distinguir divergência documental legítima de risco de pessoa errada, reduzindo recusa de atendimento e danos por discriminação [7].

Situação	Procedimento recomendado	Exceção/alerta
Homônimo	Comparar dois ou mais identificadores independentes	Bloquear vinculação automática por nome
Nome social	Exibir nome de uso e preservar conferência documental restrita	Não expor nome registral indevidamente

Situação	Procedimento recomendado	Exceção/alerta
Sem documento	Identificação provisória individual, pulseira e pendência	Não gerar CPF inventado
Paciente inconsciente	Conferência por evidência disponível e protocolo emergencial	Reavaliar após recuperação de capacidade
Exame recebido de terceiro	Conferir identificador e prestador executante	Não incorporar laudo por nome isolado

16.9 Pacientes pediátricos e recém-nascidos em atendimentos eventuais

Embora pediatria e obstetrícia não integrem o escopo inicial de implantação do Hospital Canaã, o programa institucional deve prever exceções para atendimentos ou futuras unidades. Crianças e recém-nascidos exigem identificação individual própria e vínculo explícito com responsáveis, sem substituição do identificador da criança pelo da mãe.

Os acessos e a representação devem observar o melhor interesse do menor, documentação adequada, condições concretas de guarda ou representação e eventual sigilo legal. A ANPD admite diferentes bases da LGPD para tratamento de dados de menores, exigindo a prevalência do melhor interesse [8].

16.10 Pacientes inconscientes, sem documentos ou com incapacidade temporária

Na emergência, registrar identificação provisória, características estritamente necessárias e evidências disponíveis, com confirmação por profissional responsável antes de procedimentos e transferência de informações. O direito à assistência permanece íntegro enquanto a identificação é regularizada.

A capacidade de acessar o portal não deve ser presumida a partir da incapacidade clínica transitória. Atribuir acesso a terceiros requer base, vínculo e validação documental compatíveis, e o encerramento do acesso temporário deve ser controlado quando o paciente recupera autonomia.

16.11 Transferências internas e continuidade do mesmo episódio

As movimentações PS–UTI–enfermaria–centro cirúrgico devem gerar eventos de transferência no PEP, preservando vínculo com episódio principal, salvo configuração assistencial justificada em que existam eventos distintos formalmente relacionados. Manter setor de origem, destino, data/hora, motivo e profissionais que realizaram a passagem.

Antes de publicar a alta, reconciliar entradas do mesmo período para garantir que cirurgias e exames realizados durante a internação apareçam no episódio correto. Mudança de leito, de titularidade administrativa ou de local de exame não deve criar histórico clínico desconexo.

16.12 Estabelecimento, CNES e prestadores terceiros

O Sumário de Alta deverá identificar o estabelecimento de internação pelo CNES quando aplicável e seguir os dados de origem previstos na Portaria GM/MS nº 8.026/2025. Resultados de laboratórios terceirizados ou serviços de diagnóstico precisam preservar prestador executante, data/hora, identificador do exame e responsável técnico, sem imputar autoria ao Hospital Canaã quando não for a fonte.

A camada de visualização do Passaporte deve distinguir “realizado no Hospital Canaã”, “executado por prestador contratado” e “documento externo anexado” por metadados e aviso simples ao paciente. Não atribuir automaticamente um laudo externo ao hospital apenas porque ele está acessível no portal.

16.13 Profissional autor, médico responsável e equipe

Cada sumário, prescrição e orientação médica deve conservar autoria, data, assinatura/validação conforme o tipo de documento e identidade profissional. A identificação do responsável pela alta deve atender ao modelo nacional pertinente, incluindo CPF/CNS e código ocupacional no intercâmbio quando exigidos [3].

No modelo Canaã, a titularidade cirúrgica permanece nominalmente com o cirurgião responsável, mesmo com cogestão hospitalista e assistência intensivista. A autoria de cada evolução ou documento é individual; o vínculo organizacional não transforma coautores em signatários automáticos.

16.14 Responsáveis, acompanhantes e contatos não são sinônimos

Registrar separadamente: contato para recados, cuidador envolvido no plano terapêutico, acompanhante autorizado e representante legal habilitado. Cada vínculo possui finalidade, prova, alcance, vigência e possibilidade de revogação distintos. Um telefone informado na admissão não gera direito automático a consultar diagnósticos.

O atendimento deverá explicar, em linguagem simples, quais informações podem ser vistas por cada pessoa. A documentação apresentada pelo terceiro deverá ser verificada proporcionalmente à finalidade, evitando coletar cópias desnecessárias e garantindo canais para contestação pelo titular [6,8].

Vínculo	Permissão inicial recomendada	Prova e validade
Paciente titular	Acesso aos próprios documentos após autenticação	Verificação de identidade; gestão de credenciais
Contato para recados	Apenas comunicação logística autorizada	Registro de contato não dá acesso clínico
Cuidador	Acesso limitado quando legalmente apropriado	Justificativa, escopo e prazo
Representante legal	Acesso conforme poderes e limites	Documento adequado e revisão da vigência
Profissional de outra unidade	Fluxo institucional formal e registro de finalidade	Vínculo assistencial e auditoria; sem acesso público

16.15 Autorização de acesso e compartilhamento episódico

Prever processos diferentes para o titular visualizar seus registros, enviar documento a médico assistente e permitir consulta institucional por integração pactuada. Um link transitório deve ser limitado quanto à duração, destinatário, finalidade e possibilidade de revogação, sem expor conteúdo em QR code estático.

A decisão de compartilhar exige avaliação de hipótese legal, sigilo e finalidade do cuidado. Não utilizar consentimento genérico para justificar qualquer intercâmbio; quando a rede pública acessa dados por mecanismo autorizado, são necessárias autenticação profissional, base jurídica e auditoria.

16.16 Conciliação do cadastro mestre e deduplicação

A deduplicação sugerida terá triagem algorítmica apenas para gerar candidatos, seguida de revisão humana em casos sensíveis. Deverão ser examinadas consistência entre identificadores, datas de nascimento, nomes completos, histórico de episódios e incompatibilidades impossíveis, como internações simultâneas de pessoas distintas.

Toda fusão exigirá justificativa, evidência e aprovação por perfil autorizado. O sistema deverá suportar reversão (unmerge) que reconstrua os vínculos corretos, inclusive documentos de exames e autorizações de portal. A exclusão física dos registros para esconder o erro é incompatível com rastreabilidade.

16.17 Versões, retificações e documento entregue incorretamente

Uma vez assinado o documento, mudança em dados de identidade ou em vínculo do episódio exige processo formal de retificação na fonte, revalidação e identificação da versão substitutiva. O portal deverá deixar indisponível a versão clinicamente incorreta quando isso for necessário e manter a cadeia de custódia em ambiente controlado.

Se o documento foi entregue a terceiro ou paciente errado, iniciar simultaneamente resposta assistencial e de privacidade: cessar acesso, avaliar impacto clínico, avisar os responsáveis internos, verificar envio anterior e acionar o fluxo institucional de incidente e eventual comunicação regulatória conforme aplicabilidade.

16.18 Rastreabilidade e trilha de auditoria

Registrar criação, alteração, validação, fusão, desmembramento, associação de documentos, publicação, download, compartilhamento e revogação. Cada evento deverá conter identificador técnico, perfil, data/hora, operação, resultado, versão e motivo quando aplicável, sem armazenar desnecessariamente conteúdo clínico integral em logs.

Logs não substituem restrições de acesso. Auditorias devem buscar consultas incompatíveis com o vínculo assistencial, tentativas repetidas de acesso, downloads em massa e inconsistências entre autor e signatário. Retenção e imutabilidade seguem política aprovada e requisitos legais aplicáveis.

Evento auditável	Campos mínimos	Controle proposto
Correção de cadastro	Antes/depois, autor, motivo, horário	Revisão por perfil habilitado
Fusão / desmembramento	Registros afetados, evidências, aprovação	Possibilidade de reversão
Publicação / download	Pessoa, episódio, versão, destinatário	Alerta para anomalias de acesso
Representação	Vínculo, finalidade, início/fim, revogação	Expiração e revalidação

16.19 Segurança no momento da alta e entrega

Antes de entregar a ficha digital ou impressa, confirmar ativamente paciente, episódio, datas, tipo de documento e destinatário. Documento de outra internação ou de outra pessoa deve ser bloqueado independentemente do pedido de urgência. A equipe deverá disponibilizar alternativa de entrega segura em contingência.

Exigir validação dupla em casos de homonímia, múltiplos cadastros ou retificação recente, com critérios de escalonamento que não impeçam alta clinicamente indicada. A impossibilidade de liberar portal no momento não autoriza atrasar assistência; entregar documentos essenciais por procedimento alternativo rastreável.

16.20 Interoperabilidade e correlação entre identificadores

As integrações futuras com RNDS, e-SaúdeSP e fornecedores locais deverão mapear identificadores, namespace de origem, CNES, número do prontuário e chaves do episódio sem depender de um único campo reutilizável. A relação conceitual com recursos FHIR

Patient, Encounter, Practitioner/PractitionerRole e DocumentReference deverá ser detalhada em especificação técnica própria, conforme perfis efetivamente homologados.

A possibilidade tecnológica de transmitir não comprova autorização institucional. Toda interface requer contrato, controle de finalidade, validações de identidade, homologação com casos negativos e tratamento de duplicidades, sem prometer interoperabilidade já implantada.

16.21 Contingência sem CPF, sem conectividade ou com falha de serviço

O serviço deve ter procedimento para continuar atendimento, identificação clínica e entrega de informações essenciais quando o validador externo estiver indisponível. A identificação temporária e seus documentos devem ser protegidos contra reuso acidental e reconciliados por profissional habilitado após restabelecimento.

Para o paciente sem internet ou smartphone, a alta segura inclui documento impresso apropriado, explicação acessível e forma de obter segunda via, com conferência de destinatário. O direito a continuidade assistencial não depende de aceite de plataforma digital.

16.22 Indicadores de qualidade e regras de denominador

Recomenda-se monitorar taxa de divergência de identificação por 1.000 episódios, documentos com vínculo incorreto, cadastros duplicados pendentes, percentual de conferência dupla nas altas, merges revertidos e reclamações de acesso indevido. Esses indicadores precisam de definição operacional e análise por risco e setor.

A meta de erro zero é aspiracional e não pode incentivar subnotificação. Denominadores devem incluir episódios elegíveis, e não apenas pacientes que fizeram login. Avaliar tendência, gravidade e tempo de resolução, preservando sigilo na apresentação a gestores.

Indicador proposto	Numerador / denominador	Análise e responsável
Divergência na identificação	Nº divergências confirmadas / 1.000 episódios	NSP e cadastro, mensal
Documentos vinculados errados	Nº casos confirmados / documentos publicados	Qualidade, revisão imediata
Conciliação de identidade pendente	Cadastros pendentes > prazo local / cadastros temporários	Admissão, semanal
Uso de acesso por representante sem prova	Ocorrências / autorizações de terceiro auditadas	Privacidade, mensal
Altas com dupla checagem	Altas conferidas / altas elegíveis	Coordenação, mensal

16.23 Matriz de risco e barreiras de prevenção

O risco prioritário é a associação de dado correto à pessoa errada; outras falhas incluem título do documento equivocado, homônimos, indicação de representante sem prova, versão obsoleta e transferência clínica entre episódios. Os controles combinam barreiras de processo, checagens automáticas e revisão humana.

Falhas identificadas antes da publicação devem gerar bloqueio seletivo, análise de causa e reteste. A direção e o NSP devem conhecer incidentes com potencial dano clínico; o encarregado e a segurança da informação avaliam exposições de dados. Cada ação corretiva precisa de responsável e evidência.

16.24 Plano de implementação e portas de controle

Antes do piloto, aprovar dicionário de campos, protocolos de identificação, regras de fusão de cadastros, perfis de representantes e especificação de versão. Executar testes com pacientes fictícios, avaliando homônimos, troca de leito, ausência de documentos, resultados externos, tutela e duplicação.

O go-live depende de comprovação de integridade de vínculo pessoa–episódio–documento, baixa taxa de exceções não resolvidas, trilha de auditoria funcional, treinamento e contingência. A aprovação editorial do manual não constitui autorização de uso em ambiente real.

16.25 Cenários clínicos de aceitação e resposta a falhas

A homologação deve incluir um indivíduo com duas internações distintas, dois homônimos admitidos no mesmo plantão, uma pessoa sem documento, paciente que utiliza nome social e resultado externo liberado após a alta. Em cada caso, verificar visualização correta, impossibilidade de acesso cruzado e correções rastreáveis.

Nenhuma correção de identidade será executada só no portal; a avaliação deve demonstrar sincronização com prontuário e laboratórios. Em caso de divergência, suspender apenas o conjunto afetado, preservar cuidado clínico e registrar prioridade de resposta conforme potencial gravidade.

Teste	Entrada simulada	Critério de aceite
T01 homonímia	Dois pacientes mesmo nome/data de nascimento próxima	Nenhum laudo cruzado ou fusão automática
T02 retorno	Duas internações do mesmo paciente	Documentos separados por episódio
T03 paciente desconhecido	Admissão sem CPF/CNS	Atendimento e reconciliação sem CPF fictício

Teste	Entrada simulada	Critério de aceite
T04 representante	Cuidador sem procuração adequada	Não liberar diagnóstico indevidamente
T05 correção	Retificação após documento disponibilizado	Versão, autor, auditoria e eventual recolhimento rastreados
T06 sistemas externos	Exame externo com dados divergentes	Quarentena até conciliação validada

16.26 Auditoria, treinamento e revisão periódica

Treinar recepção, profissionais de coleta, médicos, enfermagem, farmácia, arquivo, suporte e TI em risco de homonímia, conferência ativa e representantes. O treinamento deverá utilizar demonstração prática e não apenas assinatura de ciência de POP.

Revisar periodicamente amostras de altas, incidentes e qualidade de cadastros, e reavaliar fluxo após novos contratos, integração com sistemas públicos ou alteração legislativa. A versão de cada procedimento precisa constar do repositório controlado do Instituto.

Fluxo de controle proposto — da identificação à entrega

Ponto	Ação / evidência exigida	Regra de bloqueio
1. Admissão	Dois identificadores clínicos e cadastro mestre	Divergência crítica abre exceção
2. Episódio	ID do contato, datas, setor e instituição	Não publicar se vínculo incerto
3. Documento	Origem, autor, data, versão e identificação do paciente	Sem assinatura/validação clínica, não publicar como alta
4. Publicação	Dupla verificação quando risco elevado, login autorizado	Acesso fora do perfil bloqueado
5. Contrarreferência	Destino e finalidade quando pactuado; registro de entrega	Não assumir recebimento sem evidência
6. Retificação	Trilha documental, adendo e comunicação quando necessária	Versão incorreta isolada

SÍNTESE EXECUTIVA O paciente será identificado de modo consistente em todos os pontos do cuidado, mas sua identidade nunca será inferida somente pelo nome, leito ou telefone. A segurança requer cadeia de evidências e governança de exceções.

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo

são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Protocolo de Identificação do Paciente (2013; página oficial atualizada 2026). https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

[2] Anvisa. Biblioteca Digital: Protocolo de identificação do paciente, 2013. https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/1778

[3] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27/08/2025: Modelo do Sumário de Alta. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[4] Cremesp. Texto consolidado da Portaria GM/MS nº 8.026/2025 (reprodução normativa). https://cremesp.org.br/?data=27-08-2025&dif=a&ficha=1&id=22455&numero=8026&orgao=Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde%2FGabinete+do+Ministro&siteAcao=PesquisaLegislacao&situacao=VIGENTE&tipo=PORTARIA

[5] Anvisa. RDC nº 36, de 25/07/2013: segurança do paciente em serviços de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[6] Brasil. Lei nº 13.709/2018: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[7] Ministério da Saúde. Guia de acolhimento em saúde da população trans, 2024. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/guia-pop-trans.pdf

[8] ANPD. Enunciado nº 1, de 22/05/2023, dados de crianças e adolescentes. https://bibliotecadigital.mj.gov.br/handle/1/10215

[9] Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017: normas de direitos e deveres dos usuários. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

[10] Brasil. Lei nº 13.787/2018: prontuários informatizados e digitalização. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

[11] Ministério da Saúde. RNDS: portal de legislação e modelos de informação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[12] Ministério da Saúde. Guias e modelos de integração RNDS, padrão HL7 FHIR. https://fhir.saude.gov.br/

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 17

DADOS CLÍNICOS ESSENCIAIS: MOTIVO DA INTERNAÇÃO, DIAGNÓSTICOS, CIDS E EVOLUÇÃO

Conteúdo mínimo, integridade diagnóstica, narrativas clínicas verificáveis e interpretação assistencial para transição do cuidado

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 17
Título	Dados clínicos essenciais: motivo da internação, diagnósticos, CIDs e evolução
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação privada sem fins lucrativos
Unidade de implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto de estruturação institucional
Código / versão	PDSC-MAN-C17 | versão 0.1 | 02/11/2026
Situação	Minuta para revisão técnica, jurídica, clínica e de segurança da informação; não constitui declaração de integração ativa com sistemas públicos
Controle editorial	Capítulos 01–15 aprovados; capítulos 16 e 17 em minutas independentes para revisão e aprovação
Validações	Direção Clínica; médicos titulares; coordenadores clínicos e cirúrgicos; intensivistas; Núcleo de Segurança do Paciente; codificação/arquivo médico; TI e Jurídico
Data de corte da pesquisa	02 de novembro de 2026

Resumo executivo

O valor assistencial do Passaporte Digital de Saúde Canaã depende de um conjunto clínico **correto, inteligível, rastreável e útil à próxima equipe**. O resumo não pode ser uma cópia indiferenciada do prontuário, nem uma lista solta de CIDs sem contexto. Deve explicar por que houve internação, quais condições foram confirmadas, o que aconteceu durante o cuidado, como o paciente se encontra na alta e quais problemas permanecem ativos. O conjunto mínimo de dados de alta está estabelecido pela Portaria GM/MS nº 8.026/2025, que diferencia motivo da internação, diagnósticos e evolução clínica [1–3].

O médico responsável valida o conteúdo clínico; funções automáticas podem apoiar checagem de campos e consistência, mas não devem criar diagnóstico, alterar principalidade, concluir complicação nem liberar sumário sem aprovação profissional. O projeto prevê linguagem técnica para a rede assistencial e explicação acessível para o paciente, preservando precisão sem converter o Passaporte em registro paralelo ao PEP [2,4–7].

REGRA ESSENCIAL Motivo da admissão, hipótese inicial, diagnóstico principal após estudo, diagnósticos secundários e problemas não resolvidos são categorias relacionadas, mas não intercambiáveis. O CID codifica uma condição; ele não substitui descrição clínica, grau de certeza ou plano de seguimento.

17.1 Objetivos assistenciais, escopo e destinatários

Este capítulo define a informação clínica mínima necessária ao Sumário de Alta e à visualização do Passaporte: indicação da internação, diagnósticos relevantes, CIDs, evolução, estado final e conexão com o plano de continuidade. A finalidade é permitir compreensão rápida do caso pelo paciente e por novos profissionais, inclusive na UBS, ambulatório ou UPA.

Os medicamentos e a conciliação estarão aprofundados no Capítulo 18; procedimentos, imagens e exames nos Capítulos 19 e 24; assinatura e disponibilização do Sumário de Alta no Capítulo 20. Essa separação editorial não autoriza entregar um resumo incompleto: as interfaces entre capítulos devem assegurar consistência dos conteúdos.

17.2 Referências normativas, linguagem e princípios de documentação

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 determina relato objetivo das intervenções, instruções para continuidade e estado de saúde ao final da internação. Entre suas informações mínimas estão motivo da internação conforme CID, problemas ou diagnósticos com código, categoria, presença na admissão e estado de resolução, além de resumo da evolução. A disciplina de registro clínico e os deveres de autoria decorrem também das regras profissionais aplicáveis [1–4].

Este manual adota como princípio separar dado estruturado de narrativa clínica explicativa. Os campos codificados podem apoiar interoperabilidade e indicadores; a narrativa deve qualificar contexto, severidade, incertezas relevantes e consequências práticas. O protocolo de validação proposto não é uma obrigação literal adicional da portaria.

17.3 Fontes primárias e cadeia de autoria

O PEP/HIS permanece a fonte primária. Diagnósticos da admissão, evoluções, pareceres, relatos cirúrgicos, prescrições e laudos devem ser vinculados ao episódio correspondente, preservando quem registrou cada informação e sua data. O Passaporte consome apenas itens com estado e autoria apropriados à publicação.

A presença de uma palavra no texto livre não comprova diagnóstico confirmado. Regras de extração automatizada devem respeitar negadores, hipóteses descartadas, histórico familiar e suspeitas ainda não resolvidas. Divergências entre pareceres e resumo final exigem revisão médica humana, não substituição silenciosa da fonte.

17.4 Motivo da internação e circunstâncias de chegada

Registrar a razão clínica que justificou a hospitalização no momento da admissão e, quando aplicável, a modalidade, caráter e procedência do atendimento. A descrição deve utilizar frase compreensível e, quando o modelo exigir, codificação compatível, distinguindo queixa apresentada, hipótese inicial e circunstância de acesso ao hospital.

Exemplo: “Dor abdominal aguda com sinais de colecistite e necessidade de avaliação cirúrgica” descreve o contexto; o diagnóstico principal final poderá ser mais específico após investigação. Não reescrever retrospectivamente a hipótese inicial como se fosse certeza desde a chegada, pois isso apaga o raciocínio e o percurso assistencial.

Campo clínico	Exemplo descritivo (fictício)	Controle proposto
Motivo da internação	Dor abdominal aguda e avaliação de abdome cirúrgico	Preservar contexto de entrada
Hipótese inicial	Colecistite em investigação	Não marcar como confirmada antes da evidência
Diagnóstico principal final	Colecistite confirmada após avaliação	Médico valida CID e principalidade
Secundários relevantes	Hipertensão que afetou acompanhamento	Diferenciar comorbidade de complicação
Evolução e alta	Cirurgia realizada; melhora clínica; cuidados e retorno	Síntese coerente com relatórios de origem

17.5 Diagnóstico de admissão, hipóteses e confirmação

O registro deve manter “suspeita de”, “em investigação”, “confirmado”, “descartado” ou qualificador equivalente quando clinicamente pertinente. Uma hipótese motivadora da internação pode não ser confirmada, enquanto outro diagnóstico se torna prioritário após exames ou cirurgia.

Ao finalizar o sumário, o médico deverá revisar diagnósticos inicialmente propostos e classificá-los conforme informação disponível, evitando converter hipóteses em doenças definitivas. O Passaporte pode apresentar a versão final de maneira sintética e, quando necessário à continuidade, explicar a investigação inconclusiva.

17.6 Diagnóstico principal após estudo

Para o contexto da internação hospitalar, o diagnóstico principal é a condição estabelecida após estudo como principal motivo responsável pela admissão, observadas as regras aplicáveis do SUS. Essa condição pode divergir da hipótese de entrada. A seleção depende de revisão médica do caso e deve ter correspondência com a narrativa de alta [2,5].

Não definir diagnóstico principal automaticamente pelo primeiro CID registrado, pela duração de tratamento ou pelo código de maior remuneração. Em casos complexos, registrar justificativa clínica para principalidade e consultar equipe de codificação, sem delegar decisão diagnóstica ao setor administrativo.

17.7 Diagnósticos secundários e condições coexistentes

Condições secundárias incluem comorbidades existentes que influenciaram a assistência, problemas desenvolvidos na internação e diagnósticos com impacto sobre terapêutica, monitoramento, permanência ou continuidade. Sua seleção deve ser clinicamente relevante, e não reprodução indiscriminada de toda a lista histórica de doenças do paciente [5].

Doença crônica controlada pode ser secundária importante quando muda a estratégia terapêutica. Por outro lado, diagnóstico antigo não verificado não deve ser apresentado como condição ativa sem qualificador. A história pregressa útil poderá ser distinguida de complicações atuais ou problemas resolvidos.

17.8 CID-10, outras terminologias e governança de versões

Utilizar terminologia compatível com o modelo brasileiro vigente, registrando sistema de classificação e versão quando requerido. A Portaria nº 8.026/2025 refere-se ao CID para motivo da internação e prevê codificação dos problemas/diagnósticos conforme especificações técnicas. A adoção brasileira de classificações e adaptações deve seguir padrões nacionais efetivamente homologados, não pressupor migração automática para CID-11 [2,6].

A relação entre código e descrição clínica deve ser auditável. Uma sugestão automática de CID pode apoiar preenchimento, mas precisa de revisão pelo profissional responsável. Não usar classificações norte-americanas como ICD-10-CM em substituição automática à CID-10 aplicável ao SUS.

17.9 Categoria do diagnóstico, presença na admissão e resolução

O modelo oficial exige categoria diagnóstica, indicador de presença na admissão e estado de resolução. Essas dimensões respondem a perguntas diferentes: se a condição foi principal ou secundária, se já existia no momento da internação e se estava resolvida, em resolução ou ativa ao término do episódio [2].

Exemplo: pneumonia inicialmente presente e tratada pode estar em resolução na alta, enquanto insuficiência renal aguda desenvolvida durante a internação exige acompanhamento específico. O sistema não deve presumir “resolvido” apenas porque houve alta nem que todo diagnóstico secundário seja preexistente.

Dimensão do dado	Pergunta a responder	Erro a evitar
Motivo da internação	Por que precisou internar?	Confundir queixa com diagnóstico confirmado
Categoria	Principal ou secundário?	Selecionar primeiro CID da lista
Presente na admissão	Já existia quando o paciente chegou?	Tratar complicação adquirida como preexistente
Estado de resolução	Qual situação na alta?	Marcar toda condição como resolvida
Pendências	Quem revisará o que falta?	“Sem resultado” igual a “normal”

17.10 Condições crônicas e multimorbidade

Para hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, doença renal e outras doenças persistentes, distinguir estabilidade da doença, mudanças no tratamento e parâmetros necessários ao acompanhamento. Evitar um campo único de “doenças prévias” sem ligação com o que foi feito na internação.

A equipe de alta deve identificar quais condições crônicas sofreram alteração relevante e precisam de revisão pela UBS. As informações para o paciente devem conter explicação acessível, enquanto a versão profissional mantém codificação e detalhes técnicos necessários à segurança.

17.11 Complicações, eventos adversos e intercorrências

Complicações clínicas e cirúrgicas confirmadas devem ser descritas com cronologia, gravidade, intervenções e consequências para a continuidade. É necessário diferenciar evolução esperada, evento adverso, suspeita de complicação e diagnóstico confirmado, sem ocultar informação importante ou atribuir culpa sem investigação.

As intercorrências cuja conduta altera o cuidado futuro — por exemplo, reação medicamentosa grave, lesão renal aguda ou infecção que requer seguimento — devem estar disponíveis no resumo clínico validado. A análise institucional de incidente e responsabilização tem fluxo próprio, mas não justifica omissão de informação clinicamente relevante.

17.12 Cronologia clínica e marcos do episódio

A evolução sintetizada deverá priorizar marcos que explicam decisões: entrada, investigação diagnóstica, cirurgia/intervenção, transferência à UTI, complicação relevante, resposta terapêutica e estado na alta. A ordem temporal deve permitir entendimento do caso sem obrigar a ler cada anotação diária.

O sumário deve registrar fatos com data quando necessários, sem copiar centenas de linhas do prontuário. Não incluir informação supérflua que amplie risco de vazamento ou confunda o usuário. Para eventos críticos, preservar rastreabilidade para o registro original.

17.13 Evolução clínica resumida: conteúdo de alto valor

Escrever narrativa objetiva que aborde gravidade na entrada, principais achados confirmatórios, tratamentos decisivos, resposta, complicações e condições de saída. A descrição deve ser suficiente para explicar por que uma conduta foi mantida, suspensa ou modificada e quais sinais justificam retorno precoce.

Evitar frases vagas como “evoluiu bem” sem referência a estado funcional, sintomas ou limitações relevantes. Também evitar excesso de valores laboratoriais no texto: selecionar tendências e conclusões relevantes e deixar laudos e séries acessíveis em módulos próprios do Passaporte.

Dimensão da evolução	Conteúdo clínico mínimo recomendado	Exemplo de redação segura
Entrada	Gravidade, hipótese e sinais relevantes	Admitido por dispneia e hipoxemia
Investigação	Exames/achados que mudaram a conduta	Imagens e avaliação sustentaram diagnóstico final
Tratamento	Intervenções decisivas	Recebeu terapias específicas conforme indicação
Resposta	Melhora/estabilidade/limitações	Estável na alta, ainda com restrição funcional
Seguimento	Pendências, responsáveis e prazo	Retornar à UBS em intervalo orientado na alta

17.14 Condição clínica e funcional ao final da internação

Registrar estado de saúde na alta, sintomas residuais, capacidade funcional, necessidade de oxigênio, curativos, dispositivos, reabilitação ou apoio de cuidador quando aplicável. O modelo da Portaria nº 8.026/2025 contempla restrições funcionais/incapacidades na hipótese de sua presença [2].

A avaliação funcional deve usar descrição concreta e, quando adotadas escalas, especificar instrumento e data. “Alta em boas condições” não informa se o paciente pode deambular, alimentar-se ou comparecer sozinho à UBS; essas condições podem modificar a segurança da transição.

17.15 Problemas ativos, resolvidos e pendentes

O Sumário de Alta deve diferenciar condições resolvidas do que permanece ativo e do que exige reavaliação. Questões ainda sem diagnóstico definitivo devem constar como problema a esclarecer quando possuírem relevância clínica, acompanhadas de plano e responsável por acompanhar a investigação.

Não usar ausência de resultado como prova de normalidade. Laudos pendentes, inclusive anatomopatológicos e microbiológicos, exigem vínculo ao episódio, profissional designado para revisão, modo de comunicação e prazo institucional definido conforme risco; o detalhamento está no Capítulo 24.

17.16 Interconsultas e pareceres especializados

Os pareceres de cardiologia, neurologia, nefrologia e outras especialidades devem ser sintetizados quando determinaram diagnóstico, procedimento, terapia ou acompanhamento posterior. Registrar a contribuição essencial e eventual divergência solucionada pelo médico titular.

O Passaporte não precisa reproduzir integralmente cada parecer. Quando a continuidade depender de documento especializado, disponibilizá-lo com autoria e data preservadas, evitando aparentar que recomendação consultiva se transformou automaticamente em prescrição final.

17.17 Linhas clínicas e critérios de particularização

Em doenças clínicas, priorizar diagnóstico final, mecanismo de agravamento, condição compensada na alta e necessidade de retorno. Em insuficiência cardíaca, por exemplo, descrever apresentação, resposta à terapia e elementos relevantes para reavaliação, sem transformar o documento em diretriz terapêutica genérica.

Em casos infecciosos, distinguir foco provável/confirmado, antimicrobiano indicado na alta, eventual resultado pendente e critérios de retorno. A prescrição individual, a conciliação e a educação específica devem estar coerentes com o capítulo clínico e os anexos.

17.18 Linhas cirúrgicas e titularidade nominal

Para alta cirúrgica, o cirurgião mantém titularidade nominal e responsabilidade pela revisão da evolução cirúrgica e pelo plano de alta conforme o modelo Canaã; o hospitalista atua na cogestão de questões clínicas. Sintetizar indicação operatória, procedimento, achados relevantes, intercorrências, evolução e restrições.

Uma complicação clínica pode exigir atuação do intensivista e de especialistas sem extinguir automaticamente a responsabilidade do cirurgião pela doença cirúrgica e suas

condutas. Em caso de transferência excepcional de titularidade, exigir justificativa e formalização no PEP.

Linha	Dados que precisam ser preservados	Equipe de validação
Clínica médica	Diagnóstico, resposta, condição crônica descompensada	Médico titular / hospitalista
Cirurgia geral	Indicação, procedimento, intercorrência e restrições	Cirurgião responsável
Neurocirurgia	Déficit neurológico, procedimento e riscos de retorno	Neurocirurgião titular
UTI	Motivo, suportes, complicações, sequela funcional	Intensivista + titular do caso
Infectologia	Foco, hipótese/confirmação e continuidade indicada	Titular + consultor quando aplicável

17.19 Paciente submetido à terapia intensiva

Na transição de UTI para enfermaria e alta, registrar os principais motivos do cuidado crítico, suportes utilizados, complicações relevantes e repercussões persistentes, em linguagem calibrada ao risco. Detalhar necessidades de reabilitação, avaliação cognitiva/funcional e alterações terapêuticas que impactam seguimento.

Dados clínicos críticos do período de UTI não devem ficar inacessíveis por estarem em módulo separado. O sistema deve buscar as versões oficiais, evitar registros duplicados e identificar claramente qual equipe foi responsável pelo cuidado intensivo e pela alta hospitalar.

17.20 Conteúdo técnico versus informação ao paciente

O Passaporte pode oferecer duas camadas sincronizadas: documento clínico validado, com linguagem e códigos para profissionais, e explicação simplificada para o paciente sobre diagnósticos e o que fazer depois. Essa tradução não pode eliminar advertências, omitir incerteza ou acrescentar condutas não aprovadas.

Termos técnicos como “insuficiência cardíaca descompensada” podem vir acompanhados de explicação clara, sem substituir o documento assinado. As dúvidas do paciente devem ter canal seguro de esclarecimento; alterações do conteúdo médico só podem ser feitas pelo profissional competente.

17.21 Diagnósticos sensíveis e exposição proporcional

A presença de informações psiquiátricas, infecciosas, genéticas ou outras de alta sensibilidade exige proteção de acesso e minimização na interface, sem discriminação e sem ocultação de informação essencial à segurança clínica. Diferenciar acesso do próprio titular, de cuidador autorizado e de profissional com vínculo de assistência.

A visualização de notificações e prévias na tela bloqueada do telefone deve evitar mencionar diagnósticos. Qualquer política de atraso na liberação de resultado deverá ter justificativa clínica, jurídica e de segurança previamente aprovada, não regra automática para categorias de pessoas.

17.22 Algoritmos, IA e codificação assistida

Recursos de IA podem sugerir resumo, localizar possíveis incoerências e sinalizar campos faltantes, mas devem operar com dados autorizados, ambiente seguro, registro do processamento e supervisão humana. Não é aceitável inserir diagnósticos apenas pela inferência do modelo ou alterar um CID validado sem revisão.

Estabelecer testes de negação (“não apresenta”), suspeita, histórico familiar, temporalidade, siglas ambíguas e diferenças entre hipótese e confirmação. O médico autor deve revisar todo o texto e as correspondências estruturadas antes de assinar; a implantação da IA será submetida a análise de risco e validação específica.

17.23 Consistência entre PEP, documentos e portal

Antes da liberação, comparar diagnósticos estruturados com narrativa, resultados relevantes, procedimento principal e estado clínico. O documento assinado deve ter origem e versão bem definidas. Em caso de adendo, preservar versão anterior em trilha protegida e publicar a versão válida de forma consistente.

Um diagnóstico corrigido na alta não deve permanecer divergente em um cartão-resumo simplificado, nem uma hipótese descartada persistir como alerta ativo. As interfaces devem atualizar conteúdo derivado e abrir exceções de reconciliação quando houver incompatibilidade entre sistemas.

17.24 Critérios de validação e assinatura clínica

Propor checklist do médico responsável: episódio correto, motivo de internação, diagnóstico principal coerente, secundários relevantes, presença na admissão/estado de resolução, evolução, complicações, limitações e problemas pendentes. O sistema deve registrar quem validou e quando, sem permitir que setor administrativo reescreva diagnóstico.

A assinatura e a identidade do responsável pela alta devem atender às exigências pertinentes de documentos médicos e interoperabilidade. Se algum campo obrigatório permanecer ausente, registrar motivo e fluxo de resolução, sem produzir sumário de alta artificialmente completo ou reter assistência urgente.

17.25 Matriz de controle de qualidade e rejeição de dados

A qualidade deve ser auditada em seis dimensões: completude dos campos, coerência semântica, precisão temporal, validade de terminologia, vinculação correta ao episódio e inteligibilidade do plano. Cada falha terá gravidade e decisão de bloqueio ou correção, definida em POP.

O bloqueio imediato é indicado para vínculo com paciente errado, diagnóstico que contradiz conduta de alto risco, documento sem validação ou vazamento de informação. Pequena diferença tipográfica pode exigir correção sem suspensão integral; a decisão deve ser proporcional ao risco.

Dimensão	Amostra de falha	Conduta esperada
Identidade / episódio	CID de outra internação no portal	Bloqueio de publicação e conciliação
Coerência	“Infecção descartada” com CID ativo de infecção	Revisão médica antes de emitir
Principalidade	CID definido pelo faturamento	Correção pelo médico
Situação na alta	Complicação ativa marcada como resolvida	Correção estruturada e do plano
Evolução insuficiente	“Boa evolução” sem orientações de risco	Completar síntese e revalidar
Dado sensível	Notificação expõe diagnóstico	Remover prévia e revisar privacidade

17.26 Indicadores clínicos e auditoria amostral

Os indicadores propostos incluem percentual de altas com diagnóstico principal validado, coerência CID–descrição, presença de problemas ativos classificados, sumários com evolução de alta suficiente, pendências com responsável definido e número de retificações clínicas por 1.000 altas.

A auditoria deve usar amostragem estratificada por linha clínica/cirúrgica, UTI e alta em fins de semana, incorporando análise de eventos adversos e devolutivas educativas. A qualidade documental não será reduzida a preenchimento binário de campos.

Indicador proposto	Cálculo	Periodicidade e uso
Principal validado	Sumários com principal conferido / sumários elegíveis	Semanal no piloto, mensal depois
Concordância CID–texto	Sumários concordantes / amostra auditada	Mensal por serviço
Evolução clínica adequada	Sumários que cumprem roteiro / amostra auditada	Mensal, análise qualitativa
Pendências com responsável	Casos pendentes atribuídos / altas com pendência	Semanal e escalonamento
Retificação diagnóstica	Retificações após publicação / 1.000 altas	Mensal; investigar gravidade

17.27 Casos simulados para homologação

Testar situações de suspeita não confirmada, diagnóstico principal alterado após exame, múltiplas comorbidades, complicação durante UTI, cirurgia com anatomopatológico pendente e registro indevido de diagnóstico familiar. O teste deve avaliar documento profissional, explicação ao paciente e exportação estruturada.

Exemplo de caso fictício: paciente internado por dor abdominal, com confirmação de colecistite, submetido a colecistectomia e com anatomopatológico pendente. O registro correto diferencia queixa de entrada, CID final, procedimento, resultado pendente, conduta e serviço responsável pelo seguimento.

17.28 Gestão de mudança, capacitação e interface com os próximos capítulos

Treinar médicos, codificação, enfermagem e equipe digital em campos do modelo oficial, distinção entre hipóteses e diagnósticos, linguagem de alta e necessidade de revisão dos resultados. Propor revisão interprofissional de casos de maior complexidade, preservando a responsabilidade médica de diagnóstico e autoria.

A entrada em operação dependerá de validação clínica da interface, testes de codificação, conciliação com procedimentos/medicamentos, trilha de auditoria e aprovação das instâncias previstas no Capítulo 15. Os Capítulos 18 a 20 detalharão os conteúdos complementares e a publicação do documento.

Checklist clínico de liberação — a ser incorporado ao POP

Controle	Critério de aceite	Quem valida
1. Contexto da internação	Motivo de admissão claro e cronologia coerente	Médico responsável
2. Diagnóstico principal	Confirmado após estudo e consistente com CID	Médico responsável
3. Secundários	Pertinentes e com presença na admissão/resolução	Médico responsável
4. Evolução	Síntese de intervenções, resposta e intercorrências	Médico responsável
5. Estado de alta	Condições, limitações, problemas ativos	Médico responsável / equipe
6. Continuidade	Pendências, responsáveis, sinais de alerta e retorno	Médico + equipe de transição
7. Publicação	Documento validado, autor e versão corretos	PEP/Portal sob controle de TI/Qualidade

SÍNTESE EXECUTIVA O documento de alta deve contar a história clínica necessária ao cuidado seguinte, e não apenas listar códigos. Hipóteses, diagnósticos confirmados, complicações e pendências serão explicitamente diferenciados para que a UBS ou UPA não herde informações equivocadas.

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27/08/2025, modelo oficial do Sumário de Alta. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[2] Cremesp. Texto integral da Portaria GM/MS nº 8.026/2025. https://cremesp.org.br/?data=27-08-2025&dif=a&ficha=1&id=22455&numero=8026&orgao=Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde%2FGabinete+do+Ministro&siteAcao=PesquisaLegislacao&situacao=VIGENTE&tipo=PORTARIA

[3] Ministério da Saúde. Legislação e modelos de informação da RNDS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[4] Brasil. Lei nº 13.787/2018: digitalização, guarda e manuseio de prontuários. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

[5] Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.324/2014, definição do diagnóstico principal/secundário incorporada em consolidação. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022_comp.html

[6] Organização Mundial da Saúde. International Classification of Diseases (CID/ICD). https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

[7] Ministério da Saúde. AGHU: manual do usuário, módulo Sumário de Alta. https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/aghu/modulos/prescricao-medica/manual-do-usuario/manual-usuario-sumario-de-alta-aghux.pdf/@@download/file

[8] Brasil. Lei nº 13.709/2018 (LGPD), princípios e dados de saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[9] Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolos. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente

[10] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390/2013: Política Nacional de Atenção Hospitalar. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[11] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, Portaria GM/MS nº 1.604/2023. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_23_10_2023.html

[12] Ministério da Saúde. Guias de interoperabilidade HL7 FHIR / RNDS. https://fhir.saude.gov.br/

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 18

MEDICAMENTOS, ALERGIAS E CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA NA ALTA

Modelo clínico-farmacêutico de transição terapêutica, prescrição validada, reações adversas e segurança pós-hospitalar

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 18
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — organização privada sem fins lucrativos
Implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto institucional em estruturação
Código e versão	PDSC-MAN-C18 | versão 0.1 | 02/11/2026
Estado	Minuta para aprovação; diretrizes propostas ainda dependentes de validação clínica, tecnológica, jurídica e contratual
Progresso do manual	Capítulos 01–17 aprovados; capítulos 18 e 19 em revisão independente
Validações necessárias	Direção Técnica/Clínica, médicos responsáveis pela alta, farmácia clínica, enfermagem, NSP, TI/PEP, Jurídico e DPO
Corte normativo	Fontes verificadas em 02/11/2026; atualização obrigatória antes do início operacional

Resumo executivo

O módulo de medicamentos e alergias constitui uma das camadas mais sensíveis do Passaporte Digital de Saúde Canaã: uma informação incompleta pode gerar duplicidade terapêutica, descontinuidade indevida, interações, eventos hemorrágicos, hipoglicemia ou reexposição a substâncias relacionadas a reações graves. A segurança depende de um **processo formal de conciliação**, não da simples cópia automática da prescrição hospitalar. O processo deve ser executado na admissão, transferências assistenciais relevantes e alta, com priorização proporcional ao risco e registro de divergências justificadas [1–5].

O portal deverá distinguir três contextos temporais — uso anterior à internação, medicamentos administrados durante a permanência e tratamento prescrito após a alta — preservando proveniência, datas, prescritor, status e alterações. No ambiente voltado ao paciente, a lista prioritária é a terapêutica domiciliar vigente, acompanhada de orientações claras e de um quadro do que foi iniciado, mantido, alterado ou interrompido. O histórico hospitalar permanece acessível em seção informativa, sem ser confundido com prescrição ativa [2,3,6].

REGRA CLÍNICA NÃO NEGOCIÁVEL Medicamento utilizado apenas em ambiente hospitalar NÃO pode ser apresentado como prescrição domiciliar. A lista pós-alta exige revisão médica e conciliação com a equipe farmacêutica conforme protocolo; resultados inconclusivos ou alergias não verificadas devem ser explicitados.

Objetivos específicos e critérios de êxito

- Prevenir discrepâncias não intencionais de medicação na passagem do Hospital Canaã para domicílio, UBS, ambulatório ou UPA.
- Disponibilizar prescrição pós-alta completa e inteligível, com substância, apresentação, dose, via, horário, duração, indicação e responsável.
- Registrar alergias, reações adversas, intolerâncias e estado de investigação sem transformar ausência de registro em ausência de alergia.
- Apoiar a continuidade de terapias de alto risco mediante instruções, monitoramento e comunicação clínica priorizada.
- Produzir evidência auditável de conciliação, orientação, entrega e eventuais correções posteriores.

18.1 Escopo e interfaces com os demais capítulos

Este capítulo especifica o componente farmacoterapêutico do Passaporte e complementa os capítulos sobre alta responsável, segurança do paciente, sumário de alta, LGPD e identificação. Não substitui protocolos farmacoterapêuticos de especialidade, validação da prescrição, diretrizes de antibioticoterapia, gestão da farmácia ou critérios de dispensação de medicamentos pelo SUS.

As decisões de medicamento, suspensão e retomada são clínicas e pertencem ao prescritor habilitado. A farmácia clínica participa da revisão, identifica potenciais interações e discrepâncias e comunica achados ao médico responsável. O sistema registra tanto a proposta quanto a decisão final, sem delegar competência prescritiva a algoritmos.

18.2 Base técnico-normativa e hierarquia das regras

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, a RDC Anvisa nº 36/2013 e o Protocolo Nacional de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos sustentam o dever de estruturar práticas seguras e a comunicação em transições [1–3]. A OMS recomenda processos organizados de segurança medicamentosa em transferências, polifarmácia e situações de alto risco [4,5].

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 remete a informação sobre prescrição à Portaria GM/MS nº 6.100/2024, que institui modelos de informação para prescrição e dispensação na RNDS. O uso local dessas estruturas deve respeitar os guias vigentes, o credenciamento e a homologação; **não há integração automaticamente estabelecida** [6,7].

18.3 Definições operacionais e terminologia

Conciliação medicamentosa: comparação sistemática das melhores informações disponíveis sobre os medicamentos efetivamente usados antes da transição com as

prescrições novas, para identificar e resolver discrepâncias. Discrepância intencional é alteração deliberada e documentada; discrepância não intencional é diferença sem justificativa clínica conhecida, pendente de correção.

Alergia suspeita, reação adversa, intolerância, contraindicação e efeito esperado não são equivalentes. O registro deve diferenciar substância, manifestação, gravidade, temporalidade, certeza da informação e conduta necessária; usar o termo “sem alergias conhecidas” apenas quando houver investigação documentada.

18.4 Três listas com significado clínico distinto

A lista prévia contém uso habitual relatado, comprovado ou inferido de múltiplas fontes; seu objetivo é comparação, não autorização para manter tudo após a internação. A lista da internação identifica medicações administradas, inclusive infusões, doses únicas, anestesia, profilaxia e tratamentos terminados. A lista de alta representa o plano vigente para o paciente em ambiente externo.

A interface deverá impedir ambiguidade: “USADO NO HOSPITAL” é sempre visualmente separado de “TOMAR APÓS A ALTA”. Itens suspensos aparecem com destaque “NÃO RETOMAR SEM ORIENTAÇÃO”, quando pertinente, acompanhado de justificativa clínica e data da decisão.

18.5 Fontes da melhor história medicamentosa possível

Na admissão, utilizar entrevista com paciente e cuidador, embalagens, receitas, documentos trazidos, registros prévios acessíveis e informações da UBS ou farmácia, conforme a disponibilidade real. Registrar fonte e grau de confiabilidade; dados divergentes não devem ser mesclados silenciosamente. O documento de alta precisa destacar pendências de reconciliação que possam afetar a segurança.

Para pacientes críticos, sedados, com alteração cognitiva ou sem contato familiar, documentar expressamente a impossibilidade e reavaliar tão logo exista fonte confiável. A ausência de informação não pode ser preenchida por suposições do algoritmo ou por extrapolação de tratamentos comuns da doença.

18.6 Conciliação na admissão, transferências e alta

Recomenda-se etapa na admissão, nova revisão em mudanças de unidade com impacto terapêutico (PS, UTI, enfermaria, centro cirúrgico) e conferência definitiva na alta. A etapa de alta verifica medicamentos habituais mantidos, novos prescritos, alterações de dose, duração prevista, suspensões temporárias e reinício programado.

Em altas cirúrgicas, o cirurgião titular confirma condutas específicas ao procedimento; o hospitalista acompanha intercorrências clínicas e o farmacêutico revisa a coerência

farmacoterapêutica. O intensivista participa no contexto da terapia crítica. A aprovação final do tratamento domiciliar cabe ao prescritor responsável pela alta.

18.7 Identificação e classificação de discrepâncias

A equipe deverá classificar omissão, duplicidade, troca de substância, dose ou via divergente, erro de frequência, medicamento sem indicação, falta de duração, interação relevante, manutenção indevida de fármaco hospitalar e suspensão não comunicada. Toda discrepância deve ter status: identificada, comunicada, resolvida, justificada ou escalonada.

A gravidade clínica define a priorização. O sistema não deve concluir automaticamente que duas marcas representam dois medicamentos diferentes nem que nomes parecidos são equivalentes. Regras de substituição terapêutica exigem validação institucional e profissional.

18.8 Alergias e reações adversas: modelo de dados

Registrar agente suspeito, classe terapêutica, reação observada, gravidade (inclusive anafilaxia quando documentada), data aproximada, fonte do relato, tratamento e grau de confirmação. Usar codificação padronizada quando compatível com os catálogos requeridos pelos modelos nacionais. A distinção entre alergia imunológica, intolerância e evento de mecanismo desconhecido deve aparecer de forma clínica e compreensível [6].

A situação “não investigado” ou “informação desconhecida” não equivale a “nenhuma alergia conhecida”. Medicamentos suspeitos não devem ser removidos do alerta apenas porque não foram administrados durante a internação. Mudanças de status precisam de autoria, data e justificativa.

18.9 Medicamentos potencialmente perigosos e de alto alerta

A instituição deverá criar lista própria, alinhada à literatura e à padronização assistencial, priorizando anticoagulantes, insulinas, opioides, sedativos, agentes antiepilépticos específicos e outros fármacos segundo perfil de risco local. Não basta sinalização gráfica: a alta requer avaliação de dose, indicação, função renal ou hepática quando relevante, interações e plano de vigilância [4,5].

Para anticoagulantes, explicitar indicação, posologia, duração, risco hemorrágico, necessidade de monitoramento quando aplicável e serviço de referência. Para insulinas, registrar tipo, esquema, técnica de aplicação, prevenção de hipoglicemia e conduta diante de sinais de alerta, conforme avaliação individual.

18.10 Antimicrobianos e continuidade terapêutica

O Passaporte deve indicar antimicrobiano, início, duração total prevista, tempo já completado no hospital, dias restantes, motivo e necessidade de revisão clínica. A prescrição “por sete dias” sem data de início pode gerar contagem incorreta quando parte do tratamento ocorreu durante a internação.

Resultados microbiológicos disponíveis após a alta podem exigir reavaliação do antimicrobiano. Nesses casos deve existir profissional designado para acompanhar o resultado, contatar o paciente/serviço de destino e documentar eventual ajuste; um alerta de portal não substitui comunicação clínica de resultado relevante.

18.11 Sedação, analgesia, tromboprofilaxia e medicamentos perioperatórios

Anestésicos, bloqueadores neuromusculares, vasopressores e fármacos de uso intensivo, em regra, integram o histórico hospitalar, não a lista domiciliar. Analgésicos, antieméticos e outros medicamentos prescritos na alta devem apresentar dose, intervalo, duração e limite seguro estabelecido pelo médico.

A tromboprofilaxia exige decisão explícita: encerrada no hospital, mantida após a alta ou substituída por outro esquema, com instruções correspondentes. No paciente submetido a cirurgia, essa decisão deve ser compatibilizada entre cirurgião e equipe clínica, segundo o risco individual.

18.12 Doença renal, insuficiência hepática e fragilidade

Em pacientes com doença renal, alterações metabólicas, fragilidade ou história de reações graves, a revisão deverá verificar necessidade de ajuste de dose, função renal recente quando disponível, monitoramento e interação com doenças de base. A plataforma pode alertar para inconsistências, mas não deve transformar estimativas automáticas em recomendação prescritiva final.

A alta de paciente pós-UTI, com múltiplas alterações terapêuticas, demanda atenção especial a sedativos crônicos, corticosteroides, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos e medicamentos temporariamente suspensos. Ao médico da UBS é essencial compreender o motivo e o plano de reavaliação.

18.13 Prescrição de alta: conteúdo mínimo operacional

Cada item ativo deverá conter denominação inequívoca, forma e concentração, dose por tomada, via, frequência, momento de início, duração ou critério de término, quantidade quando pertinente, instruções, data da prescrição e identificação profissional. Para esquemas variáveis, incluir tabela clara, evitando abreviações ambíguas.

O documento de prescrição deve preservar sua assinatura e validade própria. O resumo do Passaporte é uma camada de apresentação, não substituto da receita formal quando esta for necessária para aquisição, dispensação ou seguimento legal [7,8].

18.14 Quadro explícito do que mudou durante a internação

Ao lado da lista atual, o Passaporte deverá apresentar um resumo de mudanças com colunas “antes”, “agora” e “motivo”: iniciado, mantido, dose alterada, interrompido ou suspenso temporariamente. A indicação de retomada futura depende de data, condição de segurança e profissional responsável.

A explicação deve ser compreensível ao paciente sem eliminar a linguagem técnica necessária ao profissional de saúde. Exemplo: “suspenso temporariamente por piora da função renal; reavaliar após exames solicitados pela equipe”. Jamais usar uma razão fictícia para completar campo vazio.

18.15 Educação em saúde, teach-back e letramento

A equipe de enfermagem e farmácia deverá orientar o paciente e verificar compreensão com demonstração ou repetição das principais instruções em linguagem própria. Sempre que possível, incluir cuidador autorizado, considerando barreiras auditivas, visuais, cognitivas e de alfabetização em saúde.

A entrega digital será acompanhada de alternativa física e de estratégia de acesso assistido, conforme capítulos anteriores. Mensagens educativas sobre hipertensão, cirurgia e diabetes serão anexos revisados, não substitutos da prescrição individual.

18.16 Continuidade na UBS, ambulatório e novo atendimento de UPA

Na contrarreferência, destacar medicamentos atuais, alterações importantes, terapias que requerem monitoramento e alergias de alto risco. Na UPA, o médico deverá distinguir uma prescrição de alta válida à época de medicações atuais informadas posteriormente; o histórico não deve ser tratado como lista automaticamente atualizada.

O portal oferecerá data de referência e mecanismos de retificação: a unidade de destino poderá visualizar a versão histórica e a mais recente, conforme acesso autorizado e integração formalmente habilitada.

18.17 Resultados e eventos que desencadeiam revisão pós-alta

Hemoculturas, exames de função renal, eletrólitos ou resultados de outros testes pendentes podem alterar indicação ou dose de medicamentos. A equipe deverá cadastrar

pendência, responsável pela revisão, prazo clínico e forma de contato. O prontuário é a fonte oficial da decisão; o Passaporte registra versão atualizada com rastreabilidade.

Quando um evento adverso for identificado após a saída, a resposta deverá seguir o fluxo do Núcleo de Segurança do Paciente e da Direção Técnica. Correções que alterem terapêutica exigem comunicação ativa; publicar uma nova versão em silêncio não é medida suficiente de segurança.

18.18 Arquitetura: dados estruturados, prescrição e auditoria

O módulo deverá integrar dados do PEP, prescrição eletrônica, farmácia clínica e registros de administração sem assumir que sistemas distintos possuem campos equivalentes. Cada medicamento deve ter identificador estável, status, origem, datas de validade e motivo de modificação. O conceito de “prescrito”, “administrado”, “dispensado” e “relatado” não pode ser confundido.

Adotar dicionário e mapeamento terminológico compatível com o modelo nacional (incluindo Ontologia Brasileira de Medicamentos quando aplicável), com regras de qualidade e versionamento. Intercâmbio RNDS só poderá ser declarado operacional após credenciamento e homologação [7,9].

18.19 Segurança da informação e acesso autorizado

Dados farmacoterapêuticos e alergias são sensíveis. O acesso deve ter autenticação, perfis, registro de consulta, proteção contra download por terceiros e processo formal para representantes. QR code público não pode entregar uma lista completa de medicamentos sem autorização e autenticação.

O chat ou WhatsApp institucional deverá receber dúvidas, mas não autorizar mudanças de prescrição sem avaliação e documentação por profissional habilitado. Pedidos de emergência terão direcionamento imediato aos serviços assistenciais, com mensagem clara de que o canal não é pronto-socorro [10].

18.20 Responsabilidades e escalonamento

O médico responsável pela alta aprova o tratamento vigente e o plano de monitoramento; o farmacêutico clínico executa revisão conforme recursos e critérios de risco; a enfermagem verifica entrega e compreensão; TI garante fidelidade e disponibilidade do dado; NSP analisa incidentes; Serviço Social orienta barreiras de acesso e articulação de serviços.

Conflito de prescrição com potencial de dano impede publicação como “lista ativa”; deve gerar tarefa e escalonamento ao médico antes de concluir a alta documental. Em casos de

transição assistencial urgente, aplicar procedimento de contingência com documentos assinados e comunicação direta.

18.21 Fluxo de trabalho padronizado e pontos de bloqueio

Proposta: reunir história medicamentosa, reconciliar com prescrição hospitalar, verificar alergias, classificar discrepâncias, obter decisão médica, validar receita de alta, revisar campos obrigatórios, orientar paciente e disponibilizar no portal. O sistema preservará hora, origem e responsáveis em cada transição.

Bloqueios críticos: identidade incerta, ausência de prescritor, dose/medicamento incompatíveis, alergia grave conflitante sem decisão, divergência ativa de anticoagulante/insulina sem resolução, documento não assinado. Bloqueio do Passaporte não autoriza reter clinicamente o paciente; deve existir contingência segura e rastreável.

18.22 Casos práticos de risco elevado

Caso A — paciente internado por fibrilação atrial usa anticoagulante oral: documento deve distinguir anticoagulação realizada no hospital, esquema de alta, ajustes, exames de seguimento e orientação de sangramento. Caso B — paciente diabético após UTI: apresentar esquema de insulina vigente, alteração dos antidiabéticos e sinais de hipoglicemia.

Caso C — pós-colecistectomia: antibiótico profilático suspenso não pode ser incorporado à lista domiciliar; analgésicos e eventual profilaxia mantida devem estar explícitos. Caso D — relato de “alergia a penicilina”: documentar reação e grau de certeza; sem reclassificar ou excluir alerta automaticamente.

18.23 Indicadores, denominadores e limites de interpretação

Cada indicador terá ficha técnica com população elegível, regra de extração, exceções, data de corte, responsável e validação de qualidade. A simples taxa de acesso ao portal não mede a qualidade da conciliação. Metas numéricas serão definidas após estudo de linha de base, nunca apresentadas como desempenho já alcançado.

A avaliação incluirá auditoria de amostras estratificadas por risco e análise de incidentes com foco em melhoria de processo, preservando cultura justa e confidencialidade.

18.24 Implantação em fases e critérios de homologação

Fase 1: formulário padronizado no PEP e receita assinada; fase 2: integração de farmácia clínica e comparador de listas; fase 3: alerta de discrepâncias e educação personalizada; fase 4: intercâmbio externo pactuado e monitoramento longitudinal. Cada etapa exige treinamento e testes com dados fictícios.

Antes de liberar para pacientes reais, testar homônimos, alergia desconhecida, medicamento descontinuado, prescrição corrigida, múltiplos episódios, falha de interface, ausência de internet e acesso de representante revogado. Reprovação em cenário crítico impede lançamento.

Matriz 18-A — Campos do módulo farmacoterapêutico

Elemento	Campos obrigatórios propostos	Regra de validação
História prévia	Fármaco, apresentação, dose, frequência, uso efetivo, fonte, data	Não transformar relato histórico em prescrição de alta
Uso intra-hospitalar	Item, via, período, contexto, status de administração	Rotular claramente como histórico hospitalar
Medicamentos da alta	Fármaco, concentração, dose, via, duração, data, prescritor	Prescrição ativa validada e assinada
Alterações	Início, manutenção, modificação, suspensão, motivo	Toda diferença relevante tem responsável e justificativa
Alergias	Agente, reação, gravidade, certeza, fonte, data	Desconhecido ≠ ausência de alergia
Pendências	Exame/conduta, responsável, prazo, serviço de destino	Alerta sozinho não equivale a acompanhamento

Matriz 18-B — Responsáveis e evidências de execução

Momento	Responsável assistencial	Evidência para auditoria
Admissão	Enfermagem + médico; farmácia conforme seleção de risco	História med. registrada, fontes, data
Mudança de setor	Equipe de origem/destino e médico responsável	Comparação e divergências documentadas
Preparação da alta	Médico responsável, com suporte de farmácia clínica	Lista final assinada e discrepâncias resolvidas
Entrega e educação	Enfermagem/farmácia e paciente/cuidador	Registros de orientação e compreensão
Revisão pós-alta	Médico definido e canal assistencial pactuado	Versão corrigida, comunicação e encerramento

Matriz 18-C — Classificação de risco e resposta

Falha potencial	Risco assistencial	Conduta de barreira
Anticoagulante duplicado	Hemorragia importante	Revisão e decisão médica antes da publicação

Falha potencial	Risco assistencial	Conduta de barreira
Insulina com unidade omitida	Hipoglicemia/hiperglicemia	Prescrição clara; dupla conferência conforme protocolo
Alergia grave sem status	Reexposição a agente de risco	Alerta ativo e reconfirmação clínica
Antibiótico sem data final	Exposição inadequada ou interrupção precoce	Registrar duração total e data prevista
Intra-hospitalar exibido como domiciliar	Administração indevida	Separação técnica de status e rótulos
Resultado pendente sem responsável	Não ajuste de tratamento necessário	Fila de pendências, escalonamento e comunicação

Ficha de indicadores — propostas para o piloto

Indicador	Fórmula de apuração	Periodicidade / análise
Conciliação documentada na alta	Altas elegíveis com conciliação concluída / total de altas elegíveis × 100	Mensal; estratificar por UTI, cirurgia e clínica
Discrepâncias não intencionais por alta	Nº discrepâncias detectadas / nº altas auditadas	Semanal no piloto; analisar severidade
Alerta de alergia completo	Registros de alergia com agente e reação caracterizados / registros de alergia × 100	Mensal; “desconhecido” é categoria distinta
Prescrições com dados essenciais	Receitas completas / receitas auditadas × 100	Mensal; inclusão de duração quando aplicável
Pendências farmacoterapêuticas resolvidas	Pendências concluídas no prazo clínico / pendências acompanhadas × 100	Semanal; prazo definido por risco
Compreensão pós-orientação	Pacientes amostrados com teach-back adequado / avaliados × 100	Amostragem; sem penalizar vulnerabilidade

Roteiro de validação — testes de aceitação

- T18-01: paciente com dois episódios e esquemas diferentes só enxerga a prescrição correta do episódio selecionado.
- T18-02: heparina profilática encerrada na alta aparece como uso hospitalar, não na lista domiciliar.
- T18-03: a prescrição de anticoagulante duplicado produz bloqueio/alerta clínico e requer resolução rastreável.
- T18-04: “alergias não investigadas” jamais é exibido como “sem alergias”.
- T18-05: após correção assinada, a versão anterior permanece auditável e o paciente recebe comunicação apropriada.
- T18-06: cuidador com autorização revogada perde acesso a medicamentos e alergias.

- T18-07: receita impressa de contingência preserva autoria e instruções de duração/retorno.
- T18-08: informação de resultado pós-alta com impacto terapêutico gera tarefa com responsável clínico.

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Ministério da Saúde/Anvisa. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (2013; publicação institucional vigente). https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

[2] Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações para segurança do paciente em serviços de saúde. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[3] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529/2013 — PNSP. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/portarias

[4] OMS. Medication Safety in Transitions of Care (2019). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9

[5] OMS. Medication Safety in High-Risk Situations (2019). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.10

[6] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[7] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.100/2024 — REPM e REDFM. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6100_18_12_2024.html

[8] CFM. Resolução nº 2.381/2024 — emissão de documentos médicos. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381

[9] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.093/2024 — Ontologia Brasileira de Medicamentos. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf/legislacao

[10] Brasil. Lei nº 13.709/2018 — LGPD. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[11] OMS. Medication Safety in Polypharmacy (2019). https://www.who.int/publications-detail-redirect/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report

[12] Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS (FHIR R4). https://fhir.saude.gov.br/

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____

Instância / responsável	Manifestação e data
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 19

PROCEDIMENTOS, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS, ANATOMOPATOLÓGICOS E DE IMAGEM

Rastreabilidade de intervenções e resultados, documentos diagnósticos, comunicação de achados e pendências pós-alta

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Documento	Manual Institucional do Passaporte Digital de Saúde Canaã — Capítulo 19
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — organização privada sem fins lucrativos
Implantação inicial	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto institucional em estruturação
Código e versão	PDSC-MAN-C19 | versão 0.1 | 02/11/2026
Estado	Minuta para aprovação; diretrizes propostas ainda dependentes de validação clínica, tecnológica, jurídica e contratual
Progresso do manual	Capítulos 01–17 aprovados; capítulos 18 e 19 em revisão independente
Validações necessárias	Direção Técnica, chefias de Centro Cirúrgico, Diagnóstico por Imagem, Laboratório, Patologia, cirurgiões titulares, Qualidade/NSP, TI e DPO
Corte normativo	Fontes verificadas em 02/11/2026; atualização obrigatória antes do início operacional

Resumo executivo

O Passaporte Digital de Saúde Canaã deve permitir que, ao retornar a uma UBS, ambulatório ou UPA, o paciente apresente **o que foi feito, por qual motivo, quando, com qual resultado e quais providências continuam necessárias**. A simples digitalização de laudos sem vínculo ao episódio, sem controle de versão ou sem gestão dos exames pendentes não atende essa finalidade. O módulo estrutura procedimentos, cirurgias e exames em contexto assistencial verificável, preservando o prontuário e os sistemas originais como fontes oficiais [1–6].

O escopo engloba centro cirúrgico de seis salas planejadas e RPA de seis leitos, atendimentos clínicos/cirúrgicos, exames laboratoriais terceirizados ou próprios, anatomopatologia, TC de 128 canais, RX, ultrassom, ecocardiografia e endoscopia/colonoscopia conforme disponibilidade de implantação. A ressonância é intenção de planejamento e não pode ser apresentada como serviço operacional sem implantação documentada.

REGRA CRÍTICA Resultado disponível NÃO significa resultado clinicamente revisado, comunicado ou resolvido. Todo exame relevante pendente após a alta deverá ter um responsável identificável, um prazo clínico e um fluxo de comunicação, inclusive quando o exame for executado por prestador terceirizado.

Objetivos específicos e entregáveis esperados

- Apresentar registro sintético e fiel dos procedimentos e cirurgias, com autoria, datas, indicação e intercorrências relevantes.
- Oferecer laudos laboratoriais, anatomopatológicos e de imagem com identificação, data, método, status, versões e acesso seguro aos arquivos.
- Separar solicitações, exames realizados, laudos preliminares, laudos finais e retificações; evitar interpretações enganosas.
- Acompanhar resultados pendentes e achados críticos com comunicação clínica de circuito fechado, escalonamento e confirmação.
- Permitir consulta por paciente e profissionais autorizados, com controle de identidade, confidencialidade e interoperabilidade progressiva.

19.1 Delimitação assistencial do módulo

Este capítulo regulamenta a representação, no Passaporte, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no Hospital Canaã, incluindo cirurgias, intervenções invasivas, laudos e imagens, sem se confundir com prontuário completo, faturamento, regulação, checklist cirúrgico integral ou repositório original de imagens.

A apresentação ao paciente será simplificada, enquanto a camada técnica manterá metadados e documentos originais necessários ao profissional de destino. O direito de acesso deve ser assegurado nos termos aplicáveis, com cautela na comunicação de resultados sensíveis e sem retenções arbitrárias.

19.2 Normas pertinentes e distinção das obrigações

A RDC 36/2013 estabelece ações de segurança do paciente, comunicação e cirurgia segura; o protocolo nacional define listas de verificação perioperatória. A Portaria GM/MS 8.026/2025 especifica informações sobre procedimentos no Sumário de Alta, enquanto a Portaria GM/MS 8.276/2025 define o modelo REL para a RNDS. A RDC 978/2025, alterada pelas RDCs 986/2025 e 1.043/2026, disciplina serviços que executam atividades relacionadas a Exames de Análises Clínicas; a RDC 611/2022 aborda os serviços de radiologia diagnóstica e intervencionista [1–7].

A Resolução CFM 2.381/2024 regulamenta documentos médicos e distingue laudo, solicitação de exames e sumário de alta. A adoção de formatos e integração depende da natureza do documento, da habilitação profissional e dos guias computacionais pertinentes; não é correto presumir que toda imagem radiológica já tenha modelo nacional idêntico ao REL [8,9].

19.3 Unidade de informação: pessoa, episódio, ato e documento

Cada ato registrado deverá vincular pessoa, internação/episódio, estabelecimento, profissional ou equipe, data/hora, finalidade clínica, código e estado de execução. Em procedimentos seriados, o mesmo paciente pode ter atos independentes, com novos laudos, amostras e imagens associados.

A origem deve estar explícita: centro cirúrgico, setor diagnóstico, laboratório de apoio ou prestador externo. O portal não pode juntar documentos apenas pelo nome do paciente ou gerar a impressão de que exame de outra data foi realizado no episódio selecionado.

19.4 Catálogo institucional de procedimentos e codificação

Utilizar dicionário de procedimentos com nomenclatura em linguagem profissional e tradução para o paciente; codificação SIGTAP ou outra terminologia aplicável deverá ser empregada quando pertinente ao fluxo oficial, distinguindo codificação assistencial de codificação administrativa/faturamento.

O registro deve separar “solicitado”, “agendado”, “realizado”, “cancelado” e “concluído com laudo”. Uma cirurgia cancelada não pode aparecer como realizada, e um procedimento previsto no plano terapêutico não se confunde com tratamento concluído.

19.5 Resumo cirúrgico útil à continuidade do cuidado

Para cada cirurgia, registrar data, diagnóstico/indicação, procedimento efetivamente executado, lateralidade/local, equipe responsável, anestesia conforme relevância assistencial, materiais ou dispositivos relevantes, achados, intercorrências, complicações, limitações e cuidados pós-operatórios. As informações devem derivar de registros assinados e não ser inferidas de agenda cirúrgica.

Em pacientes submetidos a mais de um procedimento, cada ato tem identificador e resumo próprio, reunidos em uma linha do tempo. O cirurgião titular permanece responsável pela evolução cirúrgica e pela alta, com suporte do hospitalista e do intensivista quando aplicável, conforme modelo do Hospital Canaã.

19.6 Checklist de cirurgia segura e eventos perioperatórios

O prontuário preserva a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, incluindo os momentos antes da indução, antes da incisão e antes da saída da sala, conforme protocolo nacional. O Passaporte pode apresentar a realização do ato e as intercorrências relevantes, mas não deve publicar indiscriminadamente documentação interna de trabalho sem critério assistencial [2].

Qualquer divergência entre cirurgia agendada, relatório operatório, registro anestésico e alta é não conformidade a resolver antes da publicação da descrição definitiva. Casos com intercorrências exigem registro objetivo e orientações específicas de vigilância.

19.7 Órteses, próteses, materiais especiais e implantes

Quando houver OPME ou dispositivo implantado, incluir identificação clínica do implante, localização, fabricante/modelo, lote ou número de série quando aplicável, data do procedimento, responsável e recomendações para avaliação ou exames futuros. O conjunto exato de dados deve respeitar a disponibilidade e a relevância clínica, sem expor números logísticos desnecessários.

A existência do Registro Nacional de Implantes da Anvisa para categorias específicas não significa que todos os implantes do hospital pertençam àquele programa. O Passaporte deve facilitar rastreabilidade e orientações ao paciente, inclusive a necessidade de apresentar informações sobre implantes em exames de imagem futuros [10].

19.8 Procedimentos não cirúrgicos, terapêuticos e invasivos

Incluir, conforme aplicável, endoscopia e colonoscopia diagnósticas ou terapêuticas, broncoscopia, procedimentos vasculares, punções, drenagens, instalação de acessos, hemodiálise e outros atos de interesse para seguimento. Procedimento realizado durante urgência deve informar resultado clínico essencial e próximos cuidados necessários.

A distinção entre exame e terapia não é estanque: uma endoscopia pode ter biópsia ou hemostasia, e a colonoscopia pode produzir material para anatomopatologia. O Passaporte deve criar vínculo entre procedimento, amostra coletada, laudo final e pendência correspondente.

19.9 Exames laboratoriais: fluxo completo de informação

A cadeia de dados deverá considerar solicitação, preparo, coleta, identificação da amostra, transporte, execução, liberação por profissional competente, revisão clínica e disponibilização segura. O resultado não deverá perder unidade, intervalos de referência, método, limitações e identificação de origem ao ser apresentado em formato simplificado.

Para resultados numéricos, o portal preservará valor, unidade, data, faixa de referência e eventual alerta interpretativo do laudo original; os intervalos podem variar conforme método, idade e sexo quando clinicamente pertinente. Não é seguro exibir somente número destacado sem contexto [3,4].

19.10 Modelo de Informação do Resultado de Exame Laboratorial — REL

A Portaria 8.276/2025 prevê identificadores do paciente, estabelecimentos, responsáveis técnicos, coleta, teste, material, método quando aplicável, resultado, interpretação, valores de referência, limitações e emissão. O guia de implementação RNDS define perfis FHIR R4 e especificações de intercâmbio, que devem ser aplicadas segundo versão oficialmente adotada [4,11].

Na arquitetura do Canaã, um dicionário técnico deve relacionar identificador local do exame aos códigos e terminologias pertinentes, inclusive LOINC quando aplicável. O alinhamento ao REL não autoriza afirmar que o Hospital Canaã já transmite exames à RNDS; credenciamento e conformidade operacional precisarão ser demonstrados.

19.11 Laboratório de apoio e rastreabilidade de terceirizados

Em exames executados externamente, o sistema deverá preservar a cadeia de prestadores: estabelecimento coletor/receptor, executor, profissional que liberou, datas e identificadores de origem. O contrato precisa prever disponibilidade de laudos, integrações, integridade de arquivos, canal para resultados críticos e procedimentos para correção/retificação.

O hospital continua responsável pelo processo assistencial que depende daquele resultado, mesmo quando a etapa analítica é terceirizada. Falha de retorno de exame deve ser gerida como pendência com responsável, e não tratada como ausência definitiva de resultado.

19.12 Resultados críticos e comunicação de circuito fechado

O laboratório e a equipe clínica pactuarão lista de resultados críticos com níveis de prioridade definidos segundo especialidade e perfil assistencial. Na ocorrência, deverá haver comunicação ativa ao profissional assistencial, confirmação de recebimento, providência documentada e escalonamento se não houver resposta em tempo compatível com o risco.

“Enviado para o portal”, “notificação visualizada” e “médico tomou ciência e conduziu” são estados diferentes. A comunicação de resultado crítico não deve depender exclusivamente de push, SMS, e-mail ou WhatsApp. Exames relevantes surgidos após a alta exigem atuação clínica registrada.

19.13 Anatomopatologia e citopatologia: ciclo pós-alta

A coleta de biópsia no centro cirúrgico ou na endoscopia gera uma cadeia própria: identidade da amostra, local anatômico, procedimento de origem, laboratório, pedido,

data de coleta, etapa de processamento, laudo e responsável médico. O setor de origem deve vincular a amostra ao paciente e ao episódio com conferência documental.

Resultado anatomopatológico liberado após a alta não encerra a responsabilidade por si só: a equipe deverá definir médico que revisará, interpretará no contexto clínico, comunicará o achado quando necessário e articulará conduta e encaminhamento. Resultados malignos ou fortemente suspeitos demandam protocolo prioritário e comunicação protegida; o portal não deve ser único mecanismo de comunicação [5,12].

19.14 Laudos preliminares, finais, adendos e retificações

Cada documento deverá ter status inequívoco: pendente, preliminar, final validado, corrigido, cancelado ou substituído. Versões anteriores permanecerão auditáveis; a interface do paciente exibirá prioritariamente a versão válida, com histórico de retificação quando necessário e sem criar confusão entre documentos.

Se a retificação modificar a interpretação ou conduta, o fluxo exige revisão do profissional responsável e comunicação aos envolvidos. Uma alteração de laudo não pode desaparecer do histórico, tampouco ser apresentada como nova amostra sem vínculo com o exame originário.

19.15 Exames de imagem: laudo e estudo são objetos distintos

Tomografia, RX, ultrassom e outros exames de imagem poderão envolver relatório estruturado, imagens e anexos. O laudo é o documento interpretativo emitido e validado por profissional habilitado; o estudo de imagens é um conjunto técnico que pode incluir múltiplas séries e arquivos DICOM. O portal deverá permitir laudo em PDF e, quando disponível, visualizador seguro ou link temporário para PACS.

O acesso a DICOM não deve depender de download de centenas de arquivos sem orientação. Recomenda-se visualização no navegador com política de expiração de sessão, acesso autenticado, controle de privacidade e alternativa de exportação conforme política do serviço; um print não substitui estudo original quando necessário.

19.16 Integração com RIS, PACS e visualização DICOM

Quando houver sistemas RIS/PACS, a integração poderá utilizar identificadores de pedido e estudo, metadados DICOM e protocolos apropriados. DICOMweb pode ser avaliado tecnicamente para exibição de imagens, sem ser apresentado como componente já implantado. Critérios de desempenho devem avaliar tamanho dos estudos, disponibilidade, autenticação e reconciliação de identidade.

Imagens acessadas por link precisam estar vinculadas ao estudo e laudo corretos. É vedado exibir imagens clínicas abertas por URL pública sem controle de sessão. Links de

compartilhamento com profissionais externos dependem de base legal, autorização, políticas e rastreabilidade [7,9].

19.17 Achados incidentais e recomendações de seguimento

Exames podem identificar achados inesperados cuja relevância é variável. O relatório de alta precisa registrar os achados clinicamente relevantes conhecidos, a necessidade de investigação, o prazo e o responsável pelo encaminhamento. O portal não deverá transformar incidentaloma em diagnóstico definitivo nem automatizar recomendações sem revisão.

O médico solicitante e o responsável pela alta devem definir, na organização assistencial, quem acompanha o achado. Em novas liberações após a alta, o sistema abrirá tarefa e documentará retorno. O indicador adequado não é apenas quantos exames foram acessados, mas quantos achados relevantes tiveram seguimento resolvido.

19.18 Requisitos para publicação e interpretação pelo paciente

A política de publicação buscará assegurar acesso oportuno e adequado, evitando atrasos desnecessários. Para achados sensíveis, especialmente anatomopatologia e situações que demandem suporte clínico, deve-se estabelecer fluxo de comunicação médica prioritária e proteção à compreensão do paciente, sem criar bloqueio arbitrário de acesso a seus dados.

Cada item deverá indicar status, data da realização e da emissão, origem, profissional que validou e se necessita ação. A educação contextual explicará, em linguagem simples, que resultados isolados não substituem avaliação clínica, e oferecerá canal assistencial apropriado para dúvidas.

19.19 Exames solicitados e não realizados

Solicitar não equivale a executar; status de exame deverá discriminar solicitado, agendado, coletado, em processamento, realizado, laudo emitido, cancelado, recusado e inconclusivo. Uma ressonância programada fora do hospital ou um retorno de endoscopia não podem aparecer como exame já realizado no Hospital Canaã.

O plano de continuidade deve indicar o serviço destino e o fluxo regulatório correspondente, sem criar agendamento fictício na rede SUS. Cabe ao médico responsável avaliar se há urgência em realizar exame pendente após a alta.

19.20 Segurança de identidade e gestão de documentos cruzados

Erros de homonímia, reclassificação de pedido, troca de etiquetas e reanexação indevida de PDF podem afetar diretamente o paciente. A integração de laudos exige confronto

automatizado e/ou humano de múltiplos identificadores, evento, data e origem, com quarentena de documentos em conflito.

O sistema deverá bloquear publicação de arquivo sem correspondência segura, acionar serviço de origem, exigir validação e registrar correção. Não aceitar somente coincidência de nome nem realizar fusão silenciosa de prontuários [13].

19.21 Preservação, integridade e prova de autoria

Documentos devem manter identificação de profissional/estabelecimento, assinaturas aplicáveis e evidência de integridade. Arquivos em repositório clínico ou no portal requerem versionamento, trilha de acesso, política de retenção e cópia de segurança. O contrato com fornecedores precisa estabelecer retorno de dados em formato utilizável, planos de migração e recuperação.

O Passaporte não deve substituir as fontes oficiais, seus períodos de guarda ou a responsabilidade de autoria. A apresentação sintética pode incluir linguagem acessível, desde que o arquivo original permaneça disponível ao usuário legitimado, quando pertinente e permitido.

19.22 Interoperabilidade: modelo clínico versus infraestrutura

O guia da RNDS apresenta modelos específicos; o REL possui guia de implementação FHIR R4 e o Sumário de Alta tem seu próprio modelo. O Canaã deverá manter camadas separadas para dados estruturados, repositório de documentos, visualizador e fluxos de comunicação. Essa arquitetura evita confundir disponibilidade de um PDF com interoperabilidade semântica ou troca federativa efetiva [4,11,14].

A adoção de CNES, CPF/CNS e terminologias depende de regras nacionais e verificação de qualidade. Integrações municipais ou nacionais só poderão ser anunciadas como operacionais após pactuação, habilitação técnica e homologação oficial.

19.23 Responsabilidade clínica por cada tipo de informação

O cirurgião titular responde pelo registro operatório e pela integração de achados e condutas no plano cirúrgico; o médico solicitante ou designado revisa os resultados; o laboratório ou radiologista responde pela emissão do respectivo laudo em sua competência. O hospitalista e intensivista compartilham informações pertinentes ao seguimento clínico sem substituição automática da titularidade cirúrgica.

O Núcleo de Segurança do Paciente investiga falhas, TI monitora integridade do tráfego, setor de exames assegura vinculação e entrega, e a coordenação do programa garante tarefas pós-alta com dono e prazo. Responsáveis externos exigem pactuação contratual e institucional.

19.24 Plano Individual de Continuidade Assistencial e contrarreferência

O Passaporte deve produzir seção “O que ainda precisa ser feito”: exame pendente, especialista ou serviço, prazo recomendado, condição de urgência, responsável pela análise e canal institucional seguro. Na contrarreferência ao território, registrar se a informação foi apenas disponibilizada, encaminhada, recebida ou efetivamente acolhida pelo serviço de destino.

A ausência de integração ou recebimento eletrônico não justifica negar documento ao paciente. Em contingência, entregar relatório autenticado e orientar claramente como levá-lo à UBS ou UPA; o hospital mantém fila de acompanhamento de pendências críticas.

19.25 Cenários operacionais de maior impacto

Caso A — colecistectomia com biópsia incidental: sumário cirúrgico emitido na alta, anatomopatológico pendente com cirurgião revisor, canal de comunicação e possível versão complementar. Caso B — UTI por sepse: cultura liberada após alta, revisão assistencial imediata e comunicação se alterar a terapêutica.

Caso C — TC com achado incidental clinicamente relevante: orientar seguimento e identificar responsável. Caso D — paciente retorna à UPA: documentação deve permitir acesso ao procedimento, laudo original, data e conduta, evitando confusão com exames de outro episódio.

19.26 Implantação, homologação e avaliação contínua

Fase inicial: catálogo e indexação manual auditável de laudos/relatórios assinados; fase seguinte: integração PEP-LIS-PACS, visualizador e fila de pendências; fase avançada: intercâmbio RNDS de modelos aplicáveis, mediante homologação, e canal pactuado com o município. Critérios mínimos: identidade correta, versão válida, autoria, proteção, rastreabilidade e plano de contingência.

Executar testes com resultados críticos, laudo retificado, exame inexistente, ligação errada de paciente, lote de anatomopatologia, quebra de integração e acesso de terceiros. Os indicadores iniciais devem ter linha de base real, auditoria clínica e metas deliberadas posteriormente.

Matriz 19-A — Componentes do registro de procedimentos

Objeto	Atributos mínimos propostos	Uso na continuidade
Cirurgia	Procedimento, indicação, data, responsável, local, eventos, implante, status	Entender técnica, complicações e cuidados específicos

Objeto	Atributos mínimos propostos	Uso na continuidade
Procedimento terapêutico	Ato, indicação, resultado, material coletado, autor, status	Orientar seguimento e intervenções futuras
Laboratório	Exame, amostra, método, valor/unidade, referência, emissão, assinatura	Interpretar resultado no tempo e no contexto
Anatomopatológico	Origem, sítio anatômico, amostra, serviço, laudo, status, revisão	Não perder resultado pós-alta
Imagem	Modalidade, data, laudo, estudo, acesso PACS, versão	Disponibilizar diagnóstico e dados DICOM
Pendência	Tipo, data prevista, dono, prazo, forma de contato, status	Monitorar ação necessária

Matriz 19-B — Ciclo de um exame pendente após a alta

Etapa	Controle obrigatório proposto	Evidência de execução
Registro	Vincular solicitação e amostra ao episódio correto	Identificador, data e serviço
Designação	Nomear médico ou equipe revisora	Atribuição registrada antes da alta
Liberação	Confirmar laudo final e estado	Assinatura/versão do laboratório
Revisão	Ler, contextualizar e decidir conduta	Registro médico com data/hora
Comunicação	Contato seguro quando clinicamente necessário	Tentativas, recebimento e orientação
Encaminhamento	Definir UBS, ambulatório, cirurgia ou urgência	Plano de seguimento e responsável
Encerramento	Confirmar ação ou escalonar	Status final auditável

Matriz 19-C — Falhas e barreiras de segurança

Risco	Dano possível	Barreira / resposta
Laudo de outro paciente	Conduta diagnóstica e terapêutica errada	Bloqueio da publicação e correção de vínculo
Imagem sem laudo ou com laudo diferente	Interpretação incompleta do estudo	Associação correta no RIS/PACS
Anatomopatológico liberado após a alta	Perda de diagnóstico e atraso de seguimento	Fila ativa com revisor e contato
Resultado crítico apenas no portal	Ausência de intervenção tempestiva	Comunicação assistencial de circuito fechado
Retificação não comunicada	Persistência de conduta incorreta	Alertar médico e paciente quando necessário

Risco	Dano possível	Barreira / resposta
Procedimento cancelado marcado como realizado	Histórico falso de cirurgia/exame	Estado de execução com fonte validada

Matriz 19-D — Responsabilidades por setor

Atividade	Responsável clínico principal	Área de suporte
Relatório operatório	Cirurgião executor/titular	Centro Cirúrgico; anestesia; enfermagem
Laudo diagnóstico	Profissional habilitado responsável	Radiologia, patologia ou laboratório
Revisão de resultado após alta	Médico solicitante ou designado	Coordenação da linha; qualidade
Controle das pendências	Equipe assistencial designada	Secretaria clínica e TI
Versões e acesso seguro	Gestor da informação/TI	DPO, Jurídico, prestador técnico
Incidente com dano/potencial	Liderança clínica + NSP	Direção Técnica; setores afetados

Indicadores com definição de numerador e denominador

Indicador	Cálculo proposto	Interpretação e auditoria
Exames finalizados acessíveis	Exames elegíveis publicados / exames finalizados elegíveis × 100	Estratificar imagem, lab e anatomopatologia
Pendências com responsável	Pendências pós-alta com dono definido / pendências identificadas × 100	Não depende de integração externa
Críticos comunicados	Resultados críticos com comunicação documentada / críticos identificados × 100	Verificar confirmação, não apenas envio
Ações concluídas no prazo	Pendências com ação concluída em prazo clínico / pendências com prazo definido × 100	Prazo definido por risco
Erros de vínculo documental	Arquivos com associação incorreta / arquivos auditados × 100	Evento de segurança, exige análise de causa
Laudos retificados com revisão	Retificações revisadas conforme critério / retificações relevantes × 100	Acompanhar comunicação de mudanças

Roteiro de testes de aceitação

- T19-01: um procedimento cancelado aparece como não realizado, ainda que conste na agenda do centro cirúrgico.

- T19-02: dois pacientes homônimos não compartilham resultados, imagens ou arquivos por similaridade de nome.
- T19-03: TC disponibiliza laudo assinado e estudo DICOM associado quando tecnicamente habilitado.
- T19-04: o relatório anatomopatológico pendente tem revisor nomeado e não desaparece após a alta.
- T19-05: resultado crítico tem recebimento registrado e conduta documentada, mesmo com portal indisponível.
- T19-06: laudo retificado substitui a versão visível sem eliminar o histórico e aciona revisão clínica necessária.
- T19-07: link de imagem expirado não libera informações clínicas a usuário não autenticado.
- T19-08: exame solicitado em serviço externo permanece com status de solicitação enquanto não houver prova de execução.
- T19-09: prestador laboratorial transmite laudo com identificação da instituição executora e do profissional conforme contrato.
- T19-10: dados sintéticos validados ficam disponíveis em exportação controlada, sem afirmar integração RNDS não homologada.

Referências normativas e técnico-institucionais

Fontes priorizadas: atos normativos oficiais, Governo Federal, Ministério da Saúde, DATASUS e padrões nacionais. Consulta e verificação em 02/11/2026. As referências abaixo são disponibilizadas para auditoria e atualização periódica. As recomendações internas do Instituto Canaã não são apresentadas como obrigações legais automáticas.

[1] Brasil. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[2] Ministério da Saúde/Anvisa. Protocolo para cirurgia segura. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-cirurgia-segura

[3] Anvisa. RDC nº 36/2013 — segurança do paciente. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[4] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.276/2025 — Modelo de Informação REL. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt8276_01_10_2025.html

[5] ANVISA. RDC nº 978/2025 — serviços que executam exames de análises clínicas, alterada pelas RDCs 986/2025 e 1.043/2026; revogação da RDC 786/2023. Texto vigente: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9451&cod_modulo=134&link=S&numeroAto=00000978&orgao=ANVISA%2FMS&seqAto=222&tipo=RDC&valorAno=2025

[6] Anvisa. RDC nº 611/2022 — organização de serviços de radiologia diagnóstica. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-07/rdcndeg61.pdf

[7] Brasil. Lei nº 13.709/2018 — LGPD. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[8] CFM. Resolução nº 2.381/2024 — documentos médicos. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381

[9] Ministério da Saúde. Guia geral da RNDS para integração FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/

[10] Anvisa. Registro Nacional de Implantes (RNI): escopo e funcionamento. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/tecnovigilancia/rni

[11] Ministério da Saúde. Guia de Implementação do Resultado de Exame Laboratorial (REL). https://fhir.saude.gov.br/rel/

[12] CFM. Resolução nº 2.074/2014 — responsabilidades em Anatomia Patológica. https://www.cremesp.gov.br/?nota=769&siteAcao=LegislacaoBusca

[13] Ministério da Saúde. Protocolos de Segurança do Paciente — identificação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente

[14] Ministério da Saúde. Legislação da RNDS e modelos de informação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

Termo de apreciação e aprovação institucional

Instância / responsável	Manifestação e data
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação do Programa / Qualidade	_____
TI / Segurança da Informação / DPO	_____
Assessoria Jurídica	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 20

ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO, ASSINATURA E DISPONIBILIZAÇÃO DO SUMÁRIO DE ALTA

Documento médico estruturado, assinatura, controle de versões, entrega segura e prontidão para a continuidade do cuidado

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação sem fins lucrativos
Unidade piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento e código	Capítulo 20 | PDSC-MAN-C20
Versão / data	0.1 | 02 de novembro de 2026
Estado editorial	MINUTA para apreciação; não representa procedimento implantado ou sistema homologado
Progresso	Capítulos 1–19 aprovados; capítulos 20 e 21 elaborados em lote para aprovação independente
Áreas de validação	Médico responsável pela alta; Direção Técnica/Clínica; Qualidade e NSP; prontuário; TI; Jurídico e LGPD
Hierarquia normativa	Distinguir exigência legal/regulatória, norma técnica, recomendação baseada em evidência e decisão institucional proposta
Limite de aplicação	Não há comprovação de integração operacional com e-SaúdeSP, RNDS ou regulação municipal. Requer credenciamento/pactuação quando aplicável.

Resumo executivo

O Sumário de Alta constitui o documento médico de síntese do episódio hospitalar. Para o Passaporte Digital de Saúde Canaã, sua utilidade assistencial não decorre apenas da presença de um arquivo PDF: depende de exatidão clínica, autoria profissional, rastreabilidade do episódio, segurança da assinatura, legibilidade, entrega ao paciente e compartilhamento legítimo com a rede que assumirá a continuidade do tratamento. Sua publicação deve refletir a versão clínica validada, sem reconstrução automática que acrescente diagnósticos ou condutas não aprovados pelo responsável [1–4].

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 instituiu o Modelo de Informação do Sumário de Alta na RNDS, e a Resolução CFM nº 2.381/2024 conceitua o sumário de alta como relatório clínico elaborado por médico quando o paciente está pronto para receber alta. A Política Nacional de Atenção Hospitalar prevê alta responsável; a política federal de saúde digital estabelece diretrizes para a integração informacional, mas não pressupõe que uma futura interface do Hospital Canaã esteja homologada ou operacional [1–5].

REGRA DE PUBLICAÇÃO O portal só deverá exibir como “Sumário de Alta definitivo” um documento vinculado ao paciente e episódio corretos, clinicamente aprovado e assinado pelo médico responsável. Rascunhos, documentos com inconsistência crítica ou versões substituídas não podem ser exibidos como a versão vigente.

Resultados e critérios de qualidade esperados

- Produzir documento clínico íntegro, objetivo e compreensível ao profissional que continuará o cuidado, sem duplicar integralmente o prontuário.
- Cumprir as exigências aplicáveis ao documento médico e realizar mapeamento formal entre campos do PEP e modelo de informação do Sumário de Alta.
- Separar rascunho, revisão, documento assinado, adendo e versão substituída, preservando autoria e cadeia de custódia.
- Entregar cópia em formato acessível ao paciente e orientar a utilização na UBS, ambulatório ou UPA, com alternativas fora da internet.
- Implantar indicadores de qualidade clínica, atraso de emissão, falhas de publicação, retificações e comunicação com a rede.

20.01 Finalidade, escopo e fronteiras

O documento formaliza a passagem hospitalar: motivo da internação, principais diagnósticos, procedimentos, evolução, condições de saída, terapêutica pertinente, alergias e informações úteis ao cuidado posterior. A redação deve ser proporcional à complexidade: suficiente para assegurar segurança clínica, sem reproduzir evoluções completas ou informações irrelevantes ao destinatário. O Passaporte exibe uma apresentação estruturada e o documento assinado; o prontuário eletrônico permanece fonte primária dos registros.

Este capítulo não autoriza alta clínica, não redefine competências profissionais, não cria vaga na rede e não substitui os protocolos de alta responsável ou o Plano Individual de Continuidade Assistencial do Capítulo 21. O médico decide a alta; o fluxo documental permite que a decisão seja transmitida com segurança. A liberação administrativa não equivale a sumário finalizado.

20.02 Fundamentos normativos e separação de exigências

A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 estabelece um conjunto mínimo de informações para o modelo da RNDS; a Resolução CFM nº 2.381/2024 dispõe sobre documentos médicos e requisitos de identificação e assinatura; a Portaria nº 3.390/2013 sustenta o conceito de alta responsável no SUS [1–3]. A adequação do conteúdo estruturado deve considerar o modelo nacional efetivamente vigente no momento da integração.

Como proposta institucional, o Canaã pode definir campos adicionais, validação de completude, auditorias e cronogramas internos. Tais políticas não são automaticamente obrigações impostas pela portaria. Diferenciar claramente, nos formulários, o que é requerido pela norma, o que provém do prontuário e o que integra o planejamento do Hospital Canaã.

20.03 Fonte única e formação do documento

O PEP registra o atendimento original, e os sistemas de laboratório, imagem e farmácia fornecem subsídios reconciliados. A composição eletrônica pode sugerir preenchimentos a partir de campos estruturados, mas não deve criar inferências clínicas nem transpor automaticamente prescrição antiga para regime domiciliar. Toda contribuição automática deve manter proveniência e sinalização de ausência de dado.

O fluxo proposto é: identificar episódio; reunir dados; distinguir informações confirmadas de pendentes; revisar discrepâncias; construir narrativa sintética; validar diagnósticos e condutas; assinar; disponibilizar; registrar prova de entrega e, quando houver, encaminhar ao serviço de destino. A última responsabilidade clínica pela versão final permanece com o médico emissor.

Etapa	Profissional / sistema	Barreira e evidência
Extração	PEP e serviços auxiliares	Proveniência, episódio correto, status da fonte
Revisão	Médico responsável e equipe apoiadora	Discordâncias registradas e resolvidas
Assinatura	Médico emissor	Assinatura válida e documento imutável
Publicação	Serviço do portal	Versão, paciente, permissões, logs
Entrega	Enfermagem/apoio designado	Conferência destinatário e orientação
Retificação	Médico e Qualidade	Justificativa, nova versão, aviso ativo se indicado

20.04 Identificação de paciente, internação e serviço emissor

O Sumário deve identificar paciente, prontuário/episódio, datas relevantes, estabelecimento e profissional responsável. A associação requer conferência de identificadores e conciliação de homônimos, transferências e registros externos. Para integrações nacionais, respeitar os identificadores e catálogos definidos no modelo aplicável, incluindo CPF/CNS e CNES conforme o caso [1].

A publicação deve falhar de modo seguro se o documento não tiver correspondência inequívoca entre pessoa, episódio e médico autor. O número do leito, a semelhança do nome e o endereço de e-mail não são identificadores clínicos suficientes. Toda correção posterior conserva o histórico anterior para auditoria institucional.

20.05 Motivo da internação, prioridade e procedência

O motivo inicial deve ser separado dos diagnósticos apurados posteriormente. Registrar procedência do paciente e caráter da internação conforme os conceitos do modelo informacional. Não transformar queixa inicial ou suspeita diagnóstica em diagnóstico final comprovado sem confirmação médica [1].

No exemplo de admissão por dor abdominal com suspeita de colecistite, o relatório poderá consignar o motivo de ingresso, investigação e diagnóstico estabelecido, com as intervenções. Em ocorrência inconclusiva, apresentar o grau de incerteza e o seguimento recomendado, evitando certezas artificiais ou preenchimento por algoritmo.

20.06 Problemas, diagnósticos e CIDs

A seção diagnóstica deve distinguir condição principal, condições secundárias com impacto assistencial, complicações relevantes e problemas não resolvidos. Campos de classificação, presença na admissão e estado de resolução seguem as definições do modelo nacional quando aplicáveis [1]. A lista deve passar por revisão clínica para evitar dupla codificação, códigos descontextualizados ou diagnóstico presumido.

Diagnósticos sensíveis são dados de saúde protegidos. A forma de visualização por terceiro depende de finalidade, autorização aplicável, autenticação e controles de acesso. Ao paciente, explicar termos técnicos sem alterar a terminologia da versão médica assinada.

20.07 Evolução clínica sintética e cronologia

A evolução de alta descreve acontecimentos clinicamente decisivos: apresentação, exames-chave, terapia instaurada, resposta, intercorrências significativas e situação ao desfecho. Em longas internações ou UTI, organizar por marcos cronológicos ou linhas de cuidado, evitando cronologia diária extensa que dificulta a leitura.

Nos casos de nova internação ou nova cirurgia, cada episódio mantém seu próprio sumário; o Passaporte poderá exibir uma linha do tempo, mas não deve fundir narrativas sem distinguir datas e autores. O destinatário deve identificar facilmente o que está resolvido, em observação e ainda pendente.

20.08 Procedimentos, cirurgias e terapias intensivas

Incluem-se intervenções efetivamente realizadas e relevantes à continuidade, com data, descrição, desfecho e referência ao relatório próprio quando existente. Procedimentos solicitados, cancelados ou planejados não podem aparecer como realizados. Eventos importantes de acesso vascular, traqueostomia, implantes, anticoagulação e suporte renal devem ser sintetizados segundo a situação clínica de saída.

Na cogestão cirúrgica do Hospital Canaã, o cirurgião mantém titularidade do paciente cirúrgico e a responsabilidade pelo seguimento cirúrgico e pela alta conforme modelo previamente definido. O hospitalista apoia problemas clínicos e o intensivista responde pelo manejo intensivo; o documento deve harmonizar contribuições sem duplicar comandos ou obscurecer o responsável por cada decisão.

20.09 Medicamentos, alergias e reconciliação

O Sumário deve apresentar alergias e reações registradas com estado de verificação, além das terapias relevantes. A prescrição válida para o domicílio deve ser claramente separada do histórico de medicamentos administrados durante a internação; dose, via, frequência, início e duração dependem da receita final confirmada, preservada como documento próprio [1,7].

O sistema precisa bloquear inconsistências graves entre receita assinada, orientações entregues e campo de medicamentos de alta. Em caso de divergência, exigir decisão do médico, registro de justificativa e, se pertinente, revisão farmacêutica. É vedado inferir que ausência de registro de alergia equivale a ausência comprovada de alergia.

20.10 Exames relevantes, laudos e resultados pendentes

A narrativa seleciona exames determinantes para diagnóstico, conduta e seguimento, referenciando laudos e imagens disponíveis. Exames “solicitados”, “coletados”, “em processamento”, “com laudo preliminar” e “concluídos” devem preservar status. O relatório não deve sugerir que teste pendente está normal ou que resultado preliminar é definitivo.

Para anatomopatologia, culturas ou outros exames liberados após a alta, registrar qual resultado está pendente, quem revisará, critério de prazo clínico, meio seguro de comunicação e conduta em caso de achado crítico. O envio de uma notificação de portal não substitui a responsabilidade por revisar e agir sobre resultados importantes [6].

Elemento	Identificação essencial	Ação quando pendente
Exame anatomopatológico	Amostra/data, situação, serviço executante	Designar revisor, canal e prazo clínico
Cultura e sensibilidade	Amostra, status, antibioticoterapia vigente	Rever terapia e notificar quando necessário
Imagem complementar	Tipo/data/status do laudo	Liberar laudo final com histórico de versões
Achado crítico	Natureza, momento, destinatário	Contato clínico direto e registro de fechamento

20.11 Condições de alta, limitações e necessidades funcionais

O estado clínico de saída deve refletir avaliação do dia: sintomas relevantes, estado funcional, necessidade de oxigênio, curativos, dispositivos em uso, mobilidade e riscos específicos. Quando houver limitações ou incapacidade, documentar conforme o padrão informacional pertinente e com linguagem não discriminatória [1].

Sem suporte domiciliar, sem acesso a medicação essencial ou com problema de segurança grave, a equipe deve documentar planejamento e medidas de mitigação; o Sumário não deve ocultar tais questões por preferência administrativa. A decisão médica é individual e orientada pela condição assistencial e pelos recursos efetivamente pactuados.

20.12 Responsável pela alta, autoria e colaboração

O médico responsável pela alta redige ou revisa integralmente o conteúdo clínico e responde por sua emissão. Contribuições de enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social e especialistas serão identificáveis e incorporadas somente após revisão daquilo que exige responsabilidade médica. O fluxo pode permitir elaboração assistida, mas nunca assinatura por perfil alheio.

Em caso cirúrgico, o cirurgião titular realiza e valida a alta; ajustes de suporte clínico devem ser alinhados com hospitalista, intensivista ou consultores envolvidos. A instituição deve documentar claramente quem emite o Sumário final em cada cenário, inclusive troca de plantão, ausência justificada e alta após transferência.

20.13 Assinatura e autenticidade do documento eletrônico

Nos documentos médicos eletrônicos, aplicar requisitos de assinatura e identificação estabelecidos pelo CFM, incluindo a assinatura qualificada quando exigida pela Resolução nº 2.381/2024 [2]. O projeto deve validar a infraestrutura de assinatura, certificados, data e prova de integridade com parecer jurídico e TI, evitando utilizar imagem de rubrica como substituto de assinatura válida.

O PDF assinado e o registro estruturado são representações complementares. Deve ser possível verificar que o conteúdo consultado corresponde à versão assinada, preferencialmente por identificador único, hash, data/hora e vínculo ao prontuário. Eventuais carimbos ou selos de interface não certificam, por si, validade jurídica.

20.14 Estados documentais e bloqueio de publicação

Adotar estados controlados: rascunho, aguardando dados, em revisão, validado clinicamente, assinado, publicado, retificado/suplantado e arquivado. Apenas o estado assinado/publicado poderá ser identificado como definitivo para paciente e rede. Em eventos críticos, suspender exclusivamente o item afetado, preservando acesso seguro a documentos não comprometidos.

Um “salvo” no sistema não é documento assinado; um “enviado” não prova recepção assistencial; um “baixado” não prova compreensão pelo paciente. Cada indicador e regra de negócio deve refletir essa diferença, evitando métricas artificiais de adesão à continuidade do cuidado.

Estado	Exibição para paciente	Regra de controle
Rascunho	Não publicar como Sumário final	Apenas perfil profissional
Aguardando validação	Não publicar	Pendência identificada
Assinado	Publicável após conferência	Assinatura e hash válidos
Retificado	Mostrar versão vigente e aviso pertinente	Histórico preservado
Revogado/suplantado	Não exibir como vigente	Relação com nova versão

20.15 Correções, adendos e substituição de versão

Erros de identificação, dose, diagnóstico ou resultado podem exigir retificação com urgência proporcional ao risco. A versão antiga deve permanecer registrada e auditável, com identificação do revisor, motivo, data, campos alterados e vínculo à versão nova; o paciente deve consultar a versão atual sem perder o histórico de correções relevantes.

Se o conteúdo já foi entregue ou compartilhado, a instituição deve avaliar comunicação ativa ao paciente e ao serviço destinatário. Para alterações que afetem conduta, não basta substituir silenciosamente um PDF; deve existir circuito fechado quando clinicamente necessário, com registro de recebimento e ação.

20.16 Comunicação de risco, alertas e exceções

Alertas automáticos podem apontar ausência de campo obrigatório, CID incompatível com narrativa, divergência de dose, incompatibilidade pessoa/episódio e exame crítico sem responsável. Tais alertas são barreiras de prevenção, não juízo médico autônomo. O bloqueio precisa de critérios clínicos documentados, canal para resolução e mecanismo de contingência.

Em situações que demandem correção urgente, o hospital deve disponibilizar comunicação direta entre equipes e um registro de escalonamento. O portador de um alerta deve estar definido; alarmes sem destinatário, sem prazo e sem evidência de fechamento podem aumentar risco em vez de reduzi-lo.

20.17 Entrega ao paciente, cuidador e alternativa física

O paciente deve receber orientação sobre conteúdo, localização do documento e a diferença entre Sumário, receita, laudos e plano individual. A disponibilização no portal depende de autenticação; a entrega em papel ou por outro canal institucional seguro deve existir para pessoas sem internet, aparelho ou letramento digital, preservando sigilo.

O acesso de cuidador ou representante deve obedecer a base legal e autorização apropriada. Link ou QR code público não deve revelar detalhes clínicos; a cópia digital precisa de acesso protegido e uso limitado à finalidade assistencial. Treinar recepção e enfermagem para evitar entrega a pessoa errada ou por canal não verificado.

20.18 Acesso profissional autorizado e compartilhamento com a rede

Para UBS, ambulatório e UPA, o Sumário deve ser acessível por cópia apresentada pelo paciente ou por integração segura formalmente habilitada. A instituição não deve afirmar que enviou dados à RNDS ou ao e-SaúdeSP enquanto não houver integração autorizada, homologada e monitorada. A transmissão deve preservar versão, proveniência e contexto do episódio [4,5].

Quando houver encaminhamento, identificar o serviço de destino, os documentos transmitidos e o responsável por verificar a entrega conforme o protocolo pactuado. A possibilidade de consultar não equivale a ter recebido o caso; a contrarreferência ativa é desenvolvida em capítulo próprio.

20.19 Dicionário clínico e compatibilidade com RNDS

O modelo da Portaria nº 8.026/2025 reúne 17 conjuntos/requisitos informacionais no art. 2º. O mapeamento Canaã deve demonstrar, para cada campo aplicável, fonte PEP, obrigatoriedade condicional, código terminológico, responsável por validação, regra de integridade e destino. A especificação técnica detalhada de recebimento é definida pelo DATASUS; a portaria isolada não é um contrato de API completo [1].

A arquitetura deverá considerar HL7 FHIR R4, os guias e perfis publicados para o modelo específico e os procedimentos de credenciamento. Evitar criar uma tradução própria de códigos sem validação semântica. A evolução do padrão requer versionamento do mapa e testes de regressão [4,5].

20.20 Governança, auditoria e segregação de funções

A Direção Técnica e a Direção Clínica aprovam critérios de autoria e emissão; Qualidade/NSP monitoram segurança e incidentes; TI opera mecanismos de identidade, versão, assinatura e logs; encarregado/jurídico avaliam finalidade, acesso e proteção de dados. A responsabilidade clínica do médico não deve ser transferida ao fornecedor do software.

Auditorias por amostragem avaliam integridade dos diagnósticos, conformidade da receita, presença de plano de seguimento, vínculo com episódio, versões e prazo de

publicação. Revisões devem priorizar casos de maior risco, como alta pós-UTI, uso de anticoagulantes, anatomopatologia pendente e múltiplos procedimentos.

Indicador proposto	Numerador / denominador	Verificação
Emissão assinada	Altas com Sumário assinado / altas elegíveis	Auditoria PEP e assinatura
Completude clínica	Sumários sem falhas críticas / sumários auditados	Amostra estratificada
Disponibilidade no portal	Sumários publicados corretamente / assinados elegíveis	Logs e conferência de identidade
Retificações críticas	Sumários retificados por erro crítico / publicados	Investigação de causas
Entrega ao paciente	Altas com entrega ou alternativa documentada / elegíveis	Evidência de orientação

20.21 Indicadores e critérios de interpretação

Monitorar proporção de altas elegíveis com sumário emitido e assinado, tempo entre alta e disponibilização, documentos com informações incompletas, correções clínicas após publicação, falhas de identificação, retorno por erro de prescrição e pacientes com entrega comprovada. Cada indicador exige numerador, denominador, exclusões e periodicidade.

Metas serão estabelecidas após avaliação de linha de base e capacidade operacional. Não declarar “100%” de conformidade com base em mera geração automática do arquivo; auditoria deve confirmar autenticidade, conteúdo e uso seguro. A taxa de incidentes deve ser interpretada com cultura de notificação não punitiva.

20.22 Implantação progressiva e homologação

O piloto deve começar com especialidades e fluxos definidos, utilizando dados fictícios para testar associação pessoa/episódio, campos clínicos, assinatura, retificação, receituário, liberação ao portal e impressão segura. O aceite técnico depende de critérios clínicos verificáveis, controle de permissão e rastreabilidade dos eventos.

Antes de produção, exigir treinamento, plano de contingência, monitoramento, suporte à correção e assinatura formal das áreas responsáveis. A aprovação deste capítulo significa concordância editorial do manual, não habilitação automática de compartilhamento nacional ou liberação de serviço assistencial.

20.23 Fluxos de exceção e contingência

Se houver indisponibilidade de PEP, portal, assinatura ou conectividade, o hospital deverá continuar a alta clinicamente segura por fluxo documental alternativo validado, registrando os elementos essenciais e regularizando a versão digital após

restabelecimento. Nunca presumir que atraso de tecnologia justifica alta insegura ou retenção desnecessária do paciente.

Em caso de documento incompleto, diferenciar falha bloqueante de pendência que pode ser acompanhada sem omitir risco. Qualquer liberação excepcional exige decisão clínica documentada, destinatário, prazo e responsável pela complementação. Registrar data real da emissão e da assinatura, sem retrodatação artificial.

20.24 Cenários de alto risco para ensaio

A homologação deve simular alta após UTI com múltiplos diagnósticos, paciente operado com laudo anatomopatológico pendente, anticoagulante com dose divergente, homônimos, transferência entre unidades e documento corrigido após compartilhamento. Para cada cenário, exigir resultado esperado, evidência e responsável pelo aceite.

O teste deve contemplar tanto o portal do paciente quanto o relatório profissional: clareza da linguagem, versão atual, anexos íntegros e disponibilidade sem smartphone. A simulação de falha de assinatura deve bloquear a publicação definitiva, mas preservar acesso ao atendimento e ao procedimento seguro de contingência.

Checklist de autorização de disponibilização — proposta operacional

- Conferidos identidade do paciente, episódio assistencial e CNES do emissor.
- Motivo, diagnósticos e evolução sintética aprovados pelo médico.
- Procedimentos executados e condição de alta consistentes com o prontuário.
- Alergias, prescrição domiciliar e exames pendentes conciliados ou explicitamente sinalizados.
- Responsável pela revisão de resultado pendente e plano de comunicação registrados.
- Documento assinado conforme os requisitos aplicáveis e versão controlada.
- Acesso autenticado e cópia entregue por canal adequado ao paciente.
- Contrarreferência avaliada, quando indicada, sem criação de fila regulatória paralela.

Simulações de aceitação e critérios de bloqueio

Caso	Resultado esperado	Critério de não aceitação
T20-A erro de identidade	Bloqueio da publicação e abertura de conciliação	Sumário aparece na conta de outro paciente
T20-B prescrição divergente	Pendência até decisão médica; receita preservada	Medicação hospitalar como domiciliar
T20-C laudo tardio	Pendência designada e atualização rastreada	Resultado crítico não revisto

Caso	Resultado esperado	Critério de não aceitação
T20-D assinatura inválida	Documento não marcado como definitivo	PDF sem assinatura apresentado como assinado
T20-E versão retificada	Versão atual identificada; histórico íntegro	Troca silenciosa sem rastreabilidade
T20-F contingência digital	Entrega documental segura e posterior regularização	Alta sem informação essencial

Referências normativas, técnicas e científicas

A numeração permite revisão bibliográfica do capítulo. Fontes primárias oficiais prevalecem sobre resumos; atos e modelos técnicos devem ser revalidados antes da implantação e sempre que houver atualização. Links de consulta registrados em 02/11/2026.

[1] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026, de 27 de agosto de 2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[2] Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.381/2024 — emissão de documentos médicos. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381

[3] Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 — Política Nacional de Atenção Hospitalar. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[4] Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS, HL7 FHIR R4. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html

[5] Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Saúde Digital de 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[6] AHRQ. Re-Engineered Discharge Toolkit — transmissão do resumo e exames pendentes. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

[7] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.100/2024 — Modelo de Informação da Prescrição de Medicamentos. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[8] NICE. NG27 — Transição entre internação e cuidado na comunidade. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/chapter/Recommendations

[9] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604/2023 — PNAES. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

Registro de apreciação técnico-institucional

Instância revisora	Manifestação / data / assinatura
Direção Técnica e Direção Clínica	_____
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	_____
Enfermagem / Farmácia / Serviço Social	_____
TI / Segurança / Encarregado LGPD	_____

Instância revisora	Manifestação / data / assinatura
Instituto de Ciências Médicas Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 21

PLANO INDIVIDUAL DE CONTINUIDADE: CUIDADOS, RETORNO, SINAIS DE ALERTA E METAS

Plano pós-alta compartilhado, metas clínicas pactuadas, seguimento na RAS e gestão ativa de pendências

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação sem fins lucrativos
Unidade piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento e código	Capítulo 21 | PDSC-MAN-C21
Versão / data	0.1 | 02 de novembro de 2026
Estado editorial	MINUTA para apreciação; não representa procedimento implantado ou sistema homologado
Progresso	Capítulos 1–19 aprovados; capítulos 20 e 21 elaborados em lote para aprovação independente
Áreas de validação	Médicos responsáveis, enfermagem, farmácia clínica, serviço social, fisioterapia, núcleo de transição do cuidado, UBS e rede pactuada
Hierarquia normativa	Distinguir exigência legal/regulatória, norma técnica, recomendação baseada em evidência e decisão institucional proposta
Limite de aplicação	Não há comprovação de integração operacional com e-SaúdeSP, RNDS ou regulação municipal. Requer credenciamento/pactuação quando aplicável.

Resumo executivo

O Plano Individual de Continuidade Assistencial (PICA) transforma os achados e decisões da internação em tarefas clínicas praticáveis após a alta. A pergunta central deixa de ser apenas “o que foi feito no hospital?” e passa a ser **“o que precisa acontecer agora, por quem, em que prazo e como reagir se algo não ocorrer?”**. O PICA combina problemas ativos, condutas e medicações vigentes, sinais de alerta, retorno, exames pendentes, educação em saúde, necessidades de apoio e monitoramento de execução [1–5].

O plano é um componente assistencial adicional do Passaporte e não substitui o Sumário de Alta médico assinado, o prontuário, a prescrição formal nem os processos de regulação do SUS. Sua força reside em responsabilidades nomeadas, prazos clínicos proporcionais ao risco, linguagem compreensível e comunicação com a rede de referência. A estrutura deve ser construída com o paciente e cuidador autorizado, observando condições reais de transporte, medicação, alfabetização em saúde e acesso digital [2,3,6].

PRINCÍPIO DE TRANSIÇÃO ATIVA Nenhuma pendência relevante deve ser registrada apenas como “acompanhar ambulatorialmente”. Para cada problema em aberto, estabelecer ação concreta, prazo apropriado, profissional ou serviço responsável, meio de contato e contingência se o seguimento não ocorrer.

Objetivos operacionais

- Transformar riscos e necessidades identificados durante a internação em um plano individual verificável e inteligível.
- Apoiar a navegação do paciente entre Hospital Canaã, UBS, serviços especializados e UPA, preservando a regulação oficial.
- Prevenir perdas de seguimento de exames pendentes, medicamentos de alto risco, feridas e necessidades de reabilitação.
- Incorporar decisões compartilhadas, ensino com verificação de compreensão, cuidado centrado na pessoa e acessibilidade.
- Medir processos concluídos e qualidade da continuidade assistencial, sem presumir resultados clínicos ainda não demonstrados.

21.01 Definição, âmbito e integração ao Passaporte

O PICA é um plano datado e versionado para o período após a alta, estruturado por problemas ativos, metas, intervenções, orientações, prazos, responsáveis e mecanismos de reavaliação. Sua visualização principal é voltada ao paciente e ao profissional que recebe o cuidado, com opção de detalhamento técnico e impressão segura. Deve apontar para receitas, laudos e Sumário, evitando repetir integralmente esses documentos.

O hospital produz a versão inicial; após a alta, alterações da equipe receptora somente poderão aparecer como novas contribuições quando existir fluxo de integração e autoria devidamente pactuado. O Canaã não deve editar silenciosamente decisões de UBS ou especialista externo, nem sugerir que existe comunicação bidirecional sem implantação efetiva.

21.02 Fundamento assistencial e evidências

A PNHOSP sustenta a alta responsável e a continuidade assistencial, e a PNAES reforça a articulação entre atenção especializada e rede de atenção à saúde. O Projeto RED da AHRQ descreve planejamento de exames pendentes, consultas, medicamentos, educação e contato após a alta; a NICE NG27 recomenda coordenação e plano centrado na pessoa para transições complexas [1–4].

Essas evidências se referem a intervenções organizadas e multifatoriais, não demonstram automaticamente a eficácia de um portal isolado. O programa Canaã deverá avaliar sua implementação, barreiras, segurança e resultados em pacientes elegíveis. Protocolos locais devem adaptar prazos, capacidade da rede e disponibilidade de profissionais sem apresentar prazos estrangeiros como exigência legal brasileira.

21.03 Início do planejamento ainda na internação

O planejamento começa preferencialmente desde a admissão ou desde o reconhecimento de risco de transição, e não quando a família comparece para a saída. No PS e na enfermaria, a equipe identifica diagnóstico, capacidade funcional anterior, condições sociais e necessidade de seguimento. Na UTI, mapear perdas funcionais, terapia em evolução e necessidades de reabilitação; no pós-operatório, identificar exigências específicas de ferida, próteses e exame anatomopatológico.

Um coordenador de transição ou profissional formalmente designado consolida as pendências, sem retirar atribuição do médico responsável pela alta. Revisões multiprofissionais devem alinhar hipóteses clínicas, restrições, medicamentos, serviços de destino e riscos antes de estabelecer o plano final.

21.04 Estratificação de risco e intensidade de acompanhamento

Adotar estratificação local conforme gravidade clínica, fragilidade, comorbidades, internação prolongada, passagem por UTI, polifarmácia, tratamentos de alto risco, vulnerabilidade social, limitação cognitiva, adesão prévia e disponibilidade de rede. O escore isolado não define conduta: a avaliação clínica pode elevar prioridade diante de fatores não captados por algoritmo.

O plano deverá distinguir rotinas de baixo risco (orientações e retorno habitual), risco intermediário (revisão próxima, pendências e contato planejado) e risco elevado (comunicação ativa, revisão clínica prioritária e confirmação de apoio). Nenhuma faixa deve induzir redução de cuidado necessário.

21.05 Problemas ativos e resumo orientado à decisão

O plano elenca os problemas que exigem decisão ou monitoramento após a alta, distinguindo resolvidos de ativos. Cada item deve conter status, objetivo clínico, ação proposta, responsável, prazo e indicador de conclusão. Diagnósticos transcritos em bloco sem decisão associada tornam o PICA longo, pouco legível e de baixa efetividade.

Exemplo: “insuficiência cardíaca estabilizada; manter tratamento prescrito; monitorar sintomas; reavaliação clínica na rede; sinais de alerta descritos”. Isso não substitui prescrição nem determina metas numéricas sem avaliação individual. A equipe deverá registrar justificativas para limitações ou mudanças de conduta.

Problema ativo	Meta individual (exemplo ilustrativo)	Prazo e responsável
Ferida pós-operatória	Ferida reavaliada conforme orientação do cirurgião	Serviço de retorno cirúrgico, prazo médico
Ajuste de anticoagulante	Esquema e monitoramento compreendidos	Médico e farmácia, antes da alta e seguimento

Problema ativo	Meta individual (exemplo ilustrativo)	Prazo e responsável
Exame pendente	Resultado revisto e decisão comunicada	Revisor nomeado; prazo do exame
Fragilidade pós-UTI	Plano funcional e necessidade de apoio avaliados	Equipe multiprofissional e rede de referência

21.06 Conceito de meta assistencial e mensurabilidade

Metas devem ser individualizadas, clinicamente relevantes e factíveis, com prazo e forma de verificação. Podem envolver comparecimento à consulta, resolução de uma pendência diagnóstica, cicatrização acompanhada, treinamento de cuidador, revisão de anticoagulação ou adesão a reabilitação prescrita. Indicadores numéricos (pressão, glicemia, peso) só constam quando recomendados pelo médico para aquele paciente.

Evitar metas genéricas como “melhorar saúde” ou “não reinternar”. A reinternação pode ser clinicamente apropriada; um programa de segurança não deve desencorajar o paciente a buscar urgência quando indicado. A meta institucional é continuidade adequada, não a negação de acesso a hospital.

21.07 Prescrição vigente, mudanças e acesso a medicamentos

O PICA referencia a receita válida para casa e ressalta o que foi iniciado, ajustado, mantido ou suspenso, com atenção aos riscos do Capítulo 18. Deve indicar necessidade de monitorar efeitos, exames de controle e situações em que o paciente deve contatar a equipe. O plano não deve reproduzir doses diferentes das constantes da receita médica assinada.

O serviço social e a farmácia devem identificar barreiras de aquisição, dispensação, armazenamento e administração. O paciente precisa saber onde buscar orientação se não conseguir obter medicamento essencial, sem promessa de dispensação por serviço que não tenha assumido essa responsabilidade.

21.08 Retornos e serviços de destino

Para cada retorno, registrar especialidade/serviço indicado, motivo, janela temporal clinicamente adequada, unidade de referência conhecida e situação: solicitado, encaminhado, regulado, agendado, realizado ou não confirmado. “Consulta a marcar” é diferente de consulta confirmada. A equipe deve orientar o paciente sobre canais oficiais da Prefeitura e da regulação do SUS.

O Passaporte pode armazenar comprovantes e lembrar compromissos, mas não criar fila paralela nem garantir disponibilidade de agenda de UBS ou ambulatório. O envio de contrarreferência ativa depende de pactuação e será detalhado no Capítulo 22.

Estado do retorno	Evidência disponível	Como apresentar ao paciente
Orientado	Recomendação clínica	“Procure o serviço indicado”
Solicitado	Documento de encaminhamento	“Encaminhamento solicitado”
Regulado	Registro no sistema oficial quando disponível	“Em regulação; aguarde confirmação”
Agendado	Data, hora, unidade confirmadas	Mostrar informações e preparação
Concluído	Confirmação de comparecimento/atendimento	Atualizar status com fonte

21.09 Exames pendentes e continuidade diagnóstica

Anatomopatologia, culturas, laudos finais e outros resultados após a alta exigem responsável nomeado pela revisão, janela prevista, prioridade de comunicação e ação subsequente. O paciente será informado de que o exame ainda está pendente, mas a obrigação assistencial de revisão não pode ser transferida exclusivamente a ele. Deve haver mecanismo para busca ativa de resultados que não saíram no prazo.

Em achado crítico, utilizar comunicação direta e documentada com profissional apto a decidir, escalonamento e confirmação da resposta. Atualizar o plano e o Sumário quando pertinente, conservando versões e registrando qual serviço recebeu a orientação [3].

21.10 Sinais de alerta individualizados e plano de contingência

O documento deve apresentar sinais de alerta específicos ao diagnóstico/procedimento, além de emergências gerais que justificam busca imediata de atendimento. A descrição deve ser suficientemente concreta: piora súbita da respiração, sangramento importante, alteração de consciência, déficit neurológico súbito, dor torácica sugestiva de urgência ou sinais de infecção cirúrgica, conforme avaliação clínica.

O plano precisa apontar o que fazer, como acionar SAMU 192 quando aplicável e onde buscar atendimento urgente, sem recomendar esperar resposta de chat ou WhatsApp em emergência. Uma recomendação automatizada genérica não substitui orientação individual do médico.

Sinal individualizado	Conduta orientada	Limite da comunicação digital
Sangramento importante após procedimento	Avaliação de urgência imediata	Não aguardar resposta de chat
Dor no peito / falta de ar súbita	Procurar urgência; SAMU 192 conforme gravidade	Não enviar apenas mensagem assíncrona
Fraqueza súbita / alteração de fala	Atendimento emergencial imediato	Sem triagem exclusivamente automatizada

Sinal individualizado	Conduta orientada	Limite da comunicação digital
Vermelhidão progressiva com febre na ferida	Avaliação no serviço conforme risco clínico	Orientação individual médica prevalece

21.11 Educação em saúde com verificação de compreensão

Vincular material educativo confiável e revisado aos diagnósticos e intervenções do paciente, utilizando linguagem clara, imagens ou vídeos quando adequados e formato impresso acessível. Para colecistectomia, orientar alimentação e ferida conforme conduta cirúrgica; para hipertensão, explicar seguimento e uso dos medicamentos; para pacientes pós-UTI, reabilitação e sinais de agravamento.

Aplicar teach-back ou demonstração prática quando pertinente: pedir ao paciente/cuidado que explique com suas palavras o esquema de medicamentos, o retorno e o que fará diante de sinais de alerta. Registrar dificuldade e reforço oferecido, sem transformar avaliação de compreensão em prova punitiva.

21.12 Funcionalidade, reabilitação e dispositivos

Identificar limitações de mobilidade, autocuidado, deglutição, comunicação, cognição e capacidade de administrar medicamentos. Fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição e enfermagem contribuem de acordo com avaliação. Se houver dispositivo, descrever cuidado essencial, treinamento, suprimentos, profissional de referência e motivo de reavaliação.

Equipamentos ou serviços domiciliares só podem ser descritos como providenciados quando houver confirmação. A ausência de recurso essencial exige discussão clínica e social e mecanismo de contingência, não simples marcação de checkbox.

21.13 Apoio social, cuidador e equidade digital

Avaliar se o paciente compreende as orientações, pode se deslocar, dispõe de alimentação e rede de apoio, possui local seguro de repouso e acesso aos meios necessários. Pacientes sem telefone ou com barreira visual, auditiva e linguística exigem adaptação, e os responsáveis legais devem ser avaliados conforme regras de representação.

As versões do PICA devem ser oferecidas em linguagem simples, com leitura assistida e cópia impressa quando necessária. Contato do cuidador para logística não autoriza acesso irrestrito ao diagnóstico; dados sensíveis seguem controle e finalidade proporcionais.

21.14 Plano pós-cirúrgico e responsabilidade do cirurgião

No paciente cirúrgico, o cirurgião titular define cuidados com ferida, restrições físicas, retorno, eventual retirada de pontos, tromboprofilaxia e seguimento de complicações. O hospitalista apoia problemas clínicos e prepara parte da conciliação e dos encaminhamentos, em alinhamento. O intensivista contribui nas sequelas do período crítico sem substituir automaticamente o cirurgião titular.

O PICA deve identificar separadamente retorno cirúrgico e retorno clínico quando ambos são necessários. Exames anatomopatológicos pendentes pertencem a um fluxo com revisão e resposta nomeadas, não a um aviso impessoal no portal.

21.15 Plano clínico: doenças crônicas e múltiplas comorbidades

Em doença cardiovascular, respiratória, neurológica, renal ou infecciosa, o plano registra terapias em curso, questões de monitoramento, reavaliação clínica e coordenação com UBS ou especialidade. Deve evitar esquemas padronizados que ignoram fragilidade, interações, riscos de hipotensão ou restrições terapêuticas.

Em multimorbidade, priorizar objetivos significativos ao paciente, compatibilizando consultas e exames para não sobrecarregar a família. O tratamento pós-alta é revisável; a meta do programa é transmitir claramente o estado conhecido na data da alta e as responsabilidades de atualização.

21.16 Pós-UTI, fragilidade e complexidade ampliada

Após UTI, avaliar alterações funcionais, neurocognitivas, psicológicas e nutricionais, necessidades de fisioterapia, suporte ventilatório, diálise, cuidador e múltiplas medicações. O PICA indica prioridades de continuidade, evitando fixar prazo uniforme de seguimento sem avaliação do risco. Documentar complicações e terapias ainda ativas em linguagem útil à equipe receptora.

A equipe deve reconhecer que nem todos os recursos terão acesso imediato na rede. Quando dependerem de regulação ou pactuação, registrar status real, responsável por acompanhamento e alternativa clinicamente segura, sem prometer vaga ou serviço inexistente.

21.17 Comunicação após a alta e limites do chat institucional

O canal de contato pode receber dúvidas de acesso, orientações previamente aprovadas e informações sobre dificuldades terapêuticas, com triagem de gravidade, horários, identidade do atendente, prazo de resposta e escalonamento. Comunicação de dados clínicos em aplicativos externos exige avaliação de privacidade e segurança e, quando pertinente, ferramenta institucional apropriada.

Informar explicitamente que chat e WhatsApp não são serviços de emergência. Sintomas graves devem ser direcionados para atendimento urgente. Mensagens que indicam risco clínico precisam de encaminhamento e documentação no prontuário, e não somente resposta genérica.

21.18 Responsabilidades compartilhadas e coordenação do cuidado

O médico responsável valida condutas clínicas, gravidade e prazos; enfermagem reforça cuidados e compreensão; farmácia colabora na conciliação; fisioterapia e demais equipes contribuem com plano funcional; serviço social avalia barreiras; Núcleo de Segurança do Paciente audita eventos; TI sustenta integridade, acesso e rastreabilidade.

O coordenador de transição organiza pendências e acompanha prazos sem executar ato médico indevido. A equipe receptora assume suas decisões conforme competência e organização da rede. Sem acordo formal, o hospital só pode documentar orientação/encaminhamento e tentativa de comunicação, não declarar aceitação pelo destino.

21.19 Status de tarefas e comunicação de circuito fechado

Cada tarefa terá identificador, paciente/episódio, ação, prioridade, responsável, prazo, dependência, data da última revisão e estado: prevista, em execução, encaminhada, confirmada, concluída, cancelada ou atrasada. “Mensagem entregue” e “consulta realizada” são fatos diferentes. Um status “resolvido” só deve ser aplicado após evidência proporcional ao tipo de tarefa.

Tarefas críticas sem confirmação devem subir para escala de plantão ou equipe designada; prazos são clínicos e ajustáveis ao risco. O sistema deve exibir pendências na área de trabalho dos responsáveis, não depender de login espontâneo do paciente.

Tarefa	Responsável principal proposto	Evidência de fechamento
Revisão de exame pendente	Médico designado	Laudo avaliado e conduta documentada
Disponibilização de receita	Médico e equipe de alta	Receita assinada entregue
Orientação de ferida	Enfermagem e cirurgião	Orientação compreendida / registro
Contrarreferência	Coordenador de transição	Documento e status real de envio
Contato de alto risco	Equipe de seguimento designada	Tentativa, resposta e escalonamento

21.20 Acompanhamento de contato e busca ativa estratificada

O programa pode prever contato pós-alta para grupos de maior risco, com perguntas estruturadas sobre sintomas, medicamentos, barreiras, consultas e exame pendente. A cadência não deve ser copiada como obrigação universal de diretrizes estrangeiras; deve ser aprovada conforme capacidade e evidências locais. Tentativas frustradas precisam ser registradas sem rotular o paciente como “não aderente” por falta de contato.

A equipe deve definir critérios de escalonamento e limite de tentativas, proteger a privacidade e oferecer canal acessível. Chamadas de rotina não substituem vigilância clínica quando houver resultado crítico ou mudança de prescrição que exige contato imediato.

21.21 Segurança, autoria, versões e retificações

O plano precisa de registro de quem propôs e validou cada conduta, data, origem e vínculo à receita e ao Sumário assinados. Mudanças devem preservar a versão anterior, permitir consulta da versão vigente e alertar o paciente em caso de alteração relevante. IA pode ajudar a extrair tarefas de documentos, mas não pode criar metas ou orientações sem revisão profissional.

Retificação por erro de dose, diagnóstico ou retorno urgente requer comunicação ativa e revisão do impacto no cuidado. Logs devem registrar leitura e atualização, mas nunca funcionar como substituto de validação da compreensão humana ou como autorização automática a terceiros.

21.22 Privacidade, governança e compartilhamento com a rede

O plano contém dados sensíveis e deve seguir LGPD, sigilo profissional, princípio de necessidade, controles por perfil e auditoria. A disponibilização em rede pública deve observar permissões e fluxos pactuados; o paciente pode apresentar seu documento, mas a instituição não deve declarar acesso direto pela UPA enquanto inexistente mecanismo de autenticação profissional autorizado.

Os campos compartilhados devem ser adequados à finalidade assistencial, sem exposição excessiva de informações pessoais. Resultados de exames e detalhes clínicos recebidos posteriormente são atualizações rastreadas, não alteração silenciosa da história original.

21.23 Indicadores assistenciais e critérios de sucesso

O desempenho não deve ser medido apenas por logins, PDFs ou mensagens. Recomenda-se medir PICA completo em altas elegíveis, tarefas críticas com responsável, exames pendentes revisados em prazo clínico, encaminhamentos registrados, orientações compreendidas, pacientes com alternativa não digital e situações de acesso indevido.

Desfechos como retorno ao PS e reinternação devem ser analisados com ajuste de risco e contexto.

Comparar linha de base com período pós-implantação e registrar denominadores claros; não atribuir automaticamente redução de reinternações à ferramenta. Manter análise qualitativa de eventos evitáveis e de experiência de pacientes e profissionais para aperfeiçoar os fluxos.

Indicador	Fórmula proposta	Risco de interpretação
Plano concluído na alta	PICA completo / altas elegíveis	Preenchimento sem qualidade
Pendência atribuída	Pendências com revisor / total de pendências	Responsável fictício ou genérico
Pendência resolvida	Pendências com ação documentada / elegíveis	Marcar “enviado” como resolvido
Retorno confirmado	Retornos com evidência / retornos agendados	Confundir solicitação com agendamento
Acesso inclusivo	Altas com entrega acessível / elegíveis	Excluir pacientes sem internet

21.24 Etapas de implantação e aprovações

Fase 1: padronizar campos, estrutura de tarefas, responsáveis e checklist de alta. Fase 2: testar PICA em linhas de cuidado selecionadas com documentos de treino e simulações; avaliar carga de trabalho, clareza, privacidade e segurança. Fase 3: ampliar progressivamente e avaliar possíveis integrações com rede municipal por instrumentos formais. Não ampliar escopo sem auditoria de resultados e riscos.

Go-live depende de aprovação clínica, administrativa, tecnológica e jurídica, especialmente de rotinas para exames pendentes, canal de atendimento, acessibilidade, registro de autoria e plano de contingência. O manual aprovado não representa autorização regulatória ou acordo de interoperabilidade concluído.

21.25 Contingências e prevenção de falsas promessas

Se retorno ainda não estiver agendado, a redação deverá ser explícita: “encaminhamento orientado/solicitado; agendamento ainda não confirmado”. Se exame não estiver concluído, o status deve permanecer pendente, com revisor designado. Quando contato com unidade de destino falhar, registrar a tentativa e definir uma ação segura subsequente.

Não criar data fictícia, profissional inexistente ou garantia de obtenção de medicamentos. A transparência sobre limites da rede é obrigação de segurança; ela permite ao paciente e aos profissionais reconhecer necessidades não resolvidas e buscar o caminho assistencial correto.

21.26 Casos de uso clínicos para validação

Caso A: colecistectomia com anatomopatológico pendente e retorno cirúrgico; caso B: insuficiência cardíaca com ajuste medicamentoso e necessidade de seguimento; caso C: alta pós-UTI com fragilidade e fisioterapia; caso D: diabetes com nova insulinoterapia; caso E: paciente sem smartphone e dependente de cuidador; caso F: exame crítico liberado após alta. Todos os casos devem testar definição de responsável, prazo, contingência e leitura pelo destinatário.

Para cada cenário, verificar discrepâncias entre Sumário, prescrição e PICA; impossibilidade de falsa confirmação de consulta; bloqueio de acesso indevido; clareza de sinais de alerta; e resposta a atraso de exame. Critério de aceitação é a continuidade segura, não apenas a renderização correta da tela.

Modelo mínimo de registro do PICA — especificação institucional proposta

Bloco do plano	Conteúdo obrigatório no fluxo Canaã	Responsável pela validação
Identificação	Paciente, episódio, data, versão, fontes	Cadastro + médico da alta
Problemas ativos	Condição, estado clínico, risco, necessidade	Médico responsável
Medicação vigente	Referência à receita final e alterações	Prescritor + revisão farmacêutica
Metas e atividades	Ação concreta, prioridade, prazo, responsável	Equipe pertinente / coordenador
Retornos	Especialidade, status real, serviço, orientação	Médico + coordenação
Exames pendentes	Exame, resultado esperado, revisor, escalonamento	Médico designado
Sinais de alerta	Sintomas individualizados e conduta imediata	Médico + educação pela enfermagem
Acessibilidade	Cópia, cuidador permitido, teach-back	Enfermagem + serviço social

Checklist de conclusão da transição antes da saída

- O paciente dispõe de Sumário de Alta e receita corretos, assinados e coerentes com o PICA.
- Todos os problemas ativos do plano possuem ação e orientação compreensível.
- Retornos estão classificados de modo fiel: indicado, solicitado, regulado ou agendado.
- Há responsáveis e prazos clínicos para todos os exames relevantes pendentes.
- Sinais de alerta e caminho para urgência foram explicados e compreendidos.

- Foram avaliadas barreiras de medicamentos, dispositivos, transporte, compreensão e apoio domiciliar.
- Há alternativa de entrega física ou assistida para quem não utiliza o portal.
- Está definido o que a unidade hospitalar fará se uma tarefa crítica ficar atrasada.
- Foram validados autoria, versão, privacidade e contato institucional de orientação.

Matriz de cenários e aceitação para o piloto

Cenário	Teste principal	Critério de aceite
T21-A exame pendente	Anatomopatológico liberado após alta	Revisor designado, conduta e contato rastreados
T21-B retorno não agendado	Encaminhamento sem vaga	Status fiel, instruções e contingência
T21-C paciente sem internet	Alta com cuidador	Entrega física segura e orientação registrada
T21-D sinais graves	Mensagem com dor torácica e dispneia	Orientação emergencial, sem espera de chatbot
T21-E medicação alterada	Receita nova após erro identificado	Versão, aviso ativo e decisão médica
T21-F pós-UTI	Fragilidade e múltiplos cuidados	Plano integrado e responsabilidades claras

Referências normativas, técnicas e científicas

A numeração permite revisão bibliográfica do capítulo. Fontes primárias oficiais prevalecem sobre resumos; atos e modelos técnicos devem ser revalidados antes da implantação e sempre que houver atualização. Links de consulta registrados em 02/11/2026.

[1] Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390/2013 — Política Nacional de Atenção Hospitalar. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[2] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604/2023 — Política Nacional de Atenção Especializada. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[3] AHRQ. Re-Engineered Discharge Toolkit — coordenação do plano após alta. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

[4] NICE. NG27 — Transition between inpatient hospital settings and community settings. https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/chapter/Recommendations

[5] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — modelo de informação do Sumário de Alta. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[6] AHRQ. Tool 3 — Como executar o RED e acompanhar resultados pendentes. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool3.html

[7] AHRQ. Tool 5 — Contato telefônico pós-alta. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html

[8] Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Saúde Digital 2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[9] Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS e interoperabilidade. https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html

[10] Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.381/2024 — documentos médicos. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381

Registro de apreciação técnico-institucional

Instância revisora	Manifestação / data / assinatura
Direção Técnica e Direção Clínica	_____
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	_____
Enfermagem / Farmácia / Serviço Social	_____
TI / Segurança / Encarregado LGPD	_____
Instituto de Ciências Médicas Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 22

CONTRARREFERÊNCIA ATIVA PARA UBS, ATENÇÃO ESPECIALIZADA E EQUIPES DE REFERÊNCIA

Coordenação do cuidado, transmissão estruturada, recepção confirmada e articulação formal com a Rede de Atenção à Saúde

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação sem fins lucrativos
Implantação piloto prevista	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto institucional em fase de estruturação
Código e versão	PDSC-MAN-C22 | versão 0.1 | 02/11/2026
Estado editorial	MINUTA para avaliação e aprovação; nenhum fluxo de integração deve ser presumido em operação
Progresso do manual	Capítulos 01 a 21 aprovados; capítulos 22 e 23 em avaliação independente
Áreas de validação	Direção Técnica; Coordenação de Transição; interlocução com APS e atenção especializada; Regulação; Qualidade/NSP; TI; Jurídico/LGPD
Classificação das regras	Normas legais vigentes / referência técnico-científica / proposta institucional Canaã / pactuação necessária
Condição para compartilhamento	Compartilhamento automatizado com rede SUS depende de finalidade, base legal, instrumento pactuado, segurança e homologação, quando exigida.

Resumo executivo

A contrarreferência ativa transforma a alta hospitalar em uma transição organizada, com informações suficientemente claras para que o serviço de destino compreenda o tratamento já realizado, os riscos persistentes e as próximas decisões necessárias. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.604/2023, atribui à Atenção Primária papel central na coordenação do cuidado e orienta referências seguras e informadas entre pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além do compartilhamento de informação e de protocolos pactuados [1].

O modelo Canaã combina três objetos distintos: **(a) Sumário de Alta assinado**, documento médico do episódio; **(b) Plano Individual de Continuidade Assistencial (PICA)**, que registra condutas, prazos e responsáveis; **(c) contrarreferência**, mensagem assistencial dirigida ao serviço que deverá acompanhar a pessoa. O comprovante de envio não prova recebimento, e o recebimento técnico não comprova que houve atendimento clínico. O programa propõe estados verificáveis, circuitos de confirmação e contingências proporcionais ao risco [1–4].

LIMITE INSTITUCIONAL ESSENCIAL O Hospital Canaã ainda não possui integração formal comprovada com e-SaúdeSP, RNDS ou agendas/regulação municipais. Este capítulo define arquitetura e fluxos a negociar com o gestor; não autoriza encaminhamento direto para vagas fora do sistema oficial, nem cria fila, obrigação de resposta ou prazo compulsório para unidades externas.

Objetivos operacionais e resultados pretendidos

- Assegurar que cada alta elegível tenha serviço ou equipe de referência identificado, plano de seguimento e informação clínica transmitível de modo seguro.
- Definir critérios clínicos para comunicação ativa nos casos de maior risco, sem exigir adesão a um canal digital específico.
- Registrar prova proporcional de envio, recebimento, acolhimento e conclusão, preservando a distinção entre esses eventos.
- Reduzir perda de resultados pendentes, reconciliação inadequada de medicamentos e dúvidas sobre responsabilidades entre serviços.
- Pactuar integração com o gestor SUS antes de declarar acesso interoperável, agenda confirmada ou comunicação direta entre estabelecimentos.

22.01 Conceito, abrangência e requisitos mínimos

Contrarreferência é o processo de devolver à rede informações, necessidades e responsabilidades após cuidado em serviço de maior densidade tecnológica. No Canaã, a contrarreferência ativa não é mero ofício padronizado: inclui mensagem clínica, seleção de destino apropriado, plano terapêutico e registro das ações de comunicação. A APS coordena longitudinalmente o cuidado quando esse é o arranjo territorial aplicável [1].

São elegíveis altas de internação clínica, cirúrgica e pós-UTI; pacientes que requerem ambulatório especializado, reabilitação, atenção domiciliar, assistência farmacêutica, saúde mental ou vigilância poderão demandar mais de um destino. Encaminhamento entre unidades e transferência regulada não são sinônimos; a decisão e a classificação de cada fluxo seguem protocolos locais e contratos.

22.02 Base normativa e contrato assistencial

A PNAES prevê responsabilidade multiprofissional pela referência segura e informada, o compartilhamento de informações e a definição conjunta de protocolos. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) contempla a alta responsável e a articulação com a RAS. A Portaria GM/MS nº 8.026/2025 disciplina o modelo de informação nacional do Sumário de Alta [1–3].

As regras específicas de transporte, referência territorial, regulação, recepção e eventual uso de sistemas municipais serão validadas por instrumentos com a Secretaria Municipal da Saúde e pelos atores competentes. O manual distingue exigências nacionais de SLAs, módulos e checklists que o Instituto poderá adotar somente após avaliação local e formalização.

22.03 Governança territorial e vinculação do usuário

A escolha da unidade de destino deve considerar cadastro e território informado, existência de equipe de referência, condição funcional, linha de cuidado, complexidade da necessidade e preferência/possibilidades do paciente. A atenção primária não deve ser substituída por atendimento ambulatorial hospitalar sem justificativa; as duas instâncias podem atuar de maneira complementar.

No caso do Hospital Canaã, situado na região central de São Paulo, a articulação deverá considerar a organização territorial municipal vigente e seus canais de comunicação. Antes de atribuir usuário a UBS específica, confirmar endereço/adscrição e critérios municipais, registrando “unidade de destino a confirmar” quando não houver evidência adequada.

22.04 Critérios clínicos de priorização da contrarreferência

Proposta de estratificação: prioridade crítica (ameaça imediata ou resultado que exige ação urgente), alta (risco de descompensação precoce, terapia de alto risco, vulnerabilidade ou necessidade de acompanhamento em curto prazo), usual (acompanhamento programável) e apoio social (barreira de acesso que pode comprometer qualquer uma das anteriores). Não se presume prazo único para todas as doenças.

A prioridade deve ser definida clinicamente e revisada antes da alta; circunstâncias como nova insulinoterapia complexa, anticoagulação, insuficiência cardíaca descompensada, pós-UTI frágil e cirurgia com anatomopatológico pendente podem elevar o risco. Situação emergencial não deve aguardar contrarreferência eletrônica ou retorno ambulatorial.

22.05 Definição dos destinos: UBS e ESF

Para condições crônicas, seguimento farmacoterapêutico e coordenação longitudinal, o pacote à UBS deve conter problema de saúde, decisão hospitalar, medicação vigente, alterações relevantes, monitorização, prazo recomendado, sinais de alerta e pendências. Identificar necessidade de avaliação pela equipe de saúde da família ou de agentes comunitários sem atribuir obrigações não pactuadas.

A comunicação à UBS deve ser concisa e orientada à tomada de decisão. Evitar transferir o prontuário inteiro como PDF volumoso, conteúdo de terceiros ou dados sensíveis sem relevância clínica. Quando a UBS não estiver identificada, registrar essa lacuna e iniciar via institucional adequada de identificação/encaminhamento.

22.06 Destino: ambulatórios e especialistas

O encaminhamento especializado deve formular pergunta clínica objetiva e a justificativa de prioridade: por exemplo, ajuste de anticoagulação, seguimento nefrológico após injúria

renal aguda, manejo pós-AVC ou avaliação de complicação cirúrgica. Registrar resultados prévios relevantes para evitar repetição desnecessária de exames.

O status do pedido deve refletir a realidade: indicado, solicitado, inserido em regulação, agendado, realizado ou cancelado. Só apresentar data e local quando houver confirmação formal. O Passaporte não pode sugerir que o hospital dispõe de agenda privada ou prioridade sobre a fila regulada do SUS.

22.07 Destinos adicionais: reabilitação, SAD e assistência social

Pacientes com fragilidade, déficit funcional, dependência de oxigênio ou dispositivos, necessidades nutricionais, dificuldades de deglutição ou cuidado domiciliar complexo podem exigir encaminhamentos multiprofissionais. A avaliação deve destacar funcionalidade, metas e recursos necessários, com identificação de quem orientou e quem poderá revisar.

A indicação de serviço de atenção domiciliar, reabilitação ou benefício social não comprova aceitação; exige critérios de elegibilidade e fluxos oficiais. Quando houver recurso indisponível, deve existir plano clínico de contingência, avaliação social e registro de pendência para que o risco não seja ocultado na alta.

22.08 Composição do pacote mínimo de contrarreferência

O conjunto deve incluir identificação segura do paciente e episódio, origem e destinatário, Sumário de Alta assinado ou referência verificável, PICA atualizado, diagnóstico principal e problemas ativos, alterações medicamentosas, alergias, procedimentos relevantes, resultados pendentes, sinais de alerta, orientação de retorno e contato institucional apropriado.

Para cada arquivo ou dado estruturado, preservar autoria, data, versão e fonte. Usar código de prioridade e uma solicitação clínica explícita. Não transcrever dados autodeclarados como diagnósticos confirmados; não incorporar por padrão antecedentes irrelevantes para a finalidade assistencial.

Campo essencial	Conteúdo para decisão	Origem / validação
Identificação	Paciente, dois identificadores, episódio, emissor	Cadastro / conferência da equipe
Síntese clínica	Diagnóstico, intervenções e situação na alta	Sumário de Alta médico assinado
Medicação / alergia	Esquema vigente, mudanças e riscos	Receita validada + conciliação
PICA e ações	Retorno, prazo, serviço, ações e pendências	Equipe multiprofissional e médico
Destinatário	Serviço e objetivo clínico do encaminhamento	Coordenador de transição
Status / versão	Envio, confirmação real, atualização e autoria	Sistema auditável

22.09 Decisão sobre o canal de transmissão

Fase inicial: entrega de documento ao paciente, cópia impressa quando necessária e possibilidade de compartilhamento seguro gerado pelo portal. Fases posteriores: comunicação institucional pactuada e integração estruturada com interfaces oficiais disponíveis. O canal deve ser compatível com segurança, acessibilidade, rastreabilidade e capacidade real do destinatário.

E-mail pessoal, grupos abertos de mensagens e QR code que exponha dados clínicos sem autenticação não devem ser canais padrão. Eventual troca por meio eletrônico institucional demanda avaliação jurídica/técnica, controles de identidade, minimização, criptografia conforme risco e registro de incidentes. Evitar prometer integração com RNDS ou e-SaúdeSP sem homologação [5–7].

22.10 Regulação: preservação do fluxo público oficial

Pedidos de consultas, exames ou acesso especializado devem seguir regulação e pactuação correspondentes. O módulo digital Canaã poderá gerar informação clínica estruturada para instruir a solicitação; não deve criar marcação paralela nem atribuir automaticamente prioridade ao paciente por ser portador do Passaporte.

O indicador de sucesso não deve ser “vagas geradas pelo Passaporte”, mas qualidade da informação, redução de perda na transição e seguimento da solicitação dentro das competências autorizadas. A responsabilidade de decidir acesso e priorização nos sistemas oficiais permanece com o arranjo regulatório pactuado [1,8].

22.11 Etapas do fluxo ativo e pontos de controle

Fluxo proposto: avaliação de alta → elegibilidade e estratificação → identificação de destino(s) → emissão de Sumário/PICA → seleção de informações necessárias → validação → entrega e/ou envio seguro → confirmação quando possível → acompanhamento de pendências → encerramento auditável. Cada etapa deve apresentar responsável e status documental.

A coordenação de transição não deve efetuar atos médicos, confirmar consulta não agendada ou encerrar pendência clínica sem revisor habilitado. Nos casos de alto risco, definir comunicação direta profissional-profissional sempre que permitida e operacionalmente disponível; ausência de canal pactuado exige rota de contingência, não simulação de confirmação.

22.12 Comunicação em circuito fechado

A mensagem crítica deve identificar origem, destinatário, conteúdo, motivo da urgência e ação requerida. “Enviado”, “entregue tecnicamente”, “recebido por serviço”, “revisado por

profissional” e “ação registrada” são eventos distintos. Um recibo de servidor não equivale a cuidado prestado.

Quando a condição clínica exigir, a equipe emissora buscará confirmação direta por um profissional competente, com registro de horário, nome, resposta e plano. A AHRQ recomenda transmitir o resumo ao clínico pós-alta e acompanhar resultados pendentes; trata-se de orientação de segurança, não de promessa de conexão eletrônica já disponível [4].

Evento	Significado	Pode comprovar atendimento?
Orientado	Paciente recebeu indicação e instruções	Não
Solicitado	Encaminhamento/pedido registrado	Não
Enviado	Transmissão iniciada/registrada	Não
Entregue tecnicamente	Sistema/canal acusou entrega	Não
Recebido institucionalmente	Serviço confirmou recepção	Não, isoladamente
Avaliado / concluído	Profissional registrou ação/atendimento	Sim, conforme prova específica

22.13 Definição de responsabilidade após a alta

O médico responsável pela alta valida condutas e a necessidade de seguimento; o cirurgião titular permanece responsável pelo seguimento cirúrgico nos termos do modelo aprovado; o hospitalista apoia comorbidades e transição; a enfermagem orienta o paciente; a farmácia qualifica medicamentos; a coordenação de transição operacionaliza contatos.

Não se deve deslocar integralmente a responsabilidade pelo exame pendente para a UBS sem comprovação de recebimento e aceitação dos fluxos pactuados. Até a transmissão segura e o encerramento da responsabilidade específica, o Hospital Canaã manterá designação interna de revisor clínico, conforme seus protocolos e instrumentos contratuais.

Atividade	Responsável principal proposto	Comprovação
Definir prioridade e plano	Médico da alta / cirurgião titular	Sumário/PICA assinado
Identificar destino e fluxo	Coordenação de transição / regulação	Registro de unidade e protocolo
Conferir medicamentos	Prescritor e farmácia	Receita/conciliacão final
Revisar pendência crítica	Médico designado	Decisão clínica e contato
Orientar e avaliar compreensão	Enfermagem/serviço social, conforme caso	Registro de orientação
Monitorar falha de processo	Qualidade / NSP / gestor	Incidente, ação corretiva e auditoria

22.14 Resultados pendentes, achados críticos e devolutivas

Anatomopatológicos, culturas, laudos definitivos e exames com achado relevante podem estar pendentes na data de saída. O registro deverá identificar exame, data, laboratório ou prestador, expectativa de conclusão, revisor nomeado, ação necessária e plano de contato. A comunicação de resultados críticos segue caminho próprio de urgência.

Não se deve atribuir ao paciente a obrigação exclusiva de acessar o portal para descobrir resultado grave. O Capítulo 24 detalhará os requisitos técnicos; neste capítulo, a contrarreferência somente pode ser considerada concluída quanto ao exame quando houver evidência de revisão e comunicação adequadas.

22.15 Conciliação de medicamentos na transição

As medicações de uso domiciliar precisam ser distinguidas das administradas exclusivamente na internação, com registro de início, suspensão ou mudança e justificativa clínica relevante. Informar monitorização e revisão recomendada para fármacos de risco como anticoagulantes, insulina e terapias renais específicas.

O encaminhamento deve apontar documento de receita vigente e data de sua assinatura, evitando mensagens conflitantes. Dúvidas de reconciliação exigem revisão por prescritor e farmacêutico conforme organização institucional; não devem ser solucionadas por cópia automática de lista histórica [9].

22.16 Educação e participação do paciente e cuidador

Antes da saída, explicar ao paciente qual unidade deverá procurar, que documentação levar, o que já foi solicitado, como acompanhar etapas e quando procurar urgência. Verificar compreensão por teach-back quando aplicável, em linguagem simples e respeitando deficiência, idioma e alfabetização em saúde.

Permitir cópia física e apoio assistido, pois dependência de telefone e conectividade pode produzir inequidade. A participação do familiar não dá acesso ilimitado aos dados sensíveis: representação, autorização e finalidade devem ser verificadas antes de divulgar informações.

22.17 Privacidade, necessidade e base legal

O compartilhamento de dados clínicos envolve informações sensíveis e depende de finalidade específica, base legal adequada e controles de segurança; consentimento não é a única hipótese legal de tratamento na saúde. A instituição deverá mapear controladores,

operadores, destinatários e tratamentos, com instrumento e registro quando aplicável [5–7].

O Guia da ANPD e a orientação pública do Ministério da Saúde destacam formalização, objeto, finalidade, minimização, prazo, transparência e segurança. O desenho institucional deve prever política de acesso, auditoria, resposta a incidentes e avaliação de risco para cada canal ou integração.

22.18 Rastreabilidade, prova e validade de registros

Cada comunicação gera identificador de mensagem, vínculo a episódio, versão de documento, destinatário, meio, protocolo e eventos de status. Caso uma mensagem seja corrigida, a retificação deve preservar o original e comunicar alterações clinicamente relevantes ao destinatário quando o canal permitir.

A trilha de auditoria não substitui o relato assistencial e não prova leitura humana por si só. Deve existir política de retenção, correção e acesso autorizado compatível com a legislação e o contrato hospitalar, evitando armazenamento excessivo de cópias sem necessidade.

22.19 Falhas de comunicação e caminhos de contingência

Falhas típicas: unidade de referência desconhecida, CPF/CNS inconsistente, documento não assinado, endereço eletrônico errado, indisponibilidade de sistema, retorno sem vaga, falha de confirmação e paciente sem meio digital. Cada tipo requer classificação, responsável e limite de tempo proporcional ao risco.

Se a comunicação digital falhar, oferecer documento impresso validado e orientação de apresentação ao serviço, sem ocultar risco que demande comunicação direta. Contatos de alto risco não resolvidos devem ser escalonados para coordenação médica/NSP conforme protocolo, com retorno do caso à equipe responsável.

22.20 Integração futura com RNDS e sistemas municipais

A RNDS é infraestrutura nacional de interoperabilidade para informação clínica; o SUS Digital Profissional permite visualização de dados efetivamente disponíveis na RNDS no contexto assistencial. A extensão do conteúdo visível depende de envio e processamento dos dados, modelos vigentes e habilitação de acesso [3,10,11].

O Canaã deverá documentar mapeamento FHIR, testes de identidade, autorização, integração, duplicidade e reconciliação sem confundir preparo técnico com autorização. O envio de Sumário de Alta à RNDS, quando aplicável, não garante que o destinatário municipal receba uma tarefa ou que uma consulta seja agendada automaticamente.

22.21 Pactuação municipal e responsabilidade das partes

Antes do uso institucional ativo com unidades externas, propor matriz de cooperação que delimite quem envia, quem recebe, quem pode responder, como tratar dados e em que situações haverá retorno ou acionamento direto. Validar se a UBS atende a área de adscrição, quais recursos municipais existem e a responsabilidade pela regulação.

Deverão ser negociados critérios de elegibilidade, conteúdos mínimos, incidentes, política de acesso, procedimentos para indisponibilidade e auditoria. Evitar formular obrigação unilateral para serviços da Prefeitura; compromissos de tempo e recebimento só poderão ser considerados vigentes após pactuação.

Indicador proposto	Definição / denominador	Controle de distorção
Destino identificado	Altas elegíveis com destino válido / altas elegíveis	Não contar UBS presumida
Pacote completo	Encaminhamentos com elementos mínimos / elegíveis	Auditar acurácia clínica
Recepção confirmada	Mensagens com confirmação de recepção / enviadas	Separar confirmação de leitura
Pendências atribuídas	Pendências com revisor nomeado / pendências	Não admitir responsável genérico
Falha crítica de transmissão	Falhas de alto risco / transições de alto risco	Registrar via de contingência

22.22 Indicadores, auditoria e qualidade

Adotar indicadores de completude do pacote, contrarreferência com destino identificado, envio documentado, confirmação real, pendências críticas com responsável, falhas de encaminhamento e necessidade de recontato. Definir denominadores, população elegível e fontes de comprovação.

Acompanhar resultados por linha de cuidado e risco, e não apenas número bruto de mensagens ou documentos. Para analisar reinternações e retorno à urgência, considerar gravidade e condições sociais; não atribuir automaticamente variação de desfechos ao Passaporte sem método adequado.

22.23 Implantação gradual e critérios de homologação

Etapa 1: demonstrar pacote e registro em ambiente de testes com dados sintéticos. Etapa 2: piloto assistencial com entrega ao paciente e comunicação interna; avaliação de qualidade, tempo e segurança. Etapa 3: eventual pactuação com unidades receptoras e integração tecnológica validada. Etapa 4: monitoramento e expansão incremental.

O início de operação real exige direção clínica, qualidade, TI, encarregado LGPD e instâncias de rede quando aplicável. Para integrações, requer testes de identidade, autenticação, mínima necessidade, recebimento, retificação, indisponibilidade e resposta a incidente. Um capítulo aprovado não é homologação de software.

22.24 Cenários de aplicação e simulações

Cenário A: paciente pós-colecistectomia com anatomopatológico pendente, retorno com cirurgião e avaliação pela UBS. Cenário B: insuficiência cardíaca com ajuste de diurético e necessidade de monitorização clínica. Cenário C: alta pós-UTI com fragilidade e reabilitação. Cenário D: paciente sem celular que deve receber cópia e apoio.

Em todos os cenários testar se o encaminhamento chega ao destinatário correto, se o prazo tem justificativa clínica, se existe responsável pela pendência e se o sistema impede registro enganoso de “recebido” ou “agendado”. A falha de qualquer um desses itens acionará revisão do piloto.

Checklist operacional mínimo — contrarreferência ativa

- Identificação do paciente e episódio conferida com os documentos emitidos.
- Destinatário e objetivo clínico do encaminhamento identificados ou limitação explicitada.
- Sumário de Alta final assinado e PICA em versão compatível.
- Medicamentos de uso após alta e alergias reconciliados e legíveis.
- Resultados pendentes com responsável, prioridade e plano de comunicação.
- Status do encaminhamento registrado sem confundir envio com agendamento.
- Documento entregue em canal acessível e seguro ao paciente/cuidador autorizado.
- Rota de contingência definida para falha de comunicação ou ausência de vaga.
- Situações de alto risco comunicadas diretamente quando houver canal autorizado.
- Trilhas e responsáveis por atualização registrados antes do fechamento da tarefa.

Matriz de testes e critérios de aceitação para o piloto

Teste	Risco simulado	Critério de aceitação
T22-01 cadastro	Dois pacientes com nomes semelhantes	Bloqueio de envio ao destinatário errado
T22-02 ausência de integração	Nenhum canal municipal disponível	Não afirmar recebimento; rota alternativa
T22-03 retorno	Pedido sem agendamento	Status “solicitado”, nunca “agendado”
T22-04 exame	Anatomopatológico pendente após alta	Revisor, escalonamento e contato rastreados
T22-05 privacidade	QR code capturado por terceiro	Sem acesso a dado clínico não autenticado

Teste	Risco simulado	Critério de aceitação
T22-06 crítica	Alerta pós-alta de alto risco	Comunicação humana, resposta e documentação

Referências normativas, técnicas e científicas

Fontes oficiais e literatura técnico-científica consultadas em 02/11/2026. As descrições de fluxos, prazos, papéis e metas operacionais marcadas como propostas institucionais não constituem exigências legais universais nem declaração de integração efetiva. Antes da implantação, revalidar legislação, contrato, interfaces e aderência ao território.

[1] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604/2023 — Política Nacional de Atenção Especializada. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[2] Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390/2013 — Política Nacional de Atenção Hospitalar. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[3] Ministério da Saúde. Legislação RNDS / Portaria GM/MS nº 8.026/2025. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[4] AHRQ. Re-Engineered Discharge Toolkit — transmissão do sumário e continuidade. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

[5] Ministério da Saúde. LGPD e compartilhamento de dados pessoais. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd/compartilhamento-de-dados-pessoais

[6] ANPD. Guia sobre tratamento de dados pessoais pelo Poder Público. https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes

[7] ANPD. Perguntas Frequentes — bases legais e dados sensíveis. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes

[8] Ministério da Saúde. Legislação de regulação do acesso e modelo de informação. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/regulacao/regulacao-do-acesso/legislacao/legislacao

[9] AHRQ PSNet. Medication Reconciliation (2024). https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-reconciliation

[10] Ministério da Saúde. RNDS — plataforma nacional de interoperabilidade. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/rnds

[11] Ministério da Saúde. SUS Digital Profissional — perguntas frequentes. https://webatendimento.saude.gov.br/faq/susdigitalprofissional

[12] AHRQ. Followup phone call — RED Tool 5. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html

Registro de apreciação e aprovação institucional

Instância revisora	Parecer, data e assinatura
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação de Alta / Núcleo de Segurança do Paciente	_____

Instância revisora	Parecer, data e assinatura
Regulação / Gestão Assistencial / Articulação com APS	_____
Jurídico / Encarregado LGPD / TI	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 23

UTILIZAÇÃO DO PASSAPORTE EM NOVOS ATENDIMENTOS DE UPA E PRONTO-SOCORRO

Acesso rápido ao histórico clínico relevante, apoio à decisão na urgência e limites de segurança do registro digital

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Identificação
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — associação sem fins lucrativos
Implantação piloto prevista	Hospital Canaã, São Paulo/SP — projeto institucional em fase de estruturação
Código e versão	PDSC-MAN-C23 | versão 0.1 | 02/11/2026
Estado editorial	MINUTA para avaliação e aprovação; nenhum fluxo de integração deve ser presumido em operação
Progresso do manual	Capítulos 01 a 21 aprovados; capítulos 22 e 23 em avaliação independente
Áreas de validação	Direção Técnica; coordenação do PS/UPA; urgência e emergência; equipe médica e enfermagem; NSP; TI; LGPD; articulação com rede municipal
Classificação das regras	Normas legais vigentes / referência técnico-científica / proposta institucional Canaã / pactuação necessária
Condição para compartilhamento	Compartilhamento automatizado com rede SUS depende de finalidade, base legal, instrumento pactuado, segurança e homologação, quando exigida.

Resumo executivo

O Passaporte Digital de Saúde Canaã deverá permitir que, diante de um novo atendimento em UPA ou pronto-socorro, o paciente apresente rapidamente seu histórico hospitalar, Sumário de Alta, alergias, medicamentos vigentes na saída, exames e plano de seguimento. Essa informação pode auxiliar a avaliação inicial e evitar perda de dados entre serviços, mas **não constitui um prontuário único da rede nem substitui reavaliação clínica, anamnese, exame físico, triagem, protocolos de urgência ou novas investigações indicadas**. A Rede de Atenção às Urgências (RAU) estrutura fluxos de referência e contrarreferência entre os diversos serviços [1–3].

O modelo propõe acesso em três níveis: apresentação autenticada pelo paciente; documento assinado/verificável compartilhável; e consulta profissional via integração oficial quando esta for homologada e autorizada. Em casos de emergência, a equipe não deve postergar estabilização ou conduta tempo-dependente para localizar login, senha ou arquivo. O SUS Digital Profissional permite consulta a registros efetivamente disponíveis na RNDS no contexto de atendimento, mas não é demonstração de que informações do Canaã já estejam lá [2,4].

PRINCÍPIO ASSISTENCIAL O Passaporte é memória clínica útil e contextualizada, não diagnóstico atual automático. Dados antigos, medicamentos usados só no hospital e resultados incompletos devem ser identificados como tais. A avaliação da urgência e as medidas salvadoras precedem qualquer tentativa de acesso digital.

Objetivos clínicos e operacionais

- Favorecer leitura em minutos dos fatores relevantes à tomada de decisão, sem sobrecarregar o profissional com documentos integrais.
- Diminuir risco de erro de medicação, alergias ignoradas, repetição não indicada de exames e perda de histórico cirúrgico, sem supor redução automática de eventos.
- Definir autenticação adequada à finalidade assistencial, sem exposição de dados sensíveis a terceiros ou QR codes públicos.
- Preservar origem, autoria, atualidade e grau de certeza do dado apresentado, com destaque às mudanças desde a alta.
- Registrar uso do histórico e permitir novo encaminhamento ao cuidado longitudinal, observadas regras locais da rede.

23.01 Finalidade, cenário clínico e delimitação

O capítulo disciplina a consulta do histórico de um paciente previamente atendido no Hospital Canaã quando ele busca nova urgência por causa relacionada ou não à internação anterior. O médico poderá acessar informação oferecida pelo paciente ou por integração profissional autorizada, avaliada sempre quanto à pertinência clínica. O objetivo é apoiar decisão e continuidade, não transformar o histórico hospitalar em prescrição automática.

Há três contextos: retorno por complicação de procedimento ou internação; nova emergência com potencial interação entre tratamentos e condição atual; e atendimento por condição independente, no qual alergias, medicamentos e antecedentes relevantes ainda importam. O documento pode ser útil mesmo quando incompleto, desde que limites e data estejam visíveis.

23.02 Referencial normativo e coordenação da RAU

A Rede de Atenção às Urgências inclui UPA 24h, SAMU, serviços hospitalares e atenção primária e prevê organização integrada de fluxos de referência e contrarreferência. A PNAES reforça comunicação entre serviços e integralidade; a RNDS fornece mecanismos oficiais de interoperabilidade, respeitando sigilo e autorização [1–4].

Nenhuma norma citada garante acesso universal a todos os documentos hospitalares em qualquer UPA. Regras de perfis de usuários, consentimento quando aplicável, tutela da saúde e registros de acesso precisam ser definidas juridicamente. Protocolos de triagem e atendimento da rede permanecem soberanos.

23.03 Acolhimento, classificação de risco e tempo clínico

A equipe realizará acolhimento e classificação de risco sem esperar que o paciente desbloqueie dispositivo ou que o sistema sincronize. Para choque, dor torácica suspeita de síndrome coronariana, AVC agudo, insuficiência respiratória e outras condições tempo-dependentes, estabilização, diagnóstico imediato e terapias indicadas não são condicionados à consulta do Passaporte.

Após as primeiras medidas, quando apropriado, consultar informações anteriores para identificar contraindicações, cirurgias recentes, terapias, dispositivos e exames. O sistema deve apresentar uma mensagem clara de que o histórico não substitui avaliação atual e pode não conter eventos ocorridos após a última atualização.

23.04 Identificação positiva e relação com episódio

O usuário ou profissional deve confirmar o paciente por identificadores válidos, evitando corresponder registros por semelhança nominal ou foto. O histórico precisa distinguir a pessoa longitudinalmente de cada episódio assistencial e incluir datas, serviço emissor e documento assinado. Corrigir inconsistências antes de uso com potencial impacto clínico.

Se o paciente estiver inconsciente ou sem meios digitais, a assistência deve continuar e o acesso a eventuais sistemas oficiais dependerá das permissões aplicáveis ao profissional. Não admitir pesquisa livre irrestrita de prontuários por qualquer pessoa ou uso de conta do paciente para simular acesso profissional.

23.05 Três modalidades de apresentação autorizada

Modalidade A: paciente acessa seu portal autenticado e mostra a tela ao médico. Modalidade B: paciente apresenta documento PDF ou impresso assinado/verificável, com data e versão. Modalidade C: profissional utiliza ferramenta de rede integrada e autorizada, dentro do contexto assistencial, quando disponível.

Modalidades A e B não são equivalentes a interoperabilidade automática; C depende de integração oficial e contratos. O acesso não deve forçar paciente a revelar senha ao profissional. Na impossibilidade de acesso, utilizar entrevista, documentos disponíveis e contatos institucionais autorizados, sem atrasar o cuidado.

23.06 Visão clínica de emergência — conteúdo mínimo

Proposta de tela “Resumo para novo atendimento”: identificação e data de última atualização, diagnósticos ativos relevantes, alergias e respectivas reações, medicações declaradas em uso ou prescritas na alta, dispositivos/implantes, cirurgias recentes, antecedente de UTI, riscos específicos, resultados relevantes, exames pendentes e sinais de alerta orientados.

A tela deve distinguir **medicação prescrita na alta** de **uso atual confirmado** pelo paciente e **medicação administrada somente na internação**. Diagnósticos históricos não devem aparecer como diagnóstico atual sem validação. Conteúdo completo pode permanecer acessível por seções subsequentes e autenticação adequada.

Informação priorizada	Exibição proposta na emergência	Alerta semântico
Alergias	Agente, reação, gravidade e fonte	Ausência de registro ≠ ausência de alergia
Medicamentos	Receita da alta + data + relato de uso atual	Alta ≠ uso efetivo hoje
Cirurgias e implantes	Procedimento, data, lado/local e laudo	Histórico ≠ estado atual
Diagnósticos	Problemas relevantes e condição de alta	Hipótese ≠ diagnóstico confirmado
Resultados	Exame, data, laboratório e status	Pendente ≠ negativo
Documento	Sumário assinado, versão e autoria	Rascunho ≠ documento definitivo

23.07 Alergias e reações adversas

Alergia confirmada, relato do paciente e reação adversa não imune precisam ser diferenciados. Destacar agente, tipo de reação, gravidade, data e fonte, quando disponíveis, sem declarar “sem alergias” apenas por ausência de registro. O PS deve revisar ativamente a história durante novo atendimento.

Uma antiga lista incompleta não pode superar declaração atual do paciente. Se houver conflito entre Passaporte, prontuário da UPA e entrevista, registrar discrepância e manejar risco conforme julgamento profissional; os sistemas podem posteriormente receber atualização validada, sem apagar trilhas.

23.08 Medicamentos e conciliação na urgência

O paciente poderá ter ajustado terapias após a alta. Para anticoagulantes, antiagregantes, insulina, opioides, anticonvulsivantes ou imunossupressores, a data da prescrição, última dose informada e uso efetivo são mais relevantes que simples nome de medicamento em documento antigo. A conciliação deve incluir verificação com paciente/cuidador, prescrições e outras fontes disponíveis [5].

Evitar inferir adesão pela existência de receita. Não reproduzir lista de medicações hospitalares sem qualificação. Erros de dose ou interações potenciais devem ser avaliados pelo clínico e comunicados ao serviço de origem quando associados a documento incorreto.

23.09 Cirurgias recentes, implantes e riscos específicos

Para pacientes operados recentemente, destacar procedimento, data, lateralidade ou local, cirurgião titular, intercorrências, dispositivos ou materiais implantáveis relevantes e orientações sobre ferida, anticoagulação, mobilidade ou restrições. Dados técnicos como marca/modelo de implante ou laudo devem ser mostrados apenas quando disponíveis e pertinentes.

No retorno com febre, sangramento, dor intensa ou sinal de complicação, o médico da UPA deve conduzir avaliação clínica própria, considerar contato com o serviço cirúrgico e observar regulação de transferência quando necessária. Não pressupor que o paciente pode ser automaticamente admitido no Hospital Canaã.

23.10 Exames laboratoriais: interpretação temporal

Resultados anteriores podem informar linha de base renal, hematológica, hepática ou infecciosa, mas devem trazer data, unidade, referência quando disponível, laboratório e fonte. Valores antigos ou liberados depois do episódio exigem cautela com tendências, especialmente na desidratação, insuficiência renal, anemia e sepse.

O portal não deve classificar resultado como normal ou crítico por algoritmo simples sem contexto clínico e referência validada. Alterações recentes podem demandar nova coleta e conduta imediata; a mera existência de exame anterior não elimina indicação de reavaliação.

23.11 Imagem e anatomopatologia: acesso útil e seguro

O médico poderá consultar laudos de tomografia, radiografias, ultrassom ou outros exames produzidos no Canaã; imagens em padrão DICOM devem ser disponibilizadas em visualizador apropriado quando houver infraestrutura. Identificar data, região, exame, laudo preliminar/definitivo e eventual adendo.

Não se deve presumir que acesso ao laudo implica disponibilidade de todas as imagens ou que resultado histórico exclui nova doença. Anatomopatológico pendente precisa aparecer como pendente, com revisor hospitalar responsável, e não como diagnóstico definido.

23.12 Riscos clínicos persistentes e alertas individualizados

O bloco de risco poderá conter imunossupressão, história de reação grave a contraste, anticoagulação, risco de aspiração, dependência de diálise, dispositivos de vias aéreas ou condições que alterem manejo urgente. A presença de risco deve ter fonte e data, e sinalizar se foi confirmado, referido ou herdado de documento.

Alertas são apoio à decisão, não ordens ao médico. Evitar pop-ups excessivos que induzam fadiga de alarmes. Priorizar informação crítica verificável e manter possibilidade de examinar o documento original assinado.

23.13 Origem, autoria, data e confiança do dado

Cada item relevante deverá indicar origem (médico, paciente, laboratório, sistema externo), data de ocorrência, data de registro, atualização e documento de apoio. Informação autodeclarada deve ser visivelmente diferenciada de dado clínico validado; a cadeia de rastreabilidade permite ao profissional julgar confiabilidade.

Se houver retificação, indicar versão vigente e preservar histórico. O sistema não deve misturar dados de vários episódios em um resumo único sem distinguir temporalidade, especialmente quando terapias e diagnósticos mudaram.

23.14 Consulta de documentos em emergência — desenho de interface

A proposta de usabilidade prevê abertura rápida do resumo prioritário, com alergias e medicamentos em destaque, acesso aos detalhes por seções e atalho para Sumário de Alta assinado. Legendas de status precisam ser compreensíveis: “informado pelo paciente”, “validado em 02/11/2026”, “pendente” ou “último registro disponível”.

Fazer testes com médicos de pronto-socorro e enfermeiros em simulações clínicas, mensurando tempo até encontrar informação crítica, erros de interpretação e necessidade de rolagem. Interface bonita sem segurança semântica não é critério suficiente para implantação.

23.15 Acesso por QR code, link e documento impresso

Um QR code poderá permitir verificar assinatura e integridade de documento ou conduzir a sessão autenticada; nunca deve abrir, sem autenticação, dados clínicos sensíveis. URLs de compartilhamento devem ter finalidade definida, controles técnicos, validade e revogação conforme avaliação de risco.

Cópia impressa do Sumário e do PICA é alternativa essencial. Código ilegível, falta de internet ou perda do celular não devem comprometer acesso à informação mínima. Não exigir login complexo em atendimento urgente ao ponto de atrasar intervenções médicas.

23.16 Acesso profissional, sigilo e contexto assistencial

Na consulta por profissional da rede, a base legal adequada e os mecanismos de autorização devem ser analisados conforme a LGPD e o ambiente assistencial. Dados de

saúde são sensíveis; o acesso deve ser restrito à finalidade, ao usuário habilitado e ao contexto de tratamento, com logs e segregação de funções [4,6–7].

O SUS Digital Profissional descreve acesso no contexto de atendimento para profissionais habilitados e registros disponíveis na RNDS; não permite concluir que o Passaporte Canaã esteja automaticamente visível em UPA [4]. Controles excepcionais de emergência, se previstos, exigem justificativa, limitação e auditoria reforçada.

Rota	Condição para uso	Limitação / controle
Paciente mostra portal	Sessão autenticada do titular	Não solicitar senha ao profissional
PDF/impresso assinado	Autoria e data verificáveis	Pode estar desatualizado
Integração profissional	Permissões e contexto de atendimento	Somente dados existentes na RNDS
Acesso excepcional	Política aprovada e justificativa documentada	Auditoria reforçada e minimização

23.17 Situação sem conectividade, paciente sem telefone e falhas de serviço

Os serviços podem enfrentar indisponibilidade do portal, falta de conexão, senha perdida ou ausência de dados. A equipe deve recorrer a entrevista, documentos físicos, registros locais e contatos institucionais previstos, sem adiar medidas clínicas urgentes. Falha digital precisa gerar evento técnico quando relevante, mas não interromper o atendimento.

Para pessoas com deficiência, dificuldades cognitivas ou idioma diferente, oferecer acesso assistido e formas alternativas. A identidade de cuidador deve ser verificada antes de compartilhar dados além do necessário.

23.18 Revisão de dados conflitantes e atualização pós-atendimento

Quando alergia, medicamento ou diagnóstico apresentado difere do relato atual, o profissional da urgência registra a discrepância em seu próprio prontuário e age segundo julgamento clínico. O sistema Canaã pode prever fluxo posterior de comunicação de inconsistência, com revisão por profissional autorizado.

Uma UPA externa não deverá editar unilateralmente o Sumário de Alta histórico do Canaã. Correções exigem controle de origem e autoria; nova informação clínica deve ser registrada como novo evento, não sobrescrita silenciosa da história da internação anterior.

23.19 Comunicação com o hospital de origem e regulação

Se o novo atendimento exigir esclarecimento, a equipe poderá contatar canal institucional habilitado, com identificação do profissional, finalidade e registro da resposta. Em necessidade de transferência, utilizar fluxos regulatórios oficiais, sem promessa de leito ou prioridade baseada na existência do Passaporte.

Um diagnóstico grave novo, mesmo relacionado à cirurgia anterior, exige organização da assistência atual. O Acelera SUS Paulista Emergência é programa distinto do Passaporte: a ferramenta digital fornece contexto, enquanto protocolos de urgência e decisões clínicas governam atendimento.

23.20 Retorno à APS após o novo atendimento

O novo episódio da urgência deve produzir orientações e, quando os sistemas permitirem, um resumo assistencial que possa ser apresentado na UBS. O Passaporte Canaã, por ser produto do episódio hospitalar de origem, não deve afirmar incorporar automaticamente documentos de outra unidade sem autorização, interoperabilidade e fonte verificável.

O hospital poderá sinalizar ao paciente como atualizar seu histórico e obter novo documento. Caso haja rede integrada pactuada, prever reconciliação de eventos e exibir temporalidade e procedência de cada um, apoiando a coordenação longitudinal na APS.

23.21 Situações especiais: incapacidade e representação

Pacientes com rebaixamento de consciência, deficiência cognitiva ou sem documento devem receber atendimento urgente independente de login. Acesso por representante legal precisa observar documentação e limites da representação; parentesco isolado não autoriza visualização irrestrita de exames e diagnósticos.

Profissional deverá documentar finalidade e fonte do dado obtido, com cuidado adicional nos casos de adolescentes, pacientes em situação de violência, saúde mental e outros registros sensíveis. Avaliação jurídica e ética é necessária para políticas de acesso diferenciado.

23.22 Riscos de automação, IA e decisão clínica

IA poderá auxiliar na indexação e apresentação de informações já validadas, mas não deve inferir diagnósticos, sugerir ausência de contraindicação nem gerar orientações terapêuticas sem governança clínica e revisão. Priorizar modelo de dado verificável sobre resumos generativos não auditáveis.

O recurso automatizado deve explicitar limitações, manter documento original acessível e permitir reporte de erro. Em urgência, informação incompleta apresentada como certeza pode produzir dano maior que a própria ausência do registro.

23.23 Indicadores do uso responsável

Propor métricas de acesso efetivo em casos simulados, tempo para localizar alergia e medicamento, divergências percebidas, eventuais acessos não autorizados, indisponibilidade, clareza de datas e satisfação profissional. Medir erros evitados requer estudo específico, com revisão de casos e metodologia definida.

Não utilizar mero número de consultas ao Passaporte como evidência de melhoria clínica. Analisar desfechos de modo prospectivo, controlando complexidade, gravidade e disponibilidade de recursos. Ocorrências de segurança informacional terão canal próprio de investigação.

Indicador de homologação	Como testar	Resultado esperado
Alergia visível	Cenário com anafilaxia registrada	Identificação sem ambiguidade
Medicamento temporal	Anticoagulante suspenso após alta	Distinguir prescrito de em uso
Documento correto	Dois episódios e duas versões	Exibir versão vigente do episódio certo
Acesso indevido	Terceiro fotografa QR code	Não apresentar dado sensível
Operação offline	Falta de internet na recepção	Atendimento e contingência funcionam
Tempo de leitura	Simulação de paciente instável	Não interferir na estabilização

23.24 Homologação clínica, jurídica e tecnológica

Antes de disponibilizar o modo “Resumo de Urgência”, testar com profissionais de PS, enfermagem, segurança do paciente, TI e encarregado LGPD, usando dados sintéticos. Exigir bloqueio a acesso indevido, adequação de perfil, sinalização de informação desatualizada, rascunho não publicado e prova de versão.

A equipe deve aprovar os casos clínicos, o fluxo de falha do sistema e a distinção entre medicação histórica e vigente. Qualquer integração com rede municipal ou RNDS exigirá habilitação e documentação específica; a aprovação deste manual não equivale a autorização externa.

23.25 Casos clínicos de validação e critérios de decisão

Caso A: paciente pós-cirurgia vascular retorna com sangramento e uso de anticoagulante; caso B: paciente com AVC anterior procura UPA por alteração aguda de fala; caso C: diabético recém-iniciado em insulina apresenta hipoglicemia; caso D: paciente pós-UTI necessita avaliação respiratória; caso E: paciente sem celular tem documento impresso.

Testar se as informações corretas são recuperadas rapidamente sem comprometer a classificação de risco, se há tempo e fonte do medicamento e se a equipe sabe que deve agir conforme o estado clínico presente. Registrar falhas e repetir a homologação até atender critérios pactuados.

Checklist de consulta segura pelo profissional de urgência

- Classificação de risco e medidas imediatas realizadas sem depender do Passaporte.
- Identidade do paciente e correspondência do documento conferidas.
- Data da última atualização, origem e versão examinadas.
- Alergias e medicamentos reconciliados com relato atual e outras fontes.
- Cirurgias recentes, dispositivos e antecedentes relevantes avaliados, quando pertinentes.
- Exames anteriores interpretados no contexto clínico e temporal correto.
- Incertezas, informação ausente e achados pendentes identificados.
- Acesso profissional ou compartilhamento pelo paciente realizado de maneira segura.
- Divergências críticas documentadas e comunicação adequada realizada.
- Decisões clínicas registradas no prontuário do novo atendimento, não no sumário histórico.

Matriz de riscos e barreiras de segurança — piloto de urgência

Falha potencial	Dano possível	Barreira proposta
Documento de paciente errado	Conduta para pessoa incorreta	Identificação positiva e vínculo a episódio
Medicamento hospitalar interpretado como atual	Duplicação ou erro terapêutico	Rotulagem temporal e reconciliação
Alergia não cadastrada interpretada como negativa	Exposição a agente alérgeno	Estado “não informado” e entrevista
QR code público expõe diagnóstico	Violação de sigilo	Autenticação e controle de sessão
Documento desatualizado	Falsa sensação de segurança	Exibir datas, fonte e versão
Sistema offline	Atraso do cuidado	Fluxo físico e cuidado independente do portal

Referências normativas, técnicas e científicas

Fontes oficiais e literatura técnico-científica consultadas em 02/11/2026. As descrições de fluxos, prazos, papéis e metas operacionais marcadas como propostas institucionais não

constituem exigências legais universais nem declaração de integração efetiva. Antes da implantação, revalidar legislação, contrato, interfaces e aderência ao território.

[1] Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências (RAU). https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-de-urgencia

[2] Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/rau/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias

[3] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604/2023 — PNAES. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[4] Ministério da Saúde. Perguntas Frequentes: SUS Digital Profissional. https://webatendimento.saude.gov.br/faq/susdigitalprofissional

[5] AHRQ PSNet. Medication Reconciliation (2024). https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-reconciliation

[6] ANPD. Perguntas frequentes — bases legais e dados sensíveis. https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes

[7] Ministério da Saúde. LGPD e compartilhamento de dados pessoais. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd/compartilhamento-de-dados-pessoais

[8] Ministério da Saúde. RNDS — visão geral e interoperabilidade. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/rnds

[9] AHRQ PSNet. Handoffs: transição de responsabilidade clínica. https://psnet.ahrq.gov/primer/handoffs

[10] Ministério da Saúde. Legislação RNDS / Sumário de Alta GM/MS 8.026/2025. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao/

[11] Ministério da Saúde. Meu SUS Digital — registros e acesso do cidadão. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital/meususdigital

[12] Ministério da Saúde. Componente SUS Digital — profissionais e registros clínicos. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/componente-sus-digital

Registro de apreciação e aprovação institucional

Instância revisora	Parecer, data e assinatura
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação de Alta / Núcleo de Segurança do Paciente	_____
Regulação / Gestão Assistencial / Articulação com APS	_____
Jurídico / Encarregado LGPD / TI	_____
Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 24

RESULTADOS PENDENTES, ACHADOS CRÍTICOS E COMUNICAÇÃO APÓS A ALTA

Rastreabilidade dos exames, resposta clínica tempestiva, contato seguro e encerramento de pendências de alta hospitalar

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Definição controlada
Organização proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — entidade privada sem fins lucrativos
Aplicação inicial prevista	Hospital Canaã, São Paulo/SP — programa institucional em planejamento
Identificação	PDSC-MAN-C24 | versão 0.1 | 02 de novembro de 2026
Estado do texto	MINUTA técnico-institucional; procedimentos dependem de revisão e aprovação local
Controle editorial	Capítulos 01–23 aprovados; capítulos 24 e 25 apresentados separadamente para avaliação
Áreas de validação	Direção Técnica; médicos titulares; coordenação da alta; laboratório/diagnóstico; enfermagem; farmácia; NSP; TI; jurídico/LGPD
Referencial de hierarquia	[N] exigência normativa; [R] recomendação técnico-científica; [P] proposta operacional Canaã; [A] exigência condicionada a acordo/integração
Condição de implantação	Não declara operação hospitalar, acesso externo a PEP, parceria municipal ou integração RNDS já existente.

Resumo executivo e posicionamento institucional

O problema do **resultado que chega depois da alta** constitui um ponto crítico da transição do cuidado: um exame pode estar tecnicamente liberado sem ter sido visto, interpretado ou convertido em conduta por profissional responsável. AHRQ identifica falhas recorrentes na comunicação desses resultados e recomenda listar, ainda na alta, exames pendentes, responsável pelo seguimento e data ou condição de revisão [1–3]. O programa Canaã não tratará a simples publicação de um laudo no portal como prova de cuidado concluído.

O modelo proposto estabelece uma **cadeia auditável**: pedido → coleta/realização → resultado emitido → classificação clínica → ciência do profissional → decisão documentada → comunicação ao paciente ou serviço de referência → acompanhamento até encerramento. A obrigação de regular o serviço de análises clínicas decorre da RDC Anvisa nº 978/2025, alterada pelas RDCs nº 986/2025 e nº 1.043/2026, enquanto prazos e funções detalhadas do acompanhamento hospitalar deverão ser pactuados como política interna e contratos [4–6].

LIMITE DE INTERPRETAÇÃO JURÍDICA A RDC 978/2025 define requisitos sanitários para serviços de exames de análises clínicas, inclusive fluxos de comunicação de resultados potencialmente críticos; não substitui normas específicas de radiologia, patologia, prontuário, nem fixa, por si só, todos os prazos hospitalares de reavaliação. O protocolo Canaã preencherá essas lacunas por decisão clínica e governança formal.

Objetivos de segurança e resultados verificáveis

- Garantir que exames pendentes sejam explicitamente reconhecidos na alta e acompanhados até decisão clínica documentada.
- Diferenciar produção/liberação do laudo, leitura pelo prescritor, avaliação clínica, contato e encerramento de tarefa.
- Organizar escalonamento para resultados que possam exigir intervenção imediata, sem depender de leitura de notificação pelo paciente.
- Proteger dados sensíveis, registrar tentativas de contato e manter alternativas presenciais e telefônicas quando o portal não puder ser utilizado.
- Mensurar completude, oportunidade, eficácia do contato, falhas e desfechos sem atribuir benefício antes de avaliação assistencial.

24.01 Definição de pendência e ciclo de vida

Resultado pendente é todo exame solicitado ou coletado durante o episódio cujo resultado final ainda não esteja disponível e revisado pelo responsável no momento da alta. O status não deve ser confundido com “não realizado”, “preliminar” ou “normal”. O sistema diferenciará solicitação, realização, processamento, pré-laudo, laudo final, retificação e avaliação médica.

Proposta [P]: cada pendência terá identificador único, vínculo com pessoa e episódio, data do pedido, material ou método, prestador executante, previsão de liberação quando disponível, médico revisor e prioridade. Uma pendência sem profissional revisor nominal é uma exceção a corrigir, não uma tarefa considerada concluída.

Estado operacional	Critério verificável	Proibido inferir
Solicitado	Pedido com data e profissional	Exame realizado
Realizado/coletado	Procedimento com ID e data	Laudo disponível
Liberado	Laudo autenticado, versão e prestador	Médico leu e avaliou
Avaliado	Registro de decisão do médico	Paciente recebeu informação
Comunicado	Contato identificado e conteúdo registrado	Tratamento concluído
Encerrado	Conduta e pendências resolvidas ou formalmente transferidas	Apenas clique em “enviar”

24.02 Base normativa dos exames e da alta responsável

A RDC Anvisa 978/2025 substituiu a RDC 786/2023, disciplina serviços que realizam Exames de Análises Clínicas e, em seus arts. 119, 154 e 165, prevê procedimentos relativos a resultados potencialmente críticos e sua comunicação quando houver necessidade de

decisão imediata [4]. Sua versão vigente possui alterações pela RDC 986/2025 e RDC 1.043/2026 [5–6].

O art. 16 da Portaria 3.390/2013 trata a alta responsável como transferência de cuidado [7]. O modelo nacional de Sumário de Alta pela Portaria GM/MS 8.026/2025 e as exigências documentais não eliminam a necessidade de organização interna para dados que surgem depois da emissão do sumário [8]. A atribuição do revisor deve respeitar responsabilidades médicas e contratos locais.

24.03 Riscos assistenciais e diagnósticos

As principais ameaças são ausência de responsável, ausência de listagem na alta, erro de identificação, laudo liberado em sistema externo que não chega ao PEP, conclusão automática equivocada, interpretação sem contexto e falha na comunicação com paciente que mudou de telefone. Em anatomopatologia, microbiologia e exames terceirizados, o tempo até laudo pode ultrapassar o período de internação.

A matriz de riscos institucional deverá considerar gravidade potencial, tempo de deterioração, vulnerabilidade, capacidade de contato e possibilidade de atuação da rede. Não basta ordenar resultados por “fora do intervalo de referência”: valores de alerta dependem de método, condição clínica, idade, terapia e decisões previamente tomadas.

24.04 Governança entre prestador, solicitante e médico titular

O laboratório ou serviço de imagem detém responsabilidades próprias por emissão e retificação dos laudos dentro das respectivas normas e contratos. O profissional médico responsável pelo cuidado exerce interpretação e decisão clínica. O hospital, por meio de coordenação de transição, assegura mecanismo institucional para que nenhuma alta deixe resultados sem rota explícita de acompanhamento.

Nos casos cirúrgicos, preservar o modelo Canaã de titularidade do cirurgião, inclusive para anatomopatológico e complicações cirúrgicas; intensivista e hospitalista contribuem conforme suas competências, mas não assumem automaticamente titularidade de pendência cirúrgica. Na ausência planejada do titular, indicar substituto e procedimento formal de cobertura.

Agente	Atribuição clínica/operacional proposta	Documento de evidência
Médico responsável	Revisar achado e determinar conduta	Evolução / adendo clínico
Cirurgião titular	Revisar exames do seguimento cirúrgico, inclusive anatomopatologia	Laudo e plano pós-operatório
Intensivista/ hospitalista	Revisar dentro das competências e articulação com titular	Evolução e transferência de tarefas
Laboratório / diagnóstico	Emitir, autenticar, retificar e alertar conforme norma/contrato	Laudo, alerta e protocolo

Agente	Atribuição clínica/operacional proposta	Documento de evidência
Coordenação de alta	Monitorar pendências, cobertura e contato	Fila operacional e trilha
NSP / Qualidade	Auditar falhas e gerir risco	Indicadores e análise de incidentes

24.05 Estratificação de criticidade

Proposta [P]: classificar achados em **emergenciais**, **urgentes**, **relevantes com seguimento programado** e **rotina**, baseando-se em julgamento clínico e procedimentos específicos por especialidade. Um resultado "crítico" definido no laboratório exige fluxo imediato apropriado; achados incidentalmente suspeitos ou discordâncias diagnósticas também podem exigir comunicação ativa, ainda que não tenham um valor numérico crítico.

Os horários de revisão e escalonamento serão calibrados em piloto por especialidade e turno, sem divulgar números como obrigações nacionais. Critérios clínicos de escalonamento devem incluir risco de dano grave, infeção de tratamento tempo-sensível, necessidade de readmissão, diagnóstico oncológico ou complicação cirúrgica e impossibilidade de contatar o responsável inicialmente definido.

Faixa proposta	Exemplo ilustrativo	Tipo de ação necessária
Emergencial	Achado potencialmente ameaçador à vida	Acionamento clínico direto e imediato
Urgente	Resultado que exige reavaliação em curto prazo	Revisor e contato ativo, prazo clínico definido
Seguimento	Patologia ou exame que muda plano de acompanhamento	Comunicação planejada e rastreável
Rotina	Resultado sem repercussão e já contextualizado	Disponibilização com registro de revisão

24.06 Inventário pré-alta e checklist obrigatório

A equipe deverá conciliar o PEP com LIS, RIS/PACS, laboratório terceirizado e registros de exames realizados no hospital. A alta só será marcada como "conferida para pendências" quando constarem a lista, as exceções justificadas e o plano de seguimento; isso não deve impedir alta clinicamente indicada por um exame cuja continuidade possa ser organizada com segurança.

Checklist de referência [P]: exame; código; data de pedido/coleta; status; previsão; indicação; risco esperado; revisor nominal; forma de comunicação; contato confirmado;

destino da contrarreferência; condição de encerramento. Se não existir previsão confiável, registrar “sem prazo informado” e monitoramento ativo, nunca inventar data.

Campo mínimo da pendência	Finalidade	Validação
Identificação / episódio / pedido	Evitar associação incorreta	Dois identificadores + ID do exame
Origem / prestador / método	Identificar fonte e eventual contrato	CNES/código quando aplicável
Datas e status	Rastrear chegada tardia	Fuso/versão consistentes
Responsável e substituto	Evitar órfão assistencial	Profissional nominal
Plano de comunicação	Garantir acesso ao resultado	Canal autorizado e contingência
Encerramento	Provar decisão, não apenas entrega	Assinatura/registro clínico

24.07 Integração PEP–LIS–RIS–PACS e serviços externos

O hospital deverá mapear sistemas fontes e especificar eventos de criação, alteração, liberação e retificação. Resultados importados precisam preservar autor, data, laboratório, método e integridade do arquivo; o conteúdo estruturado não pode distorcer unidades ou intervalos de referência. DICOM e laudos radiológicos devem permanecer vinculados ao estudo e à instituição executante.

Falhas de integração produzem fila técnica de reconciliação e alerta de exceção, com responsável humano. A ausência de mensagem do fornecedor não pode apagar exame pendente do cadastro. A interoperabilidade nacional futura dependerá de modelos e regras oficiais e de homologação, sem declaração de conexão atual com RNDS.

24.08 Detecção de resultados críticos laboratoriais

Para EAC, a RDC 978/2025 exige instruções documentadas de liberação de resultados e definição de fluxo de comunicação quando for necessária decisão imediata, inclusive limites de risco e valores críticos ou de alerta, segundo a situação aplicável [4]. O serviço executante e o hospital deverão compatibilizar suas políticas com responsabilidades definidas em contrato.

O processo não será apenas uma notificação no aplicativo: precisa conter encaminhamento ao profissional habilitado, identificação positiva do receptor, repetição/verificação de informação quando houver risco de erro, registro da decisão e escalonamento quando o destinatário não responder. Comunicação a familiares exige verificação de legitimidade e minimização dos dados.

24.09 Achados de imagem e incidentalomas relevantes

O fluxo deve cobrir achados novos de alta gravidade, discrepâncias entre laudo preliminar e final e incidentalomas com necessidade de investigação. O médico revisará gravidade, contexto e possibilidade de impacto na conduta. Um simples indicador colorido no portal não traduz automaticamente urgência clínica.

A interface deverá distinguir data do exame, laudo preliminar, laudo definitivo, retificação e recomendações da radiologia. Se houver comunicação imediata recomendada pelo radiologista, o hospital realizará contato profissional ativo e trilha auditável, conforme protocolos clínicos e contratos de serviço de imagem.

24.10 Anatomopatologia, biópsias e peças operatórias

Todas as peças e biópsias relevantes devem ter vínculo com procedimento, origem anatômica, número de requisição e destino do laboratório. O Passaporte exibirá “resultado pendente” sem presumir diagnóstico, e o PICA indicará quem fará revisão e como o paciente será informado e encaminhado. Nos casos cirúrgicos, esta responsabilidade integra o seguimento do cirurgião titular, com substituição formal quando necessária.

Um laudo que revele neoplasia, lesão pré-maligna significativa, infecção ou condição não esperada demanda avaliação médica individualizada e comunicação sensível. A publicação simultânea no portal pode não ser o melhor primeiro ato: estabelecer política de disponibilidade e orientação clínica conforme risco, direitos do paciente e base legal, sem ocultação arbitrária.

24.11 Culturas e testes microbiológicos

Culturas, antibiogramas, hemoculturas e exames send-out podem modificar diagnóstico e terapia após a alta. Deve haver comparação com antibiótico prescrito, alergias, foco infeccioso, função renal, necessidade de intervenção e gravidade. Sistemas podem destacar incompatibilidades, mas a decisão final compete ao profissional habilitado.

O registro deverá demonstrar se foi necessária alteração da prescrição, se houve tentativa de contato, se o paciente recebeu instruções e se foi indicada reavaliação. Resultado positivo isolado, sem contexto, não significa automaticamente necessidade de antibiótico ou reinternação.

24.12 Resultados discordantes, corrigidos ou retificados

A RDC 978/2025 determina nova emissão com identificação clara da retificação em laudos de EAC já emitidos e, em alterações relevantes após disponibilização, contato com paciente ou responsável e registro desse contato [4]. O prontuário e o Passaporte devem manter

trilha de versões e impedir que resultado substituído permaneça como atual sem sinalização.

Mudanças laboratoriais ou de identificação exigem reavaliação clínica quando pertinente; a equipe verificará se o resultado incorreto chegou a paciente, UBS ou outro médico e realizará comunicação corretiva segura conforme avaliação do risco. O documento original não será apagado da cadeia de auditoria de modo a impedir reconstrução do evento.

Evento crítico	Etapa de comunicação	Evidência mínima
Laudo crítico liberado	Disparo ao profissional responsável	Data, origem, versão, destinatário
Contato profissional	Repetição de achado/recepção	Quem recebeu e horário
Decisão	Reavaliação, nova prescrição ou retorno	Evolução validada
Comunicação ao paciente	Orientação e confirmação da compreensão	Canal, contato, conteúdo clínico adequado
Falha de contato	Escalonamento registrado	Tentativas e decisão de risco

24.13 Comunicação de circuito fechado

“Enviado”, “entregue tecnicamente”, “lido”, “compreendido”, “avaliado” e “conduta concluída” são eventos distintos. Para resultados críticos ou de elevado risco, o fluxo priorizará comunicação direta entre profissionais ou com paciente quando clinicamente apropriado, com confirmação do destinatário e conteúdo essencial, conforme política de sigilo.

Registrar horário, canal, identidade do comunicante e receptor, resumo da informação, conduta e pendência residual. Se houver ligação sem resposta, registrar tentativa e seguir escalonamento; não encerrar tarefa com status “mensagem enviada”. A comunicação à UBS pode complementar a ação, mas não substituir providência urgente necessária.

24.14 Contato pós-alta e alternativas de canal

O contato deverá usar canal aprovado e dados confirmados na alta: telefone, portal com autenticação, contato de apoio autorizado ou serviço de referência pactuado. SMS/WhatsApp, quando utilizados, não devem revelar diagnóstico sensível na prévia da mensagem; preferir aviso neutro que direcione a canal seguro.

Na falta de conectividade, implementar contato telefônico, orientação presencial, carta institucional em circunstâncias adequadas ou articulação pactuada com a rede, registrando limitações. Nunca presumir que familiar indicado para recados tem autorização para ler laudos clínicos.

24.15 Procedimento diante da falha de contato

Falha de contato deve produzir novo ciclo com prioridades proporcionais, não encerramento administrativo. O revisor clínico classificará risco e decidirá escalonamento; a coordenação documentará tentativas com horários, números/endereços validados, contatos alternativos juridicamente apropriados e eventuais notificações ao serviço de referência.

Em situação de ameaça imediata à vida, a rota de resposta deve ser especialmente célere e individualizada, sem converter o portal em teletriagem automática. A decisão de acionar serviços de emergência, busca ativa institucional ou comunicação à rede deve ser normatizada com Assessoria Jurídica, equipe clínica e território.

24.16 Comunicação com UBS, ambulatório e UPA

Compartilhamento clínico estruturado incluirá motivo da reavaliação, achado, data, interpretação médica, recomendação, prazo clínico, responsabilidades e documento verificável. O hospital jamais informará “consulta marcada” quando houver apenas pedido; distinguir solicitação, recepção, agendamento e atendimento efetivamente realizado.

Se a integração com e-SaúdeSP ou RNDS não estiver pactuada, a comunicação decorrerá de canal institucional autorizado e do documento que o paciente apresenta. Nenhum acesso irrestrito de terceiros será implementado por simples QR code ou link público.

24.17 Responsabilidades por turnos, férias e desligamentos

Toda pendência deverá possuir responsabilidade clínica nominal e substituição previamente definida para férias, afastamento ou desligamento. A organização não poderá depender de caixa postal individual não monitorada. Plantão administrativo e direção técnica devem dispor de regra de escalonamento assistencial definida, respeitando disponibilidade e perfil da equipe.

O hospital consolidará fila central de pendências com supervisão e distribuição de cobertura, mantendo a responsabilidade médica pela decisão. Em operação com laboratório terceirizado, contratos deverão prever interfaces de notificação, contingência, retificação e verificação de entrega.

24.18 Suporte de IA e automação supervisionada

A IA pode identificar exames sem laudo, localizar divergências, sugerir prioridade de revisão e apoiar reconciliação com fontes existentes, desde que apresente evidência e nível de incerteza. Não poderá inventar resultado, concluir diagnóstico, determinar tratamento ou encerrar alerta crítico sem validação humana.

Cada regra automática deve ser validada antes do piloto, monitorada quanto a falsos positivos e negativos e possuir responsável pelo modelo, trilha de versão e mecanismo de desligamento seguro. O sistema deve expor ao profissional a origem do alerta e a informação original, sem substituir leitura do laudo.

Cenário	Falha a prevenir	Controle proposto
Cirurgia com biópsia	Alta antes do histopatológico	Responsável titular e alerta de liberação
Antibiograma tardio	Antibiótico inadequado persistente	Comparação clínica e revisão médica
Tomografia retificada	Paciente vê laudo errado	Versionamento e comunicação corretiva
Contato inexistente	Achado grave sem ciência	Rota alternativa e escalonamento
Laudo de terceiro	Troca de paciente ou versão	Identidade e fornecedor conferidos

24.19 Proteção de dados e sigilo após a alta

Resultados laboratoriais, anatomopatológicos e imagens constituem dados pessoais sensíveis. O tratamento exige finalidade, base jurídica pertinente, segurança, auditoria e minimização; a autorização do paciente para mensagens não transforma contato eletrônico em permissão irrestrita de divulgação. A LGPD e a ética médica devem ser avaliadas em conjunto [9].

O portal deverá usar autenticação adequada, gestão de representantes, revogação de permissões, bloqueio de prévias em telas compartilhadas e registro de acesso. Casos de HIV, saúde mental, violência, saúde sexual ou genética demandam cautela especial, sem discriminar usuários nem suprimir indevidamente informações necessárias ao cuidado.

Indicador [P]	Fórmula / denominador	Periodicidade e leitura crítica
Pendências atribuídas	Pendências com responsável / todas as pendências	Semanal; não contar “equipe” genérica
Altas conferidas	Altas com reconciliação de exames / altas elegíveis	Semanal por setor
Achados críticos revisados	Resultados críticos com ação no prazo / críticos elegíveis	Diário e mensal, com auditoria
Contatos confirmados	Contatos bem-sucedidos / contatos clinicamente indicados	Estratificar por barreiras
Pendências órfãs	Pendências sem revisor / pendências ativas	Alerta imediato
Retificações com resposta	Retificações relevantes comunicadas / relevantes	Auditoria de versões

24.20 Exemplos assistenciais simulados

Caso A: paciente com colecistectomia recebe alta com anatomopatológico pendente. O cirurgião titular fica identificado como revisor; o resultado é avaliado, a conduta é registrada e o paciente recebe orientação presencial ou por meio seguro. Caso B: cultura positiva após alta de paciente clínico exige revisão de antimicrobiano, alergias e necessidade de retorno.

Caso C: laudo de tomografia é retificado com achado potencialmente grave. O sistema preserva ambas as versões, alerta o revisor e documenta comunicação corretiva. Caso D: paciente sem celular precisa ser contatado; a equipe usa rota assistida, sem considerar "não acessou portal" como falta de adesão.

24.21 Indicadores e painel de vigilância

Métricas propostas [P]: (1) proporção de altas com lista de pendências conferida; (2) proporção de pendências com revisor nominal; (3) resultados de alto risco revisados dentro do prazo clínico aprovado; (4) proporção com contato confirmado quando indicado; (5) casos sem seguimento e tempo de resolução; (6) laudos retificados com comunicação corretiva.

Os denominadores devem excluir eventos não elegíveis e distinguir "nenhuma pendência" de "pendência não pesquisada". Os indicadores terão estratificação por setor, modalidade diagnóstica, laboratório, risco e barreira de contato; o comitê avaliará também dano evitável e ações corretivas, não só produtividade.

Teste de homologação	Falha simulada	Resultado obrigatório
T24-01	Biópsia liberada 12 dias após alta	Alerta ao revisor e seguimento rastreado
T24-02	Valor crítico em noite/feriado	Escalonamento à cobertura e decisão humana
T24-03	Contato não confirmado	Tarefa permanece ativa, sem falso encerramento
T24-04	Laudo retificado após download	Histórico das versões e ação corretiva
T24-05	Homônimo no LIS	Bloqueio de publicação errada
T24-06	Portal indisponível	Contingência assistencial documentada
T24-07	Alerta por IA sem evidência	Sem conduta autônoma / revisão profissional

24.22 Auditoria e melhoria contínua

A Qualidade e o NSP executarão auditoria amostral de relatórios de alta, laudos tardios, alertas e contatos. Em caso de dano ou quase falha, abrir análise sistêmica que considere tecnologia, logística, escala, formação, comunicação e condições sociais, evitando reduzir erro organizacional a culpa individual.

Resultados e ações corretivas deverão gerar atualização de POPs, contratos com prestadores de exames, treinamento e testes de integração. Nenhuma taxa de redução de reinternação será anunciada como benefício comprovado do Passaporte sem estudo de avaliação após implantação.

24.23 Critérios de implantação e contingência

Antes do go-live, comprovar lista reconciliada de exames, atribuição do médico revisor, teste de recepção e retificação de laudo, fluxo de comunicação de críticos, autenticação, trilhas e plano de indisponibilidade. Auditoria de amostra com dados fictícios e cenários de falha deverá demonstrar ausência de perda silenciosa de pendência.

Não iniciar automação de liberação ou mensagens com dados sensíveis em produção se houver pendências graves de identificação, versões ou canal de contato. O comitê de implantação formalizará riscos residuais e condições de revisão de cada etapa.

24.24 Síntese operacional e requisitos para o próximo ciclo

O componente de resultados pós-alta será considerado efetivo quando a informação gerar decisão clínica e comunicação adequada, dentro de responsabilidade rastreável. O portal é o meio de acesso, mas o processo depende de profissionais, cobertura, contratos, vigilância e vínculo com rede de referência.

Após aprovação deste capítulo, POPs complementares deverão detalhar listas críticas por linha de cuidado, prazos locais, roteiros de contato, esquemas de escalonamento, templates no PEP e integração com formulários do Plano Individual de Continuidade Assistencial (PICA).

Checklist executivo para aprovação local do Capítulo 24

- Política de comunicação de resultados críticos revisada com serviços terceirizados e direção técnica.
- Todos os exames pendentes da alta possuem rastreio, revisor nominal e substituto.
- O paciente recebe explicação inteligível sobre pendências e como será informado.
- Há processo de cobertura para férias, desligamentos, feriados e falhas de portal.
- Laudos retificados preservam versões e geram reavaliação/comunicação quando necessária.

- Canais de contato e representação observam LGPD, sigilo e meios não digitais.
- Indicadores e incidentes são analisados pelo NSP/Qualidade e geram ações corretivas.
- Fluxo completo foi homologado com casos clínicos fictícios, incluindo casos críticos.

Referências normativas, científicas e institucionais

Fontes públicas oficiais e literatura técnico-científica verificadas em 02/11/2026. Numeração [1], [2] etc. corresponde às referências deste capítulo. O texto normativo original prevalece em caso de divergência. Parâmetros operacionais propostos são hipóteses para validação, não exigências gerais nem resultados já alcançados pelo Canaã.

[1] AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED), Tool 3 — Follow Up on Test or Lab Results Pending at Discharge. Acesso em 02/11/2026. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool3a.html

[2] AHRQ. Improving Management of Test Results that Return After Hospital Discharge. Acesso em 02/11/2026. https://digital.ahrq.gov/ahrq-funded-projects/improving-management-test-results-return-after-hospital-discharge

[3] AHRQ PSNet. Readmissions and Adverse Events After Discharge (atualização 2024). Acesso em 02/11/2026. https://psnet.ahrq.gov/primer/readmissions-and-adverse-events-after-discharge

[4] Anvisa. RDC nº 978, de 06/06/2025 — Exames de Análises Clínicas, texto normativo. Acesso em 02/11/2026. https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=1696&cod_modulo=134&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00000978&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2025

[5] Anvisa. RDC nº 986, de 15/08/2025 — alterações à RDC 978. Acesso em 02/11/2026. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/anvisa-esclarece-duvidas-sobre-servicos-que-realizam-exames-de-analises-clinicas-eac

[6] Anvisa. RDC nº 1.043, de 01/10/2026 — alteração à RDC 978, republicada em 15/10/2026. Acesso em 02/11/2026. https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9428&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00001043&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2026

[7] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390/2013 — Política Nacional de Atenção Hospitalar, art. 16. Acesso em 02/11/2026. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[8] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta. Acesso em 02/11/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[9] Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[10] Anvisa. RDC nº 36/2013 — Ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Acesso em 02/11/2026. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

[11] AHRQ. Measure Dx: Resource to Identify, Analyze, and Learn From Diagnostic Safety Events. Acesso em 02/11/2026. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/MeasureDx-guide.pdf

[12] Ministério da Saúde. Rede Nacional de Dados em Saúde — legislação e modelos. Acesso em 02/11/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

[13] Anvisa. Perguntas e respostas sobre RDC 978/2025. Acesso em 02/11/2026. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/anvisa-esclarece-duvidas-sobre-servicos-que-realizam-exames-de-analises-clinicas-eac

Registro de validação e aprovação institucional

Instância / parecerista	Manifestação, data e assinatura
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação Assistencial / Qualidade / NSP	_____
Enfermagem / Farmácia / apoio diagnóstico (conforme capítulo)	_____
TI / Segurança da Informação / Encarregado de dados	_____
Assessoria Jurídica / Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 25

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS, CUIDADORES, REPRESENTANTES E ALTERNATIVAS NÃO DIGITAIS

Equidade na transição do cuidado, consentimento e representação contextual, acessibilidade e atendimento inclusivo em múltiplos canais

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Definição controlada
Organização proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã — entidade privada sem fins lucrativos
Aplicação inicial prevista	Hospital Canaã, São Paulo/SP — programa institucional em planejamento
Identificação	PDSC-MAN-C25 | versão 0.1 | 02 de novembro de 2026
Estado do texto	MINUTA técnico-institucional; procedimentos dependem de revisão e aprovação local
Controle editorial	Capítulos 01–23 aprovados; capítulos 24 e 25 apresentados separadamente para avaliação
Áreas de validação	Direção Técnica; serviço social; enfermagem; experiência do paciente; psicologia; Jurídico/LGPD; acessibilidade; TI; coordenação de alta/APS
Referencial de hierarquia	[N] exigência normativa; [R] recomendação técnico-científica; [P] proposta operacional Canaã; [A] exigência condicionada a acordo/integração
Condição de implantação	Não declara operação hospitalar, acesso externo a PEP, parceria municipal ou integração RNDS já existente.

Resumo executivo e tese institucional

O Passaporte Digital de Saúde Canaã só cumprirá sua finalidade de transição segura se beneficiar também pacientes com deficiência, pessoas idosas, pessoas com baixa alfabetização, cidadãos sem acesso regular à internet, pacientes com barreiras linguísticas, crianças e adolescentes, pessoas com capacidade de decisão comprometida e indivíduos em vulnerabilidade socioeconômica. **A falta de dispositivo ou habilidade digital não pode impedir alta orientada, recebimento dos documentos ou encaminhamento assistencial.** Esta diretriz se apoia na integralidade do SUS, no direito à saúde, na Lei Brasileira de Inclusão e no princípio de equidade da Política Nacional de Informação e Saúde Digital [1–4].

O capítulo define **acesso centrado na pessoa e multicanal**: portal acessível, assistência humana, documento físico legível, entrega a pessoa legalmente habilitada, comunicação com a rede e possibilidade de recuperar informações sem aplicativo próprio. O cuidador não recebe acesso automático por ser contato telefônico ou acompanhante; representação e compartilhamento dependem de legitimidade, finalidade e controle de permissões, em conformidade com LGPD e direitos do paciente [5–7].

PRINCÍPIO DE EQUIDADE OPERACIONAL A ferramenta digital oferece uma opção adicional de acesso, não uma condição de cidadania ou de continuidade assistencial. A prioridade é que a pessoa — por meios apropriados à sua condição — compreenda sua alta, receba documentos úteis e alcance o serviço responsável pelo cuidado subsequente.

Objetivos e critérios de inclusão do programa

- Garantir acessibilidade comunicacional, tecnológica, documental e presencial a todas as pessoas elegíveis.
- Distinguir apoio à decisão, cuidado cotidiano, autorização para mensagens e representação legal para acesso a dados.
- Evitar que limitações digitais gerem perda de resultado, orientação, medicação, consulta ou contrarreferência.
- Permitir a participação do paciente nas decisões e preservar sua autonomia sempre que possível.
- Definir salvaguardas especiais para crianças, adolescentes, pessoas incapazes ou sob risco de violência e divulgação indevida.
- Medir efetividade da inclusão por entrega e compreensão, não por quantidade de logins ou downloads.

25.01 Definição ampla e não discriminatória de vulnerabilidade

Vulnerabilidade no contexto do Passaporte não equivale a incapacidade civil ou diagnóstico. Pode decorrer de barreiras temporárias ou permanentes para compreender, acessar ou aplicar o plano de alta: baixa renda, restrição digital, dificuldade de leitura, perda sensorial, limitação física, isolamento social, sofrimento psíquico, idioma, moradia instável ou ausência de cuidador.

O registro deve identificar necessidades de apoio concretas, evitando rótulos estigmatizantes. A barreira pode variar ao longo do tempo: uma pessoa que usava smartphone antes da internação pode sair com delirium residual, fraqueza ou restrições de destreza e precisar temporariamente de entrega impressa e contato assistido.

25.02 Marcos jurídicos de equidade e acessibilidade

A Lei nº 13.146/2015 garante atenção integral à saúde da pessoa com deficiência e participação em decisões, considerando autonomia, dignidade e acessibilidade [2]. A política nacional de saúde digital de outubro de 2026 determina redução de desigualdades e letramento digital como componentes estratégicos [4]. A norma técnica internacional WCAG 2.2 é referência para desenvolvimento web acessível [8].

A Lei nº 10.741/2003 assegura direitos à pessoa idosa; o Estatuto da Criança e do Adolescente e a LGPD demandam salvaguardas próprias. O tratamento de dados de crianças e adolescentes admite hipóteses legais previstas na LGPD, sempre conforme o melhor interesse da criança ou adolescente, segundo Enunciado 1/2023 da ANPD [6–7]. Essas normas não autorizam acesso indiscriminado por familiares.

25.03 Modelo de três rotas equivalentes

Rota A: acesso digital autônomo autenticado, com orientação para uso do portal. Rota B: acesso digital assistido pelo próprio paciente, no hospital ou serviço pactuado, com profissional treinado e preservação de sigilo. Rota C: acesso não digital mediante documento impresso assinado, orientações presenciais, plano de seguimento e canal telefônico seguro, sem necessidade de conta ativa.

Todas as rotas devem preservar o mesmo núcleo clínico relevante (Sumário de Alta, medicamentos, alergias, pendências e PICA), com meios adequados para atualizar resultados pós-alta. O sistema registrará a rota escolhida e as necessidades assistenciais, evitando transformar preferências em autorização irrestrita de dados.

Rota de acesso	Como funciona	Equivalência clínica exigida
A — Autônoma digital	Portal autenticado pelo titular	Sumário, receita, PICA e exames
B — Digital assistida	Terminal/equipe com privacidade	Mesma informação; apoio sem senha compartilhada
C — Física/não digital	Papel validado + orientação presencial/telefone	Informação essencial e atualização pós-alta possível

25.04 Triagem de barreiras na preparação da alta

A equipe deverá perguntar, em linguagem respeitosa, se a pessoa dispõe de telefone, acesso à rede, capacidade de leitura do documento, necessidade de intérprete, limitações visuais/auditivas e apoio domiciliar. A avaliação não pode confundir baixo letramento com incapacidade intelectual. As perguntas serão feitas somente na medida necessária para planejar a alta segura.

Caso haja barreiras, encaminhar para enfermagem, serviço social, farmacêutico, equipe de reabilitação e comunicação acessível conforme necessidade. O resultado da triagem deve gerar decisão concreta: impressão ampliada, áudio, demonstrativo de dose, contato presencial, intérprete ou articulação com UBS, e não um simples campo “vulnerável”.

Barreira observada	Ajuste recomendado	Evidência de continuidade
Sem internet	Entrega física e canal de contato	Protocolo de entrega
Baixa visão	Texto ampliado / áudio ou leitor de tela	Confirmação de compreensão
Pessoa surda	Libras / texto acessível / vídeo legendado	Registro de forma escolhida
Idioma diverso	Interpretação qualificada	Confirmação da instrução
Sem cuidador	Serviço social + rede local	Plano de suporte documentado

Barreira observada	Ajuste recomendado	Evidência de continuidade
Destreza reduzida	Assistência e interface acessível	Acesso sem dependência de toque fino

25.05 Autonomia, capacidade decisória e apoio

A pessoa deve participar das escolhas de cuidado, ser ouvida e receber informações de forma compreensível, com apoio proporcional. Não é apropriado presumir incapacidade por idade, deficiência, internação em UTI ou necessidade de cuidador. A equipe avaliará a capacidade decisória pertinente à situação e, quando necessário, envolverá representantes conforme legislação e orientações da assessoria jurídica.

A tomada de decisão apoiada é distinta da representação substitutiva. Em situações de urgência ou incapacidade transitória, registrar motivo, período e limites dos acessos excepcionais, com reavaliação posterior. O portal não deverá perpetuar permissões concedidas durante um episódio agudo sem revisão.

25.06 Pacientes idosos e risco de exclusão digital

Em idosos, o cuidado deverá considerar condições sensoriais, marcha, cognição, polifarmácia, apoio no domicílio e disponibilidade de equipamento. A interface deve ter texto ampliável, navegação simples, alto contraste e instruções curtas. Uso assistido presencial e entrega física devem estar disponíveis sem constrangimento ou penalidade.

O plano de alta será construído com o próprio paciente e apoio identificado quando autorizado, confirmando especialmente medicamentos, horários, sinais de alerta e retorno. O contato telefônico institucional não substitui indicação objetiva de serviço para nova avaliação quando houver deterioração clínica.

25.07 Pessoas com deficiência visual e baixa visão

O portal deverá funcionar por teclado e leitores de tela, com estrutura semântica, texto alternativo e PDFs acessíveis quando tecnicamente viáveis. Informações críticas não devem depender apenas de cor, gráficos sem descrição ou QR code sem alternativa textual. A recomendação WCAG 2.2 pode nortear testes com pessoas reais com deficiência [8].

Para documentos físicos, oferecer impressão com maior tamanho, leitura assistida em ambiente reservado e alternativa áudio quando indicada e segura. Uma versão em áudio deve preservar fidelidade a doses, horários e sinais de urgência e exigir verificação com o paciente.

25.08 Pessoas surdas e com deficiência auditiva

A comunicação deve considerar preferência individual por Libras, escrita, leitura labial, recursos visuais ou intérprete qualificado. Vídeos educativos devem ter legendas e, quando relevante, recursos em Libras; orientações clínicas escritas devem usar frases claras e não depender de chamada telefônica exclusiva.

No momento da alta, a equipe deverá confirmar compreensão por retorno demonstrado da mensagem, respeitando privacidade quando houver intérprete. Comunicação posterior de exame crítico precisa ter opção não exclusivamente sonora, com contato acessível e verificação de recebimento.

25.09 Mobilidade reduzida e limitações motoras

Pacientes com limitação de movimento ou destreza podem não conseguir digitar códigos temporários, operar telas pequenas ou abrir PDFs complexos. O programa deverá suportar recursos de acessibilidade do sistema operacional, navegação alternativa, sessão assistida e mecanismos de autenticação adequados à situação.

A alta deve também integrar necessidades materiais e de reabilitação: fisioterapia, curativos, equipamentos, transporte e acesso à UBS, quando pertinentes. Esses apoios devem constar do PICA e dos encaminhamentos pactuados, com responsáveis e situação real.

25.10 Deficiência intelectual, neurodivergência e cognição

Adotar linguagem concreta, sequências curtas, pictogramas quando úteis e tempo para processamento das informações. A equipe deve respeitar preferências sensoriais e utilizar comunicação alternativa quando indicada. Diagnóstico de deficiência intelectual ou TEA não autoriza presumir incapacidade universal ou retirar autonomia.

Cuidadores podem apoiar a execução do tratamento nos limites autorizados; a equipe registra quem foi orientado, o que foi demonstrado e quais tarefas exigem supervisão profissional. Ajustes de interface precisam ser testados com usuários representativos, e não apenas avaliados pela equipe de TI.

25.11 Baixo letramento e linguagem simples

Todo paciente deve receber uma camada de informação simples e utilizável, sem perda do documento médico integral. Uma frase como “tomar 1 comprimido pela manhã” pode ser mais útil que transcrição de siglas, desde que a dose, via, duração e eventuais alterações terapêuticas permaneçam corretas. Evitar jargão, abreviações não explicadas e listas intermináveis.

Aplicar método de verificação de compreensão (teach-back): pedir ao paciente que explique com suas palavras quando utilizará o medicamento, quais sinais justificam retorno e onde buscará atendimento. Isso avalia clareza da equipe e do material, não é prova de incapacidade da pessoa.

25.12 Pessoas sem smartphone, internet ou endereço fixo

O Hospital Canaã deverá disponibilizar o conjunto clínico em papel legível, com assinatura/verificação e orientação presencial. A ausência de conta, e-mail, número de celular ou endereço estável não pode bloquear emissão do Sumário de Alta. Para resultados liberados depois, registrar canal possível e plano alternativo de comunicação.

A equipe social poderá articular mecanismos de referência territorial e serviços de apoio, conforme pactuação com SUS e SUAS, sem criar vinculação artificial a UBS nem presumir garantia de agendamento. Quando a pessoa não possuir meio de contato confiável, o risco e o fluxo de reavaliação deverão ser explicitados ao médico responsável.

25.13 Pessoas em situação de rua e moradia precária

Vulnerabilidade habitacional pode comprometer armazenamento de documentos, uso regular de medicamentos, acompanhamento e retorno. Evitar exigir comprovante de residência como condição para acesso aos documentos. A equipe avaliará local de cuidado, contato e possibilidade de articulação com consultório na rua, APS ou rede socioassistencial existente, conforme realidade municipal.

O Passaporte deve priorizar documentos portáteis de fácil guarda e informações essenciais verificáveis; cópias adicionais poderão ser fornecidas por canal seguro. O programa não pode divulgar a terceiros informações de localização ou condição social sem finalidade e base legítima.

25.14 Pessoas com barreira linguística, migrantes e refugiados

Organizar apoio de intérprete quando necessário, respeitando confidencialidade e evitando usar criança como tradutora de conteúdos médicos sensíveis. Documentos essenciais podem contar com orientações traduzidas validadas clinicamente, mas o Sumário de Alta médico preservará registro original e terminologia profissional apropriada.

A explicação do esquema medicamentoso, preparo de curativos e sinais de alerta deve ser confirmada por comunicação adequada, sem supor compreensão pelo aceno ou assinatura do paciente. A falta de documentação migratória não deve impedir as ações de saúde permitidas pelo ordenamento jurídico.

25.15 Crianças, adolescentes e acesso por responsáveis

Embora a fase inicial do Hospital Canaã esteja planejada sem pediatria e obstetrícia, o manual institucional deve tratar situações excepcionais de atendimento ou expansão futura. Menores exigem observância de direitos, melhor interesse, capacidade progressiva, confidencialidade clínica e representação conforme legislação aplicável [6–7].

O sistema evitará regra simplista “todo responsável vê tudo”: dados de saúde sexual e reprodutiva, violências e outras informações protegidas podem demandar avaliação ética e jurídica individualizada. A autorização para consultar um exame não precisa incluir todo o histórico longitudinal do menor.

Vínculo	Direito inicial presumível?	Controle necessário
Paciente titular	Acesso aos próprios dados conforme regras aplicáveis	Autenticação e proteção de sessão
Contato para recados	Não implica ler exames ou diagnósticos	Permissão logística limitada
Cuidador informal	Não é representante automático	Base válida e escopo definido
Responsável legal	Verificar natureza e extensão dos poderes	Documento, vigência e auditoria
Profissional externo	Não por mera posse de QR code	Vínculo assistencial e integração autorizada
Familiar com risco de violência	Não conceder acesso sem avaliar proteção	Canal seguro e restrição justificada

25.16 Cuidadores informais e contatos para recados

Um contato listado para transporte, visita ou telefonema não é automaticamente representante legal. Cuidador informal pode receber orientações de cuidado necessárias quando houver base válida e compatibilidade com preferências do paciente. O sistema deve separar “contato logístico”, “apoio ao autocuidado”, “destinatário de mensagens clínicas” e “representante habilitado”.

Os privilégios serão atribuídos pela menor amplitude necessária, com finalidade, duração, forma de comprovação e auditoria. É indispensável mecanismo para revogar acesso quando há término de relação de cuidado ou risco de violência.

25.17 Procuração, curatela, tutela e representação

A equipe jurídica deverá definir critérios documentais para situações de procuração, tutela, curatela e outras formas reconhecidas em lei, observando poderes efetivamente conferidos e eventual limitação. Curatela não deve ser assumida como autorização universal a todo dado clínico independentemente de seus limites e do contexto.

Os documentos de representação devem ser armazenados em ambiente restrito, não expostos no Passaporte de modo público. O sistema registrará autorização, vigência, escopo, revalidação e evidência de suspensão ou revogação quando informada.

25.18 Violência, coação e sigilo em situações sensíveis

Quando houver suspeita de violência doméstica, sexual, patrimonial ou coerção, o acesso de acompanhante ou familiar pode aumentar o risco. A equipe deverá ofertar conversa privativa e revisar cuidadosamente telefones, e-mails, notificações e representantes cadastrados. Não enviar resultados sensíveis a número que possa ser controlado por agressor.

O serviço deve observar notificações compulsórias, deveres legais e proteção da pessoa sem transformar o portal em mecanismo de exposição involuntária. Critérios de ocultação de prévias e canal preferido serão avaliados por jurídico, assistência e proteção de dados.

25.19 Saúde mental, sofrimento psíquico e estigma

Informações de saúde mental são dados sensíveis e podem envolver risco de estigmatização. O acesso pelo próprio paciente é princípio relevante, com organização e comunicação clínica adequadas; eventual restrição excepcional de divulgação não pode ser definida por algoritmos genéricos ou por receio institucional, exigindo fundamento jurídico e avaliação individual.

O plano de continuidade deve identificar seguimento ambulatorial, suporte social, medicamentos e sinais de urgência, respeitando os fluxos da RAPS e vínculos territoriais. Mensagens do portal precisam evitar exposição em tela bloqueada e envio a terceiros sem legitimidade.

25.20 Pacientes pós-UTI e limitações transitórias

Pacientes egressos de terapia intensiva podem apresentar comprometimento físico, cognitivo ou emocional temporário; isso demanda uma avaliação no momento da alta, sem presumir condição permanente. O programa pode fornecer resumo simplificado a paciente, cuidador habilitado e equipe de referência, com vigilância de medicações complexas e reabilitação.

Nos pacientes cirúrgicos com passagem pela UTI, o cirurgião mantém titularidade nominal do caso conforme protocolo Canaã, e o intensivista se responsabiliza pelo cuidado crítico conforme atribuições; o plano de alta deve ser unificado, sem mensagens contraditórias e com responsabilidades visíveis.

Ação na alta assistida	Quem participa	Prova mínima
Verificar identidade	Recepção/equipe assistencial	Dois identificadores e episódio

Ação na alta assistida	Quem participa	Prova mínima
Explicar prescrição	Prescritor/farmácia/enfermagem	Esquema revisado e compreensão
Explicar resultados pendentes	Médico da alta/coordenação	Responsável e contato
Escolher formato	Paciente com apoio se necessário	Preferência de canal registrada
Entregar documento	Equipe responsável	Recibo ou evidência institucional
Orientar retorno e urgências	Equipe assistencial	PICA e teach-back

25.21 Entrega assistida do Passaporte na alta

Proposta [P]: antes da saída, o profissional confirma identidade, escolhe meio acessível, entrega documentos essenciais, demonstra navegação se desejada e explica retornos, medicamentos e resultados pendentes. Registrar necessidade de outra cópia, apoio para guardar o documento e instruções para recuperar registros futuramente.

Para conteúdo digital, não utilizar dispositivos pessoais de colaboradores nem pedir que o paciente revele senha. O acesso assistido deve ocorrer em terminal institucional seguro, com sessão encerrada, impressão retirada e eliminação adequada de papéis de teste.

25.22 Canais de comunicação e WhatsApp institucional

Chat ou WhatsApp podem servir para orientação administrativa e assistencial dentro de protocolos, com profissionais responsáveis e limites explícitos. Não constituem substituto de pronto-socorro ou atendimento de urgência. Avisos devem utilizar linguagem neutra e indicar que informações clínicas serão tratadas apenas em canal seguro apropriado.

A instituição precisa avaliar contratos, proteção de dados, eventual uso de fornecedores, retenção, registros de consentimento quando necessários e possibilidade de exclusão/alteração do contato. Pessoas sem WhatsApp receberão alternativa equivalente, como telefone institucional ou orientação presencial.

25.23 Compreensão da alta e plano individual (PICA)

A medição de sucesso deve incorporar compreensão efetiva. O profissional poderá solicitar ao paciente que demonstre dose do medicamento, curativo ou sinais de alarme; se houver dificuldades, reformular a explicação, envolver apoio autorizado e documentar ações de orientação realizadas.

O PICA listará destinatário de cada ação, serviço de referência, retornos solicitados e pendências. A presença de papel entregue não prova entendimento nem atendimento realizado na UBS; diferenciar esses eventos em indicadores.

25.24 Arquitetura web e testes de acessibilidade

Aplicar WCAG 2.2 como referência de qualidade para portal web, incluindo contraste, foco visível, adaptação à ampliação, navegação por teclado, nomes acessíveis de controles, mensagens de erro claras e prevenção de logout inesperado quando clinicamente relevante [8]. PDFs escaneados não são automaticamente acessíveis.

O critério de aceitação incluirá testes com leitores de tela, navegação sem mouse, uso em dispositivos de baixo desempenho, conectividade instável e grupos de usuários diversos. Um atestado técnico isolado não dispensa avaliação de utilização real, clareza dos documentos e alternativas humanas.

Indicador [P]	Fórmula	Risco de viés a controlar
Acesso não digital efetivo	Altas sem smartphone com documentos entregues / elegíveis	Não considerar cópia sem orientação
Orientação compreendida	Altas com verificação de compreensão / avaliadas	Não punir paciente por barreira
Acesso assistido com sucesso	Sessões assistidas concluídas / iniciadas	Diferenciar falha de sistema
Incidente de representação	Acessos indevidos confirmados / acessos auditados	Confidencialidade e subnotificação
Pendência sem contato	Pendências sem comunicação / pendências que exigem contato	Estratificar barreira de acesso

25.25 Indicadores de equidade e auditoria

O painel proposto [P] deverá acompanhar: percentual de altas com preferência de canal registrada; entrega do resumo ao paciente sem smartphone; acessibilidade de documentos; compreensão de sinais de alerta verificada; dificuldades de autenticação; incidentes com representação; contatos não concluídos por barreira digital; seguimento da alta em diferentes estratos de acesso.

Indicadores devem ser estratificados sem discriminação, com controle de confidencialidade e revisão para não gerar listas identificáveis de grupos vulneráveis. O comitê monitorará desigualdades reais nos resultados e poderá redesenhar fluxos conforme evidência.

25.26 Treinamento, avaliação de competências e contingência

Equipes de recepção, enfermagem, farmácia, serviço social, TI e acolhimento precisam praticar demonstrações de linguagem simples, uso de leitor de tela, proteção de representantes, atendimento ao público sem dispositivo e encaminhamento de resultados pendentes. Treinamento deve incluir simulações de risco e avaliação de desempenho.

Em indisponibilidade do portal, o programa manterá documentação clínica, prescrição, contato e contrarreferência pelos meios adequados existentes. Sem plano de contingência, o digital pode se converter em nova barreira de acesso ao direito à saúde.

25.27 Critérios para implantação e síntese institucional

Condições mínimas de piloto: portal navegável e seguro; versão em papel equivalente; protocolo de representantes; atendimento assistido com pessoal treinado; fluxo para resultado pós-alta; contato para dúvidas; registros de consentimento quando necessários; indicadores e avaliação de riscos para cada perfil.

O princípio decisório do Instituto Canaã será medir continuidade e equidade: quem não acessou o portal deve ainda assim receber o tratamento, os documentos e orientações necessários. O Passaporte Digital terá êxito quando reduzir a descontinuidade sem transferir ao paciente o ônus das falhas de organização da rede.

Matriz de testes de implantação — inclusão e sigilo

Cenário	Risco simulado	Aceite técnico-assistencial
T25-01 pessoa sem smartphone	Alta sem login	Recebe documentos, plano e contato
T25-02 baixa visão	PDF ilegível em leitor de tela	Alternativa acessível validada
T25-03 familiar sem poderes	Solicitação de anatomopatologia	Acesso bloqueado ou limitado conforme legitimidade
T25-04 idoso com cuidador	Cuidador auxilia sem substituir autonomia	Preferência do titular respeitada
T25-05 número sob coação	Mensagem sensível vai a terceiro	Prévia neutra e canal seguro
T25-06 paciente migrante	Orientação incompreendida	Apoio linguístico e teach-back
T25-07 falha do portal	Servidor indisponível durante alta	Rota física/assistida disponível

Checklist de homologação assistencial e inclusiva

- O paciente escolhe canal de acesso apropriado sem perder direitos por não usar o portal.
- Acessibilidade web é testada por pessoas com necessidades diversas, inclusive leitor de tela.
- Sumário de Alta, prescrição, PICA e orientações podem ser fornecidos em formato não digital.
- Representação e cuidado informal são diferenciados e auditados.
- Há controles para sigilo em situações de violência ou coação.

- Equipe consegue demonstrar entendimento clínico de medicamentos e sinais de alerta.
- Resultados pendentes possuem contato e rota alternativa para quem não utiliza internet.
- TI, Jurídico/LGPD, Qualidade e profissionais de cuidado aprovaram os testes de campo.

Referências normativas, científicas e institucionais

Fontes públicas oficiais e literatura técnico-científica verificadas em 02/11/2026. Numeração [1], [2] etc. corresponde às referências deste capítulo. O texto normativo original prevalece em caso de divergência. Parâmetros operacionais propostos são hipóteses para validação, não exigências gerais nem resultados já alcançados pelo Canaã.

[1] Brasil. Constituição Federal de 1988, arts. 6º e 196 — saúde e direitos sociais. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

[2] Brasil. Lei nº 13.146/2015 — Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

[3] Brasil. Lei nº 8.080/1990 — organização do SUS e integralidade da atenção. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[4] Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Saúde Digital — Portaria GM/MS nº 12.301/2026. Acesso em 02/11/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

[5] Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

[6] Brasil. Lei nº 10.741/2003 — Estatuto da Pessoa Idosa. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

[7] ANPD. Enunciado CD/ANPD nº 1/2023 — dados de crianças e adolescentes. Acesso em 02/11/2026. https://bibliotecadigital.mj.gov.br/handle/1/10215

[8] W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Acesso em 02/11/2026. https://www.w3.org/TR/wcag/

[9] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390/2013 — alta responsável e acesso familiar. Acesso em 02/11/2026. https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

[10] Brasil. Lei nº 8.069/1990 — Estatuto da Criança e do Adolescente. Acesso em 02/11/2026. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

[11] AHRQ. Re-Engineered Discharge toolkit — educação e entendimento do paciente. Acesso em 02/11/2026. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

[12] Ministério da Saúde. Programa SUS Digital — inclusão e letramento digital. Acesso em 02/11/2026. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/sus-digital

[13] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Especializada — Portaria GM/MS nº 1.604/2023. Acesso em 02/11/2026. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

[14] W3C. WCAG Overview — standards, accessible web content. Acesso em 02/11/2026. https://www.w3.org/WAI/standards-guidelines/wcag/

Registro de validação e aprovação institucional

Instância / parecerista	Manifestação, data e assinatura
Direção Técnica / Direção Clínica	_____
Coordenação Assistencial / Qualidade / NSP	_____
Enfermagem / Farmácia / apoio diagnóstico (conforme capítulo)	_____
TI / Segurança da Informação / Encarregado de dados	_____
Assessoria Jurídica / Diretoria do Instituto Canaã	_____

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 26

PORTAL WEB INSTITUCIONAL, NAVEGAÇÃO E JORNADA DIGITAL DO PACIENTE

Arquitetura de experiência digital, acesso inclusivo, autenticação segura e continuidade assistencial

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação projetada)
Documento	Capítulo 26 do Manual Institucional
Versão / situação	0.1 — minuta pendente de revisão clínica, jurídica, de TI e aprovação formal
Natureza	Proposta de política e procedimento institucional; não comprova implantação operacional
Gestão de alterações	Revisões numeradas, histórico preservado e aprovação registrada em instância competente

Resumo executivo

Arquitetura de experiência digital, acesso inclusivo, autenticação segura e continuidade assistencial. Este capítulo estabelece requisitos organizacionais e critérios de aceitação para um programa em planejamento. As atividades indicadas como “deverá”, quando não decorrerem de norma vinculante identificada, constituem propostas internas a serem validadas pela direção institucional; nenhuma conexão externa ou funcionalidade foi presumida como implantada.

Objetivos específicos e produto de implantação

Definir e homologar um processo clínico-digital confiável, que evite exposição indevida e não transforme a experiência do usuário em obstáculo para o cuidado. O capítulo combina requisitos normativos, recomendações técnicas e decisões de produto ainda sujeitas a aprovação, para uso como instrumento de contratação, implantação e auditoria.

Dimensão	Resultado esperado	Evidência de verificação
Segurança clínica	Informação correta, temporalmente contextualizada e validada	Teste clínico por cenário e trilha de publicação
Usabilidade e equidade	Acesso compreensível inclusive para pessoas que necessitam de apoio	Teste de usuários diversos, modo assistido e contingência
Proteção de dados	Acesso restrito à finalidade e ao perfil autorizado	Auditoria de autorização e tentativas negadas
Interoperabilidade	Metadados consistentes e integração apenas quando homologada	Contrato de interface e relatório de testes

26.01 Finalidade do portal e limites do produto

O portal web institucional será a porta de entrada do paciente ao conteúdo validado do Passaporte, sem pretensão de reproduzir integralmente o prontuário eletrônico hospitalar.

Seu objetivo clínico é oferecer sumário de alta, plano de continuidade assistencial, documentos, resultados liberados e orientação em linguagem compreensível, mantendo vínculo verificável com a fonte oficial.

A plataforma deverá ser distinguida do site público de apresentação institucional: páginas abertas podem informar sobre o programa, mas a área de saúde do paciente exigirá controles de autenticação, autorização, finalidade e registro de acesso. Conteúdos clínicos nunca deverão ser indexados em mecanismos de busca.

- Definir limites de dados entre site público, portal privado e sistemas assistenciais.
- Formalizar a relação entre PEP, fontes documentais e apresentação ao paciente.

26.02 Personas e cenários de uso prioritários

O desenho centrado no usuário deve contemplar paciente independente, idoso com baixa familiaridade digital, pessoa com deficiência, cuidador habilitado e profissional receptor de documento. Para cada perfil devem ser avaliados contexto de uso, conectividade, linguagem, compreensão clínica e risco de exposição indevida.

As jornadas começam antes da alta, com conferência cadastral e demonstração do acesso, e continuam quando o usuário consulta receita, laudo ou orientações em casa. Testes com perfis reais e diversos são necessários; validação exclusivamente por equipes de TI não comprova usabilidade clínica.

- Produzir mapa de jornada e roteiro de testes para cinco perfis.
- Documentar necessidades de suporte humano e opção sem internet.

26.03 Arquitetura da informação e navegação

A navegação proposta prioriza seis áreas estáveis: Minha Alta, Plano de Cuidados, Exames, Receitas, Documentos e Ajuda. A primeira tela deve responder ao paciente o que aconteceu, o que fazer agora, quando retornar e quais sinais de alerta exigem serviço de urgência, sem obrigá-lo a percorrer arquivos desconexos.

A arquitetura deve distinguir informações da internação atual de atendimentos anteriores. A linha do tempo exibirá datas e procedência para evitar interpretação de medicamento histórico como prescrição vigente. O histórico hospitalar não é equivalente ao registro nacional longitudinal.

- Rotular cada episódio com instituição, data e situação documental.
- Exibir alertas assistenciais apenas quando validados e atualizados.

26.04 Entrada no programa durante a internação

O cadastro para acesso ao portal deve ocorrer preferencialmente antes da alta, após identificação positiva do paciente e checagem de telefone e contato confiáveis. A equipe

entregará instruções curtas de acesso e verificará se o paciente consegue repetir a etapa essencial.

A ausência de dispositivo, conexão ou autorização para uso digital não poderá condicionar a alta ou a entrega dos documentos clínicos. A equipe oferecerá resumo impresso, orientação assistida e alternativa de retirada, respeitando o sigilo.

- Realizar orientação demonstrada em linguagem simples.
- Registrar canal de entrega escolhido e necessidade de assistência.

26.05 Identidade digital e autenticação do titular

O acesso exige autenticação proporcional ao risco dos dados de saúde, com autenticação multifator quando tecnicamente e juridicamente viável, proteção contra tentativas automatizadas e recuperação de conta segura. CPF e CNS são identificadores cadastrais e não devem ser tratados como senha ou prova suficiente de posse legítima.

Uma eventual integração ao login gov.br não pode ser presumida como disponível: depende de análise técnica, regras próprias de adesão e compatibilidade jurídica. Na recuperação de acesso, suporte humano deverá conferir identidade por meios adequados, sem revelar diagnósticos por telefone ou mensagem aberta.

- Proibir senhas compartilhadas, credenciais administrativas genéricas e códigos persistentes.
- Testar recuperação de senha, mudança de telefone, perda de dispositivo e fraude.

26.06 Autorização e representação familiar

Pacientes capazes mantêm controle sobre a consulta dos próprios documentos; familiares só recebem acesso mediante fundamento apropriado, autorização válida ou representação legal, conforme o caso. O grau de acesso deve ser limitado ao necessário e poderá variar por documento ou finalidade.

O sistema deve registrar identificador do representante, vínculo, evidência de autorização, validade, revogação e trilha de operações. O consentimento, quando aplicável, não substitui todas as bases legais de tratamento e não torna legítimo acesso incompatível com o sigilo médico.

- Projetar perfis separados para paciente, representante e equipe de atendimento.
- Implementar revogação imediata de acesso de representante.

26.07 Painel inicial orientado à continuidade

O painel de abertura deverá mostrar o episódio mais recente, status dos documentos, medicamentos de uso domiciliar, próximas condutas pactuadas, retornos, alertas e exames pendentes sem expor dados sensíveis em notificações abertas.

Indicadores como “laudo disponível”, “aguarda revisão médica” e “documento retificado” deverão ser semanticamente distintos. A interface não poderá indicar conclusão do cuidado apenas porque arquivo foi publicado: leitura, recebimento e atendimento na rede são eventos diferentes.

- Exibir nome do documento, status, data, autoria e evento assistencial.
- Prever acesso em um toque aos sinais de alerta e canais de urgência.

26.08 Jornada da alta hospitalar à UBS

Após assinatura do Sumário de Alta, o PICA será apresentado em linguagem de paciente, acompanhado de documento médico autêntico. A equipe poderá indicar UBS de referência, serviço de destino e retorno previsto conforme fluxos pactuados, sem prometer vaga ou atendimento ainda não confirmado.

Na apresentação à UBS, o cidadão pode disponibilizar PDF assinado ou compartilhar a visualização conforme política autorizada. Encaminhamento, recebimento, agendamento e cuidado realizado deverão possuir estados próprios, auditáveis, sem gerar falsa confirmação de contrarreferência.

- Vincular cada encaminhamento ao PICA e registrar situação real.
- Impedir que o portal simule agendamento municipal não integrado.

26.09 Jornada de nova urgência

Em nova UPA, o portal deverá facilitar a localização de informações úteis — alergias, cirurgias recentes, medicações de alta, diagnósticos e laudos — com data, procedência e condição de validade. O atendimento emergencial não poderá depender de conexão ao portal.

O “resumo rápido para urgência” deve ser derivado de documentação clínica validada e claramente identificado como histórico, nunca como avaliação em tempo real. A seleção de informações relevantes exige revisão de profissionais assistenciais para evitar omissões ou excesso de dados.

- Distinguir alerta atual de histórico desatualizado.
- Fornecer versão de contingência impressa ou PDF assinado.

26.10 Design responsivo e desempenho

O portal deve ser desenvolvido prioritariamente para tela pequena, com botões legíveis, fluxo curto, baixo consumo de dados e desempenho em redes móveis instáveis. O aumento do tamanho do texto não pode ocultar conteúdos essenciais, especialmente sinais de alerta.

O desempenho deve ser testado em dispositivos reais com capacidades distintas, conexões limitadas e leitores de tela. Metas de tempo de abertura e de conclusão de tarefas serão estabelecidas após linha de base e estudo de capacidade, não como promessas contratuais sem validação.

- Fixar orçamento de desempenho e métricas de erro por dispositivo.
- Aplicar testes de campo em internet móvel de baixa qualidade.

26.11 Acessibilidade e WCAG 2.2

Adota-se como meta interna de engenharia a WCAG 2.2 nível AA, combinada às referências brasileiras de acessibilidade. A meta inclui navegação por teclado, indicação de foco, contraste adequado, leitores de tela, formulários rotulados e alvos de toque suficientes. Não se deve afirmar conformidade apenas porque foi instalado um plugin de acessibilidade.

Os documentos entregues também precisam ser acessíveis: PDFs exclusivamente digitalizados podem bloquear leitores de tela e exigir alternativa textual ou humana. Deve ser preservada a possibilidade de ajustar contraste, tamanho e linguagem sem alterar validade clínica dos documentos originais.

- Auditar telas críticas manualmente e com ferramentas automáticas.
- Testar com pessoas com deficiência e registrar correções.

26.12 Linguagem simples e compreensão clínica

Títulos e orientações devem evitar jargões: “medicamentos para tomar em casa” comunica melhor a ação do que “farmacoterapia de alta”. Códigos CID e termos técnicos permanecem disponíveis em área detalhada, sem eliminar sua precisão.

O portal não deve reescrever automaticamente condutas médicas sem validação. Resumos em linguagem acessível são camadas de explicação e não novos atos prescritivos. O método teach-back pode ser realizado presencialmente na alta e utilizado para avaliar a compreensão de instruções críticas.

- Revisão editorial por médicos, enfermagem, farmácia e representante de usuários.
- Marcar conteúdo educativo como tal e distinguir de orientação individual prescrita.

26.13 Ajuda e canais de relacionamento

O módulo Ajuda deverá incluir informações de suporte técnico, solicitação de correção de cadastro, problemas de login, dúvidas sobre documentos e orientação para situações que exigem atendimento presencial. A resposta clínica individual deverá seguir protocolo institucional, com profissional habilitado, registro e escalonamento.

O canal de mensagens não será pronto-socorro virtual. Mensagens automáticas deverão esclarecer horário de atendimento, limites do serviço, privacidade e orientação de procurar urgência se houver sinais de gravidade. Não devem transmitir resultados sensíveis no assunto de notificações.

- Separar tickets administrativos de demandas clínicas.
- Definir responsáveis, prazos internos e resposta em contingência.

26.14 Notificações e lembretes

Notificações devem indicar que há atualização de conteúdo protegido sem revelar diagnóstico, resultado, medicamento ou condição sensível em tela bloqueada. Cada paciente poderá gerir preferências dentro dos limites de comunicação necessária para sua segurança.

Resultados críticos e mudanças clinicamente relevantes não podem depender exclusivamente de push, SMS ou e-mail. O fluxo de circuito fechado com equipe responsável segue o Capítulo 24 e requer escalonamento se a confirmação não ocorrer.

- Propor categorias: informativa, operacional e clínica prioritária.
- Registrar tentativas e confirmações sem presumir leitura clínica.

26.15 Integração com sistemas hospitalares

O portal deve receber somente dados necessários e autorizados provenientes de PEP, laboratório, RIS/PACS, farmácia e repositório documental. Cada publicação exigirá identificador de paciente, episódio, versão, emissor, status de assinatura e confirmação de que o documento foi liberado.

Conectores deverão implementar idempotência, filas de reprocessamento, tratamento de erros, monitoramento e conciliação de divergências. Na indisponibilidade de integração, o processo poderá operar manualmente por pessoal autorizado, com dupla checagem e prazo de regularização.

- Definir contratos de interface e dicionário de dados por sistema.
- Testar troca de documentos, retificações e reenvio sem duplicação.

26.16 Interoperabilidade planejada com RNDS e município

Os modelos da RNDS e o padrão HL7 FHIR R4 constituem referências técnicas para evolução da plataforma. Integração efetiva com RNDS, e-SaúdeSP e outros serviços exige credenciamento, pactuação, homologação, responsabilidades e testes próprios; ela não decorre automaticamente da existência do site institucional.

O portal não deverá criar uma fila de regulação paralela ou representar como agendamento confirmado um pedido emitido à atenção primária. O desenho de

interoperabilidade será aprovado com a governança pública responsável pelos fluxos de referência e contrarreferência.

- Registrar dependências de terceiros por etapa de implantação.
- Prever envio padronizado sem assumir recebimento confirmado.

26.17 Proteção da sessão e dos dados em trânsito

Sessões autenticadas terão tempo de expiração definido por risco, controle de acesso por recurso, proteção contra fixação ou sequestro de sessão, cookies seguros e cabeçalhos adequados. A confidencialidade precisa valer tanto para API quanto para arquivos PDF, imagens e caches locais.

Logs e telemetria não deverão conter diagnósticos ou chaves de acesso de documentos. A defesa em profundidade combina criptografia, segregação de ambientes, gestão de segredos, atualização de componentes, análise de vulnerabilidades e testes de penetração autorizados.

- Adotar requisitos testáveis do OWASP ASVS; formalizar threat model.
- Revisar mensalmente eventos anômalos e acessos indevidos.

26.18 Resiliência, disponibilidade e contingência

Indisponibilidade do portal não deve interromper alta, atendimento emergencial ou comunicação de resultado crítico. O hospital precisará manter acesso ao PEP e mecanismo alternativo de entrega de documentos clinicamente válidos.

A engenharia deverá definir objetivos de recuperação, cópias de segurança, exercícios de restauração, tolerância a falhas e processos de indisponibilidade planejada. Indicadores de serviço devem diferenciar falha do portal de indisponibilidade da fonte clínica ou da rede externa.

- Testar restauração e recuperação de documentos assinados.
- Manter procedimento físico de entrega e conferência no hospital.

26.19 Privacidade por padrão e minimização

Os dados necessários à continuidade assistencial são sensíveis; a interface exibirá apenas o necessário no contexto. Informações adicionais poderão estar disponíveis após navegação autenticada, mas não deverão aparecer em widgets públicos, prévias de mensagem, banners de marketing ou ferramentas externas de análise não autorizadas.

Cookies, bibliotecas de terceiros, ferramentas de chat e serviços de análise deverão passar por avaliação de finalidade, base legal, contratos, riscos e eventual transferência internacional. Mecanismos de publicidade comportamental devem ser incompatíveis com o portal clínico.

- Realizar inventário de terceiros e avaliação de impacto quando pertinente.
- Separar analítica técnica de conteúdos clínicos identificáveis.

26.20 Operação do suporte e gestão de solicitações

A central de suporte poderá auxiliar acesso e navegação, mas não alterar prescrições, laudos ou diagnósticos. Correção de informação clínica exige fluxo de origem, profissional competente e publicação de nova versão com histórico preservado.

Solicitações de cópia, acesso, retificação cadastral ou gerenciamento de representante deverão ser registradas com identificação do solicitante, natureza, prazo, responsável e desfecho. O atendimento humanizado precisa contemplar barreiras digitais e oferecer meio alternativo de solução.

- Definir catálogo de serviços e limites de atuação do suporte.
- Auditar solicitações de exclusão, correção e histórico de acesso.

26.21 Governança de produtos e aprovação de mudanças

A evolução do portal será decidida por comitê com representação clínica, experiência do paciente, Qualidade/NSP, TI, jurídico/LGPD e direção. Mudanças no conteúdo clínico ou na apresentação do estado de exames exigem homologação assistencial, além dos testes de software.

A aprovação de uma nova tela deve examinar risco de erro terapêutico, vazamento de informação, perda de acessibilidade e confusão de status. Experimentos de usabilidade não podem submeter pacientes reais a mudanças não validadas em comunicação de riscos clínicos.

- Implantar controle de versões e registro da decisão.
- Executar testes regressivos clínicos antes da publicação.

26.22 Indicadores de jornada e valor público

Indicadores propostos incluem proporção de pacientes com acesso funcional, taxa de entrega assistida, documentos publicados com assinatura íntegra, tempo para localizar sumário e receita, taxa de falhas de login, acessibilidade por perfil e reclamações de acesso indevido.

Os indicadores devem ser estratificados por idade, necessidade de apoio e meio de acesso quando legalmente adequado e com proteção de privacidade, evitando melhorar média geral às custas da exclusão dos mais vulneráveis. Metas quantitativas dependem de piloto e pactuação institucional.

- Conferir denominadores, fonte de coleta, periodicidade e dono de cada indicador.
- Rever qualidade assistencial junto aos indicadores de adoção digital.

26.23 Matriz de riscos da jornada digital

Os principais riscos incluem paciente errado, acesso indevido de familiares, documento incompleto, notificação que revela condição clínica, ausência de acesso offline, erro de exibição de medicação atual e confusão entre encaminhamento e atendimento concluído.

O plano de mitigação deverá combinar barreiras tecnológicas e humanas: identificação positiva, permissões granulares, assinatura, banner de data e procedência, revalidação de sessão e suporte presencial. O risco residual deve ser aceito formalmente por responsável competente, nunca presumido como inexistente.

- Manter registro de riscos e testar barreiras com casos reais simulados.
- Incluir eventos adversos digitais no plano do NSP.

26.24 Testes de homologação com cenários clínicos

O teste não se limita a abrir páginas. É necessário simular: cirurgia com anatomopatológico pendente, idoso com cuidador, homônimo, paciente sem internet, sumário retificado, acesso de ex-representante, exame crítico após alta e tentativa de invasão por troca de identificador da URL.

Cada cenário exige resultado esperado, evidência, severidade de falha e decisão de liberação. Falhas que mostrem dados do paciente incorreto ou indiquem receita desatualizada deverão bloquear implantação até sua correção e reteste.

- Conduzir ensaios com dados sintéticos e registro de evidências.
- Exigir aceite clínico, privacidade, TI e acessibilidade.

26.25 Plano faseado e limites contratuais

Propõe-se fase inicial para sumário, PICA, receituário e documentos assinados; fase seguinte para exames, comunicação e apoio a cuidadores; e fases posteriores para integração autorizada com outras redes. A priorização deve considerar risco assistencial, dependências e capacidade operacional.

O contrato tecnológico deverá prever propriedade e portabilidade dos dados, continuidade em caso de troca de fornecedor, requisitos de segurança, suporte, logs, SLA negociado e possibilidade de auditoria. Nenhum nível de serviço deverá ser publicado como compromisso vigente antes de homologação e contratação.

- Criar marcos de go/no-go e plano de reversão.
- Versionar o escopo de cada fase com aprovações institucionais.

26.26 Síntese normativa e decisões pendentes

Obrigação legal e sanitária, padrão técnico e diretriz proposta não são categorias equivalentes. As exigências sobre sigilo, proteção e documentação clínica valem conforme sua fonte; WCAG 2.2 AA, arquitetura visual e prazos de suporte são metas de projeto até formalização.

Antes da operação devem ser aprovados: controlador/operador e contratos, bases legais e política de privacidade, identificação, mecanismos de liberação clínica, papel do suporte, acesso assistido, infraestrutura, testes, treinamento e plano de contingência.

- Submeter o capítulo a parecer de segurança, direção técnica e jurídico.
- Registrar aprovação por fase e pendências com responsável.

Matriz executiva de responsabilidades

Responsável	Competência proposta	Evidência
Direção técnica/assistencial	Validar a apresentação de riscos, alta, orientações e critérios clínicos	Aceite clínico da interface
Qualidade e NSP	Revisar riscos e eventos de segurança digital	Registro de riscos e testes
TI e fornecedor	Implementar autenticação, acessibilidade, integração, disponibilidade	Relatório de homologação
Encarregado/Jurídico	Avaliar base legal, contratos, representação e privacidade	Parecer e política de privacidade
Experiência/atendimento	Testar compreensão, suporte e inclusão digital	Roteiros e resultados de testes
Gestão de rede	Pactuar encaminhamento e integração externa	Termo ou fluxo formal autorizado

Matriz de homologação — testes bloqueantes

Cenário de teste	Critério mínimo de aceite
Identidade trocada	Usuário não obtém dado de homônimo; incidente registra tentativa
Representação revogada	Revogação bloqueia sessão e futuras solicitações
Sumário retificado	Portal mostra versão atual e indica retificação
Idoso sem internet	Recebe via física e orientação assistida sem prejuízo
Notificação sensível	Mensagem não revela condição clínica em tela bloqueada
Integração indisponível	Alta e documentação continuam por plano contingente
Acessibilidade	Tarefas críticas concluídas com leitor de tela e teclado

Indicadores propostos e forma de interpretação

Indicador	Definição operacional proposta	Nota de interpretação
Acesso funcional à alta	Pacientes que concluem acesso / elegíveis testados	Não excluir atendidos por rota assistida
Disponibilidade de documentos	Documentos válidos exibidos / válidos liberados	Separar falha de origem de falha do portal
Navegação segura	Incidentes de autorização confirmados	Meta de segurança a aprovar no piloto
Acessibilidade	Tarefas críticas aprovadas em testes inclusivos	Estratificar perfil e dispositivo

Checklist de validação institucional

☐ Os conceitos, limites e responsabilidades foram revisados pela Direção Técnica.

☐ Foi realizada análise de risco do paciente errado e do acesso indevido.

☐ Os processos de autorização, retificação e contingência foram testados.

☐ Documentos e telas possuem proveniência, data e status inteligíveis.

☐ O método para pessoas sem conectividade foi aprovado e ensaiado.

☐ A integração externa permanece descrita como futura até homologação e pactuação.

☐ Os indicadores têm responsáveis, fontes e critérios de cálculo documentados.

☐ A aprovação formal, data, versão e pendências foram registradas.

Referências normativas e técnicas consultadas

1. BRASIL. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital — solução web e aplicativo. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

3. BRASIL. Governo Digital. Padrão de Governo Digital — Design System. Disponível em: https://www.gov.br/governodigital/pt-br/estrategias-e-governanca-digital/sisp/guia-do-gestor/guia-orientativo-de-padroes-e-fluxos-das-tecnologias-de-transformacao-digital/padrao-de-governo-digital-design-system. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

4. BRASIL. Governo Digital. Acessibilidade do Design System. Disponível em: https://www.gov.br/ds/acessibilidade. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

5. W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Disponível em: https://www.w3.org/TR/wcag/. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de implementação da RNDS. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

7. BRASIL. ANPD. Orientações de segurança da informação. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

8. OWASP. Application Security Verification Standard ASVS 5.0. Disponível em: https://asvs.owasp.org/. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

9. BRASIL. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 — incidentes. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Compartilhamento de dados pessoais. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd/compartilhamento-de-dados-pessoais. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

Registro de validação e aprovação institucional

Instância	Situação e registro
Direção técnica	Pendente — revisão e assinatura
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	Pendente — validação de riscos e fluxos
Jurídico e proteção de dados	Pendente — parecer de conformidade
Tecnologia / Segurança da Informação	Pendente — verificação de requisitos e viabilidade
Direção do Instituto	Pendente — aprovação institucional
Histórico de revisão	Versão 0.1 — 02/11/2026 — minuta apresentada para aprovação

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 27

HISTÓRICO, VISUALIZAÇÃO DE EXAMES, DOCUMENTOS, COMPROVANTES E COMPARTILHAMENTO SEGURO

Repositório de apresentação com rastreabilidade, liberação clínica, DICOM e acesso autorizado

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação projetada)
Documento	Capítulo 27 do Manual Institucional
Versão / situação	0.1 — minuta pendente de revisão clínica, jurídica, de TI e aprovação formal
Natureza	Proposta de política e procedimento institucional; não comprova implantação operacional
Gestão de alterações	Revisões numeradas, histórico preservado e aprovação registrada em instância competente

Resumo executivo

Repositório de apresentação com rastreabilidade, liberação clínica, DICOM e acesso autorizado. Este capítulo estabelece requisitos organizacionais e critérios de aceitação para um programa em planejamento. As atividades indicadas como “deverá”, quando não decorrerem de norma vinculante identificada, constituem propostas internas a serem validadas pela direção institucional; nenhuma conexão externa ou funcionalidade foi presumida como implantada.

Objetivos específicos e produto de implantação

Definir e homologar um processo clínico-digital confiável, que evite exposição indevida e não transforme a experiência do usuário em obstáculo para o cuidado. O capítulo combina requisitos normativos, recomendações técnicas e decisões de produto ainda sujeitas a aprovação, para uso como instrumento de contratação, implantação e auditoria.

Dimensão	Resultado esperado	Evidência de verificação
Segurança clínica	Informação correta, temporalmente contextualizada e validada	Teste clínico por cenário e trilha de publicação
Usabilidade e equidade	Acesso compreensível inclusive para pessoas que necessitam de apoio	Teste de usuários diversos, modo assistido e contingência
Proteção de dados	Acesso restrito à finalidade e ao perfil autorizado	Auditoria de autorização e tentativas negadas
Interoperabilidade	Metadados consistentes e integração apenas quando homologada	Contrato de interface e relatório de testes

27.01 Objeto e relação com o Sumário de Alta

O módulo reúne documentos assinados, laudos, imagens e histórico de episódios assistenciais do Hospital Canaã para apoiar continuidade do cuidado. Não constituirá novo

prontuário paralelo nem substituirá os repositórios oficiais PEP, LIS, RIS/PACS ou arquivo médico.

O documento terá identificação da fonte e do profissional responsável, versão, data e estado de liberação. Uma informação exibida em tela deve permanecer rastreável ao registro clínico original, especialmente em situação de retificação posterior.

- Definir catálogo documental por modalidade e setor de origem.
- Exigir vínculo inequívoco paciente–episódio–documento.

27.02 Modelo longitudinal e distinção entre episódios

O histórico exibirá atendimentos e internações ordenados cronologicamente, com datas, hospital e tipo de episódio. Recortes por especialidade, admissão e alta poderão facilitar consulta, preservando alertas temporais para evitar comparações inadequadas.

O portal Canaã não deverá afirmar que abrange a totalidade do histórico SUS; inicialmente mostrará informações dos episódios efetivamente presentes no ambiente local ou integrados de maneira autorizada. A ausência de registro não significa ausência de atendimento em outro estabelecimento.

- Exibir cobertura e procedência do histórico.
- Permitir busca por data, tipo documental e episódio, sem indexação pública.

27.03 Inventário e taxonomia de documentos

Recomenda-se distinguir sumário de alta, PICA, prescrição, atestado, relatório cirúrgico, relatório anestésico liberável, laudos laboratoriais, laudos radiológicos, anatomopatológicos e encaminhamentos. Cada classe tem emissor, forma de validação e requisitos próprios.

Itens com necessidade de processamento clínico ou liberação gradual devem receber categoria específica de status. Evitar exibir como “laudo” um resultado preliminar, bem como confundir pedido de exame com exame realizado ou em interpretação.

- Construir matriz tipo/autor/origem/liberação/retenção.
- Definir padrões de nomes e filtros em linguagem acessível.

27.04 Metadados clínicos e proveniência

Metadados mínimos incluem identificadores do paciente e episódio, instituição emissora, modalidade, data e hora do procedimento, data de emissão, autor/validador, versão, estado de assinatura e status de publicação. Sempre que houver dados estruturados, estes devem ser representados em modelo semanticamente coerente.

A origem e o momento do dado serão visíveis ao usuário. Um valor laboratorial de três meses atrás, por exemplo, não deverá parecer medição de hoje. Auditorias deverão detectar divergências entre visualização resumida e documento original.

- Rejeitar documentos sem identificação ou vínculo consistente.
- Guardar trilhas de importação, reprocessamento e revisão.

27.05 Liberação clínica versus disponibilidade técnica

Um arquivo existente no LIS ou PACS não está automaticamente liberado para apresentação clínica. Os estados propostos são: solicitado, em execução, resultado preliminar, laudo validado, aguarda avaliação clínica, disponível ao titular, retificado e cancelado, quando pertinentes.

A liberação de resultados sensíveis deve ser desenhada com equipe clínica e jurídico, observados direitos de acesso e regras aplicáveis. Bloqueios indefinidos de acesso não são solução geral: é preciso equilibrar segurança na comunicação com transparência e direitos do paciente.

- Configurar estados específicos por modalidade.
- Exigir motivo e responsável para retardos excepcionais de liberação.

27.06 Sumário de alta e documentos médicos assinados

O Sumário de Alta deverá seguir modelo informacional vigente e conter autoria médica verificável. O PICA complementa a transição e pode reunir contribuições multiprofissionais, sem substituir a responsabilidade pelo documento médico formal.

Retificações e adendos devem preservar a versão anterior no repositório seguro e indicar ao paciente que foi disponibilizada nova versão, com data e motivo quando cabível. A versão anterior não poderá continuar sendo sugerida como documento vigente para seguimento assistencial.

- Verificar assinaturas e integridade antes de publicação.
- Manter histórico auditável de substituição.

27.07 Resultados laboratoriais e unidades de medida

Os exames precisam conservar unidade, referência, método quando necessário, data da coleta e da validação, amostra e observações relevantes do laboratório. A apresentação gráfica pode facilitar leitura, mas não deverá ocultar os valores nem sugerir interpretação diagnóstica automática.

Faixas de referência variam conforme laboratório, método, sexo, idade e contexto; não é adequado destacar “normal/anormal” sem exibir referência e procedência. Resultados

críticos devem seguir circuito assistencial definido, não depender apenas de destaque visual no portal.

- Padronizar parâmetros e unidades nas integrações.
- Tratar correção de laudo e resultado crítico com prioridade de segurança.

27.08 Anatomopatologia, citopatologia e laudos sensíveis

Anatomopatológicos e outros resultados que possam exigir comunicação clínica qualificada merecem fluxo de rastreabilidade especial: previsão de conclusão, responsável revisor, contato seguro e registro de ciência. O paciente poderá ter acesso ao documento conforme regras e direitos aplicáveis, sem que isso substitua devolutiva profissional.

Uma mensagem que informa apenas “novo exame disponível” preserva mais privacidade que notificação com detalhes de diagnóstico. Quando o exame permanece pendente após alta, o portal deve mostrar estado verdadeiro e o caminho de esclarecimento, não inventar prazo de liberação.

- Vincular cada biópsia a solicitação, peça, laudo e responsável.
- Testar situações de suspeita de malignidade e revisão posterior.

27.09 Radiologia: laudo versus imagens

O módulo de imagem deve distinguir o laudo médico assinado dos objetos DICOM, que contêm séries de imagens e metadados. A visualização em navegador para o paciente é facilitadora de acesso, mas não deve ser apresentada como estação diagnóstica para decisão médica sem validação e requisitos adequados.

O laudo acompanha o estudo por identificador de exame, modalidade e data; a indisponibilidade do visualizador não deve bloquear acesso ao laudo em PDF. O download de imagens poderá ter política distinta conforme volume, segurança, formato e capacidades do dispositivo.

- Garantir associação RIS/PACS entre estudo e laudo corretos.
- Disponibilizar informação de que visualizador do paciente não substitui avaliação profissional.

27.10 DICOMweb e requisitos de integração

O padrão DICOM PS3.18 descreve serviços web para busca, recuperação e armazenamento de estudos (incluindo QIDO-RS, WADO-RS e STOW-RS). O desenho do Canaã deverá avaliar capacidades do PACS contratado, contratos de API, autenticação, segurança de cache e custos de transferência.

Não se pode presumir que qualquer PACS oferecerá DICOMweb ou visualização integrada sem licenças e testes. A eventual integração deve preservar integridade de estudos,

conformidade dos objetos e evidências de desempenho, inclusive séries extensas de tomografia.

- Homologar estudos de TC, RX e US com múltiplas séries e arquivos grandes.
- Validar acesso profissional versus visualização simplificada do paciente.

27.11 Visualizador e dispositivos móveis

Controles de zoom, troca de série e localização do estudo devem ser compreensíveis, mas a interface não deve permitir edições do registro original. Mostrar informação de modalidade, data e origem antes de abrir imagem evita confusão entre exames semelhantes.

No celular, priorizar acesso ao laudo, oferecendo visualizador com aviso de limitação, alternativa de download autorizado e suporte ao usuário. Grandes estudos podem falhar em conexões móveis; o portal precisa comunicar progresso sem corromper documentos ou expor links técnicos internos.

- Testar abertura em smartphone e navegador desktop.
- Verificar que miniaturas não revelam dados em cache público.

27.12 Documentos retificados, cancelados ou substituídos

Toda retificação deve produzir alteração explícita de status e evitar coexistência de versões tratadas como atuais. O paciente precisa saber qual documento é válido para acompanhamento, mantendo rastreabilidade de versões anteriores para auditoria e obrigações de guarda.

Quando um laudo passa de preliminar a definitivo ou sofre correção de resultado, a integração deve realizar reconciliação do estado, registro do evento e comunicação às pessoas responsáveis quando houver repercussão clínica. Não basta substituir silenciosamente um PDF.

- Aplicar controle de versões imutáveis no armazenamento.
- Disparar reavaliação clínica quando correção muda conduta.

27.13 Pesquisa, filtros e organização do histórico

Filtros por data, serviço, tipo de exame, episódio e especialidade ajudam a localizar informação sem exigir conhecimento técnico. Busca textual deve respeitar campos autorizados e não indexar conteúdo sensível em serviços públicos.

A interface pode apresentar categorias “exames realizados”, “receitas da alta” e “encaminhamentos”, sempre distinguindo status. Documentos de várias internações nunca devem ser misturados sem indicação clara da data e de que tratamento se referem.

- Testar localização do último laudo em menos etapas.
- Impedir vazamento de títulos de documentos via mecanismos públicos.

27.14 Download e formatos de exportação

O titular deverá poder baixar documentos clinicamente válidos em formatos que preservem integridade, legibilidade e autenticidade. Para documentos assinados, preferir o arquivo original assinado ou verificação de assinatura equivalente, em vez de mero print da tela.

Downloads sensíveis podem permanecer no dispositivo do usuário: o portal deverá orientar sobre armazenamento, envio e risco de compartilhamento acidental. Pacientes sem conexão podem solicitar via fluxos assistidos; a equipe deve registrar a entrega sem criar obstáculo à alta.

- Oferecer PDF assinado e instruções de verificação quando aplicável.
- Testar exportações completas, legíveis e com nomes seguros.

27.15 Compartilhamento por paciente com terceiros

O paciente pode compartilhar um documento por arquivo autenticado ou por mecanismo de acesso temporário protegido por autenticação do receptor, conforme modelo jurídico aprovado. Não deve haver página clínica aberta mediante QR público estático sem controles.

O escopo do compartilhamento deve ser específico, com identificação de documentos, finalidade, prazo e possibilidade de revogação quando compatível. Downloads realizados legalmente por terceiros não podem ser “apagados remotamente”; a política de informação deverá esclarecer esta limitação.

- Projetar tokens de curta duração sem detalhes sensíveis na URL.
- Registrar destinatário, documento, concessão, revogação e acesso.

27.16 Acesso profissional em novo serviço SUS

A visualização por médico da UBS ou UPA dependerá da forma de compartilhamento efetivamente habilitada: apresentação pelo paciente, documento assinado ou integração interoperável autorizada. Não se deve supor que login profissional municipal tenha acesso automático ao repositório Canaã.

Quando implantado, o acesso profissional precisa respeitar vínculo assistencial, minimização, necessidade clínica, perfil autorizado e auditoria, preservando proteção de dados. Consultar histórico não transforma dados antigos em conduta vigente nem substitui avaliação médica presente.

- Pactuar integrações com responsáveis da rede municipal.

- Testar cenário em que serviço receptor não possui acesso digital.

27.17 Notificações sobre documentos liberados

A notificação deve preferir informação neutra — “há atualização no seu Passaporte” — sem expor diagnóstico, medicamentos ou resultados em tela bloqueada. Aviso recebido não é comprovação de leitura, muito menos de acompanhamento clínico.

Se laudo crítico exige providência imediata, o médico responsável e a equipe seguem fluxo de contato ativo, escalonamento e registro, conforme Capítulo 24. A existência do portal não descaracteriza essa responsabilidade clínica.

- Distinguir eventos de publicação, abertura, ciência e ação.
- Não encerrar pendência crítica por disparo automático de mensagem.

27.18 Segurança de APIs e controle objeto a objeto

O principal risco em portais documentais é autorização inadequada: um usuário não pode acessar exames de outra pessoa por alteração do identificador no endereço. Cada requisição de API e download exige validação de identidade, permissão, documento e episódio.

O modelo deve incluir criptografia em trânsito e em repouso, segregação, logs minimizados, gerenciamento de credenciais, expiração de sessão, análise de vulnerabilidades e testes de autorização. Deve-se evitar incorporar tokens de acesso em QR, logs ou links de analytics.

- Testar ataques IDOR/BOLA e acesso entre perfis.
- Aplicar matriz de acesso por documento e representante.

27.19 Trilha auditável e evidência de acesso

Registrar quem acessou qual documento, em que contexto, quando, por qual perfil e por qual método, sem gravar conteúdo clínico em log técnico. O registro permite investigação de uso indevido, análise de segurança e comprovação operacional de entrega.

A trilha não deve se confundir com prova de compreensão do paciente nem com confirmação de tratamento efetuado na UBS. A governança deve controlar retenção de logs, acesso a auditoria e resposta a solicitações de titulares conforme base legal aplicável.

- Revisar amostras de acessos atípicos e incidentes.
- Testar eventos de erro e tentativa de acesso negado.

27.20 Interoperabilidade sem duplicação de prontuários

FHIR R4/RNDS poderá orientar intercâmbio de sumários e metadados clinicamente estruturados, condicionado a integração autorizada. Objetos DICOM demandam estratégia própria de visualização e transferência. Um PDF disponível não equivale a informação FHIR validada ou interoperabilidade com a rede nacional.

A arquitetura deve priorizar a fonte oficial, evitando reentrada manual repetida e divergência entre sistemas. Em situações de contingência, a publicação manual deverá exigir checagem de identidade, integridade e versão, com posterior reconciliação.

- Definir mapeamentos de origem e formato por classe documental.
- Homologar rastreabilidade PEP–LIS/RIS/PACS–portal.

27.21 Acessibilidade documental e assistida

Todo documento relevante deve ser disponibilizado em formato legível e, quando possível, acessível por leitor de tela. Um exame em PDF apenas rasterizado pode exigir apoio humano ou versão textual quando tecnicamente disponível. O portal precisa oferecer alternativa não digital sem prejuízo da continuidade.

No caso de imagens diagnósticas, o laudo textual costuma ser a via principal de compreensão do paciente; a visualização das imagens é complementar e não substitui explicação clínica. Usuários com necessidades especiais deverão ser incluídos em testes de navegação e download.

- Avaliar acessibilidade de PDF, filtros e links de arquivo.
- Garantir atendimento presencial e entrega em papel quando necessária.

27.22 Indicadores, controle de qualidade e metas

Indicadores propostos: percentual de sumários assinados publicados, percentual de laudos com vínculo correto, tempo de publicação após validação, frequência de documentos retificados, taxas de erro de acesso, sucesso de download, resultados pendentes com responsável e incidentes de permissão.

Métricas devem ser comparadas com metas estabelecidas após piloto, sem usar “número de cliques” como substituto de continuidade real de tratamento. A revisão mensal deverá envolver direção técnica, qualidade, TI e proteção de dados.

- Formalizar ficha de cada indicador: fonte, numerador, denominador e responsável.
- Correlacionar falhas de documentos com eventos assistenciais.

27.23 Matriz de riscos e tratamento de falhas

A matriz deve priorizar erros de associação entre pacientes, laudo errado, versão preliminar publicada como definitiva, documento com assinatura inválida, acesso indevido, link vazado, omissão de resultado crítico e falha de reconciliação após retificação.

Barreiras propostas incluem validação dupla nas migrações, controles automatizados de integridade, permissões por objeto, assinaturas, alertas de atualização, revisão clínica, testes sintéticos e plano de incidentes. Falhas de severidade clínica alta devem bloquear publicação até correção.

- Executar testes de falhas e registrar risco residual.
- Criar canal de correção clínica com atendimento prioritário.

27.24 Cenários de homologação clínica e tecnológica

A equipe de homologação deverá simular dois pacientes homônimos, tomografias em episódios distintos, anatomopatológico pendente após alta, laudo retificado, visualizador indisponível, representante com permissão revogada, UPA sem integração e tentativa de download não autorizado.

Para cada caso são necessários evidência de resultado esperado, gravidade se falhar, responsável pelo reteste e decisão formal de liberação. A operação só deverá começar com validação médica, jurídica, de segurança e infraestrutura.

- Aplicar dataset sintético sem dados reais na fase de teste.
- Documentar bloqueios clínicos e dependências contratuais.

27.25 Implantação faseada e síntese institucional

Primeiro devem estar estáveis a identidade, sumário de alta, PICA e downloads autenticados; a seguir entram laudos e visualizações com gestão de pendências; depois, compartilhamento granular e integrações pactuadas. Cada fase exige plano de contingência e treinamento.

O produto desejado é facilitar leitura, entrega e uso seguro de documentos ao longo do cuidado, não aumentar volume de dados sem interpretação. A aprovação deste capítulo dependerá de demonstração de fluxo completo, da origem do exame à correta utilização pelo usuário autorizado.

- Aprovar arquitetura e catálogo documental antes do desenvolvimento.
- Definir marcos go/no-go e auditoria pós-piloto.

Matriz executiva de responsabilidades

Responsável	Competência proposta	Evidência
Médico responsável	Validar conteúdo clínico, retificações e resultados que exigem ação	Documento e evolução assinados
LIS/RIS/PACS e arquivo médico	Preservar originais, versão, exame e procedência	Protocolo de liberação e log
TI/Integração	Controlar APIs, visualizador, autorização e integridade	Relatórios de interface e acesso
Qualidade e NSP	Avaliar riscos e resultados críticos pós-alta	Indicadores e investigação de falhas
Jurídico/Encarregado	Validar compartilhamentos, representantes e contratos	Parecer LGPD e acordo de integração
Atendimento ao paciente	Apoiar acesso sem modificar laudos ou condutas	Registro de entrega e suporte

Matriz de homologação — testes bloqueantes

Cenário de teste	Critério mínimo de aceite
Acesso cruzado	Paciente A não recebe exame de paciente B
Laudo preliminar	Não aparece como laudo final e assinado
Imagem com laudo incompatível	Sistema bloqueia vínculo divergente
Exame retificado	Versão anterior não é exibida como atual
Anatomopatológico pendente	Status, responsável e fluxo de contato corretos
Link compartilhável vencido	Negado sem vazamento de dados em URL ou log
PACS indisponível	Laudo PDF permanece disponível quando liberado
Resultado crítico	Não encerra pendência somente com notificação

Indicadores propostos e forma de interpretação

Indicador	Definição operacional proposta	Nota de interpretação
Confiabilidade documental	Documentos corretamente vinculados / publicados	Auditoria por amostragem e incidentes
Liberados após validação	Laudos disponíveis depois do marco clínico / elegíveis	Não penalizar revisão clínica adequada
Uso de downloads	Downloads íntegros / tentativas autorizadas	Tratar por tipo de documento e conexão
Resultados pendentes	Pendências com dono designado / pendências totais	Acompanhar resolução clínica, não só publicação

Checklist de validação institucional

☐ Os conceitos, limites e responsabilidades foram revisados pela Direção Técnica.

☐ Foi realizada análise de risco do paciente errado e do acesso indevido.

☐ Os processos de autorização, retificação e contingência foram testados.

☐ Documentos e telas possuem proveniência, data e status inteligíveis.

☐ O método para pessoas sem conectividade foi aprovado e ensaiado.

☐ A integração externa permanece descrita como futura até homologação e pactuação.

☐ Os indicadores têm responsáveis, fontes e critérios de cálculo documentados.

☐ A aprovação formal, data, versão e pendências foram registradas.

Referências normativas e técnicas consultadas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Sumário de Alta. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de implementação RNDS HL7 FHIR R4. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

3. DICOM Standards Committee. DICOM PS3.18 2026d — Web Services. Disponível em: https://dicom.nema.org/medical/dicom/current/output/chtml/part18/chapter_10.html. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Compartilhamento de dados pessoais e controles. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/lgpd/compartilhamento-de-dados-pessoais. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

6. BRASIL. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — PNISD. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

7. BRASIL. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

8. W3C. WCAG 2.2. Disponível em: https://www.w3.org/TR/wcag/. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

9. OWASP. ASVS 5.0. Disponível em: https://asvs.owasp.org/. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

10. BRASIL. Anvisa. RDC nº 978/2025 — exames de análises clínicas (e atualizações). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/anvisa-

esclarece-duvidas-sobre-servicos-que-realizam-exames-de-analises-clinicas-eac. Consulta técnica em 02 nov. 2026.

Registro de validação e aprovação institucional

Instância	Situação e registro
Direção técnica	Pendente — revisão e assinatura
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	Pendente — validação de riscos e fluxos
Jurídico e proteção de dados	Pendente — parecer de conformidade
Tecnologia / Segurança da Informação	Pendente — verificação de requisitos e viabilidade
Direção do Instituto	Pendente — aprovação institucional
Histórico de revisão	Versão 0.1 — 02/11/2026 — minuta apresentada para aprovação

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 28

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PERSONALIZADA PARA CONDIÇÕES CLÍNICAS E PÓS-OPERATÓRIOS

Conteúdo validado, comunicação compreensível, teach-back, autocuidado e prevenção de complicações

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 28 do Manual Institucional
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão clínica, jurídica, de TI e aprovação formal
Escopo	Proposta de processos e requisitos; não comprova serviço em operação
Histórico	Capítulos 01–27 aprovados; capítulos 28–31 apresentados para avaliação
Revisão prevista	Revisão após homologação, alteração regulatória relevante ou evento adverso

Resumo executivo e delimitação do escopo

Conteúdo validado, comunicação compreensível, teach-back, autocuidado e prevenção de complicações. A proposta documenta procedimentos clínicos e requisitos de produto a serem pactuados e homologados. As referências legais vigentes são discriminadas das metas e dos prazos internos propostos; não se pressupõem integração efetiva com a RNDS, e-SaúdeSP ou qualquer sistema externo, tampouco atendimento assistencial ininterrupto antes de dimensionamento contratual e escalas formais.

Objetivos operacionais e entregáveis previstos

O objetivo de implantação é transformar diretrizes de segurança, continuidade assistencial e governança em regras verificáveis para profissionais, sistemas e fornecedores. A validação pressupõe revisão da direção técnica, dos responsáveis assistenciais, do Núcleo de Segurança do Paciente, do jurídico/encarregado e de tecnologia, cada qual no respectivo campo de atribuição.

Perspectiva	Entregável proposto	Evidência de verificação
Assistencial	Processo clinicamente seguro e compatível com o PICA	Protocolo validado e cenários de risco testados
Tecnológica	Camadas, acesso e rastreabilidade coerentes	Especificação e teste de integração
Jurídica e ética	Finalidade, acesso, contratos e direitos delimitados	Parecer e registro de risco
Inclusão e experiência	Compreensão e alternativa não digital	Testes com pacientes e cuidadores

28.01 Objeto, finalidade e limites da educação digital

A educação vinculada ao Passaporte deve explicar o que aconteceu na internação, o que o paciente precisa fazer em casa, quais sinais exigem atendimento imediato e quais retornos

estão previstos. A informação complementar não tem natureza de nova prescrição, parecer individual autônomo ou substituto da orientação verbal na alta; conflito com receita ou plano assinado obriga revisão por profissional habilitado.

A página educativa exibirá autoria, data, versão e contexto clínico. O hospital deverá oferecer canal de correção, material impresso e conversa presencial para quem não usar meios digitais. O resultado esperado é adesão informada e reconhecimento precoce de riscos, não o mero número de vídeos assistidos [1,2].

28.02 Estratificação clínica antes de escolher conteúdos

A equipe de alta classificará a necessidade educativa considerando diagnóstico principal, cirurgia, fragilidade, medicamentos de risco, dispositivos, baixa compreensão, isolamento social, cognição e possibilidade de acompanhamento. Cada classe deve gerar tarefas proporcionais; um paciente submetido a cirurgia de coluna não deve receber apenas instruções genéricas de repouso, nem um paciente com infecção receber material de antibioticoterapia sem revisão de sua prescrição.

A prioridade de revisão humana aumenta quando há feridas complexas, anticoagulantes, insulinoterapia, oxigenoterapia, diálise, pós-UTI, retorno por anatomopatológico ou incapacidade de autocuidado. A estratificação proposta é instrumento de segurança e não escore preditivo validado até estudo local e aprovação formal.

28.03 Fontes de dados e segurança da personalização

A seleção automatizada de conteúdos poderá ler exclusivamente campos necessários e confiáveis do Sumário de Alta, PICA, prescrições e procedimentos assinados. Diagnósticos em hipótese, medicamentos suspensos, resultados preliminares e notas de livre texto não validadas não devem disparar orientações clínicas específicas sem confirmação.

O mecanismo apresentará versão do dado de origem, vínculo ao episódio assistencial e data de publicação; a mudança de conduta exige nova revisão do pacote. Regras de personalização deverão ser inspecionáveis pelos responsáveis clínicos, com trilha de testes e possibilidade de bloqueio de uma regra inadequada.

28.04 Catálogo de conteúdo e taxonomia editorial

O catálogo deverá reunir temas identificados por código, especialidade, condição, procedimento, nível de complexidade, fase da recuperação e perfis de acessibilidade. Para cada módulo constarão problema de saúde, orientações gerais, autocuidado, sinais de alerta, medicações conforme prescrição, retornos, exames pendentes e dúvidas frequentes.

Não se autoriza copiar indiscriminadamente material de terceiros nem apresentar conteúdo não validado como protocolo Canaã. Cada peça terá responsável técnico, revisão baseada em fonte identificável, data de validade editorial e regra explícita para retirada ou atualização quando houver nova evidência [2,3].

28.05 Linguagem simples, letramento em saúde e legibilidade

O conteúdo escrito deve usar frases objetivas, verbos de ação e exemplos cotidianos, explicando siglas quando imprescindíveis. Em vez de “monitorar sinais flogísticos”, a orientação poderá dizer para observar aumento de vermelhidão, calor, dor ou secreção no local da cirurgia, com as ressalvas específicas aprovadas pela equipe.

Informações sobre risco deverão aparecer em ordem de decisão: o que fazer agora, quando procurar ajuda, o que evitar e onde consultar detalhes. Não depender de um único formato visual; combinar texto acessível, pictogramas descritos, áudio e impressão quando adequados [1,4].

28.06 Método teach-back e prova de compreensão

O profissional deverá solicitar que o paciente ou cuidador demonstre com suas palavras como tomará os medicamentos, como cuidará da ferida, a data do retorno e quando buscar emergência. Perguntar somente “entendeu?” é insuficiente; a explicação deve ser reformulada se a resposta revelar dúvida ou erro [1].

A verificação será documentada de modo proporcional: tema, quem recebeu, dificuldade identificada, correção efetuada e encaminhamento. Se o paciente não possuir capacidade de explicar, a equipe avaliará apoio de responsável e registrará barreiras de comunicação sem culpabilizar o usuário.

28.07 Papel da enfermagem na educação para autocuidado

A enfermagem organizará instruções de higiene, curativos, dispositivos, mobilidade, prevenção de quedas e reconhecimento de alterações, sempre dentro da competência profissional e do plano assistencial vigente. O processo começa durante a internação e não apenas na saída, permitindo demonstração prática, repetição e verificação do cuidador.

Uma alta com sonda, ostomia ou curativo especial deverá ter checklists por procedimento, materiais necessários e contatos de retaguarda confirmados antes da liberação. O portal exibirá o material como reforço, vinculado ao ensino realizado e não como prova de execução.

28.08 Conciliação farmacêutica como base educativa

As instruções de medicamentos devem partir da prescrição de alta assinada e da conciliação final do Capítulo 18. A interface precisa diferenciar iniciar, continuar, modificar e suspender, com dose, via, frequência, duração quando aplicável e cuidados específicos validados; uma administração intra-hospitalar não gera orientação domiciliar automaticamente.

A equipe de farmácia deve validar módulos gerais de segurança medicamentosa, com prioridade a anticoagulantes, insulina, opioides, antiepilépticos e outros tratamentos de maior risco. Caso a comunicação digital detecte divergência entre receita e orientação, deverá abrir ocorrência para revisão, nunca corrigir dose por algoritmo.

28.09 Doenças crônicas: condições cardiometabólicas

Para insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão e doença renal, as mensagens devem contextualizar autocuidado, sinais de piora e retornos definidos no PICA. Pesagem, aferições domiciliares, restrições alimentares e ajustes de medicação só poderão ser apresentados como metas individuais quando prescritos ou pactuados pelo profissional responsável.

O conteúdo enfatizará a continuidade com a UBS ou especialidade e nunca induzirá o paciente a suspender ou titular medicamentos a partir de valores isolados recebidos por formulário. Dispositivos de monitoramento e alertas devem passar por análise clínica, de privacidade e de viabilidade antes da ativação.

28.10 Infecções, antibióticos e prevenção de complicações

As instruções devem abordar higiene, cuidados prescritos, adesão ao tratamento e eventos de alerta como piora importante, febre persistente quando clinicamente relevante ou sinais de sepse. Em caso de antimicrobiano, o nome, dose, horários, duração e necessidade de reavaliação devem corresponder à receita de alta; não emitir esquemas padronizados desvinculados do caso.

Nos pacientes com dispositivo invasivo, infecção complexa ou necessidade de exames seriados, o material deve identificar claramente quem acompanhará resultados, onde comparecer e como obter orientação sem esperar resposta de chat em situação de emergência.

28.11 Neurocirurgia e cirurgia da coluna

Para pacientes após procedimentos cranianos ou de coluna, as orientações deverão esclarecer atividades permitidas e restritas conforme o tipo de operação, manejo de ferida, uso de colete se prescrito, sinais neurológicos de alarme e necessidade de avaliação pós-

operatória. Não adotar prazo único de retorno ao trabalho ou direção para todos os procedimentos.

Défice motor novo, perda de controle esfincteriano, alteração importante do nível de consciência ou crise convulsiva exigem orientação de busca imediata de assistência, não envio de foto ou mensagem para aguardar resposta. O cirurgião responsável valida o pacote educativo específico e mantém a titularidade clínica da alta cirúrgica.

28.12 Cirurgia abdominal e recuperação gastrointestinal

O catálogo cirúrgico deverá abranger alimentação e progressão de dieta quando prescrita, higiene da incisão, mobilidade, analgesia, função intestinal e sinais relevantes de sangramento, obstrução ou infecção. Nenhum vídeo genérico poderá contradizer limitação pós-operatória específica, presença de drenos ou plano definido por cirurgia e nutrição.

Materiais com orientações sobre náuseas, vômitos, febre, distensão abdominal e dor progressiva precisarão separar sintomas esperados de sinais de risco que pedem reavaliação presencial. O plano individual trará a referência do cirurgião e a data do retorno.

28.13 Cirurgia vascular, prevenção de tromboembolismo e feridas

A informação pós-operatória vascular deve contemplar perfusão, edema, dor, cuidado de feridas, medicação antitrombótica quando prescrita e reavaliação de membros. Mudanças abruptas de coloração, temperatura, força, sensibilidade, dispneia ou sangramento significativo devem ser tratadas como potenciais urgências, não como dúvida administrativa.

A equipe responsável definirá quando há indicação de mobilização, compressão, elevação de membros e cuidados locais; tais decisões não podem ser extraídas apenas do rótulo “cirurgia vascular”. Todo módulo deve identificar sua aplicabilidade e contraindicações relevantes.

28.14 Ortopedia e recuperação funcional

Orientações sobre carga permitida, uso de órtese, exercícios, prevenção de quedas, analgesia e reabilitação dependem do procedimento, estabilidade do implante e decisão do cirurgião. Exibir claramente se o paciente pode apoiar, deambular com auxílio ou necessita de avaliação fisioterapêutica antes da progressão.

O acompanhamento funcional deve valorizar segurança, dor, autonomia e retorno gradual às atividades, evitando instruções padronizadas que conflitem com fraturas instáveis,

imobilização ou restrições específicas. Sinais de comprometimento neurovascular requerem atendimento imediato.

28.15 Pacientes pós-UTI: síndrome pós-cuidados intensivos

Pessoas que passaram por terapia intensiva poderão apresentar fraqueza, dificuldade cognitiva, ansiedade, alteração do sono e dependência funcional. O conteúdo precisa oferecer linguagem não alarmista, indicar necessidade de avaliação e encaminhamento e orientar familiares sobre limites e objetivos da recuperação [3].

A personalização deve considerar alta diretamente da UTI versus enfermaria, suporte domiciliar, necessidade de reabilitação e risco de reinternação. Deve-se evitar afirmar que todo sintoma decorre da internação crítica; queixas novas ou intensas exigem avaliação clínica.

28.16 Dispositivos, curativos, sondas e nutrição enteral

Pacientes com sonda vesical, gastrostomia, ostomia, cateter ou dispositivos de suporte precisam de orientação presencial com demonstração de técnica, identificação de quem realizará o cuidado e entrega dos insumos previstos. O material digital terá fotografias institucionais aprovadas, instruções de higiene e sinais de complicação sem detalhar procedimentos invasivos para leigos.

O checklist de alta registrará fornecimento de insumos, treinamento demonstrado, contato para intercorrências e responsável pelo seguimento. A ausência desses elementos deve gerar pendência assistencial, e não ser “compensada” por disponibilizar um vídeo.

28.17 Nutrição, hidratação, atividade e prevenção de quedas

Módulos interdisciplinares indicarão orientações gerais de alimentação, consistência e restrições apenas quando compatíveis com plano nutricional, avaliação de deglutição e condições clínicas. Paciente com insuficiência renal, disfagia, diabetes ou restrição hídrica não deve receber a mesma instrução genérica sem ressalvas.

Os conteúdos de atividade física, uso de apoio para marcha e prevenção de quedas terão ênfase em limites de segurança e progressão assistida; nenhum recurso digital substituirá avaliação para deambulação, fisioterapia ou reabilitação.

28.18 Sinais de alerta e navegação assistencial

O material será organizado em três campos: cuidados de rotina, intercorrências para contato em horário de funcionamento e situações que justificam atendimento de urgência. A classificação deve ser validada para cada linha de cuidado e redigida com linguagem clara, destacando que não é seguro aguardar retorno eletrônico diante de gravidade.

Exemplos de emergência incluem falta de ar importante, perda de consciência, déficit neurológico súbito e sangramento intenso. Para eventos ambíguos, não se deve oferecer falsa segurança a partir de questionário automático; orienta-se busca de avaliação presencial [2,3].

28.19 Exames pendentes e retornos programados

A educação explicará quais resultados ainda aguardam liberação, o profissional responsável pela revisão e o caminho de comunicação previsto no Capítulo 24. Paciente e cuidador devem entender que “não apareceu exame no portal” não significa resultado normal, e que laudo publicado não substitui interpretação do médico responsável.

Os retornos serão mostrados com data, local e finalidade quando confirmados; agendamento solicitado será claramente distinguido de consulta efetivamente marcada. Para falta de confirmação, oferecer ação de contato e reconciliação, sem criar compromisso inexistente.

28.20 Cuidadores, representação e decisão compartilhada

O paciente decidirá, conforme sua capacidade e direitos, quais cuidadores participam das orientações. Acesso a documentos sensíveis por representante dependerá de legitimação e perfil verificável, não do simples conhecimento de número telefônico. Capacitar cuidadores não elimina o dever de preservar privacidade e autonomia.

Na presença de incapacidade funcional ou cognitiva, registrar quem recebeu instruções, escopo da atuação e eventuais limitações de compreensão. O uso do modo cuidador será compatível com o Capítulo 25 e deverá possuir opção de revogação e auditoria.

28.21 Acessibilidade, tradução e alternativas sem internet

Além de texto legível, o portal deve suportar leitor de tela, contraste, ampliação, navegação por teclado, legendas e audiodescrição quando pertinente, conforme WCAG 2.2 [4]. Tradução exige revisão técnica porque um erro em dose, posição cirúrgica ou aviso de emergência tem impacto clínico direto.

Devem existir versões impressas e explicação assistida na alta, além de contato institucional para obter cópia; a falta de smartphone não pode bloquear alta segura ou continuidade do cuidado. O catálogo deverá identificar idioma, formato, fonte e revisão para cada peça.

28.22 Validação científica e colegiada do conteúdo

Cada área terá curador clínico designado, com participação de enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia e outras profissões conforme o tema. As versões propostas passarão

por revisão de consistência com protocolos internos, literatura, normas aplicáveis e efeitos adversos potencialmente induzidos por orientação incorreta.

Uma alteração de protocolo, alerta sanitário ou evento adverso pode demandar suspensão emergencial de conteúdo. O comitê manterá registro de aprovadores, justificativa das mudanças, comunicação aos usuários afetados e prazo periódico de reavaliação.

28.23 IA generativa e controles de conteúdo educativo

Ferramentas de IA poderão apoiar simplificação de linguagem, revisão de acessibilidade e busca de referências, desde que nenhum texto clínico personalizado seja publicado sem validação humana e rastreabilidade. Proibir que o modelo invente medicamentos, sinais de alta, dose ou indicação de retorno; qualquer recomendação divergente do PEP deve ser bloqueada.

Dados pessoais e clínicos não poderão ser enviados a serviços externos sem avaliação jurídica, técnica, contratual e de segurança. Prompts, versões, revisão clínica e testes de erros deverão ser documentados para auditoria, observada a LGPD.

28.24 Integração com a alta e governança de autoria

O disparo do pacote educativo poderá ocorrer apenas após fechamento ou validação do episódio e confirmação do PICA. O cirurgião mantém responsabilidade pela orientação pós-operatória e pela alta de paciente cirúrgico; o hospitalista atua na cogestão das comorbidades e o intensivista nas necessidades próprias da terapia intensiva, sem transferência automática da titularidade.

As orientações educativas produzidas por enfermagem e demais categorias serão atribuídas aos profissionais competentes; dúvidas que exigem diagnóstico, alteração de medicamento ou indicação médica deverão ser remetidas ao médico responsável. O portal registra a origem da informação e o responsável pela última validação.

28.25 Auditoria de compreensão e eficácia real

Indicadores deverão medir compreensão demonstrada, proporção de pacientes com pacote adequado, acessibilidade, erros de conteúdo detectados, utilização de alternativas não digitais e ações corretivas. Visualizações, cliques e tempo de tela são métricas de uso, mas não demonstram aprendizagem nem redução de eventos adversos.

A análise de resultados pode estratificar linhas de cuidado e perfis de acesso, com técnicas de proteção de dados e tamanho mínimo de grupos para evitar reidentificação. A revisão deve relacionar dúvidas recorrentes, readmissões potencialmente evitáveis e falhas de orientação sem extrapolar causalidade.

28.26 Roteiro de implantação por fases

A fase inicial deverá privilegiar cinco pacotes clinicamente validados: alta clínica comum, cirurgia de coluna, cirurgia abdominal, alta pós-UTI e medicamentos de alto risco. A expansão exige inventário, oficinas multiprofissionais, piloto controlado, testes com pacientes diversos e tratamento de lacunas encontradas.

A direção deverá definir responsáveis, recursos, calendário e critérios de bloqueio antes de ativar personalização automática. Materiais de maior gravidade clínica serão testados com cenários sintéticos, pacientes simulados e revisão de linguagem por pessoas não especialistas.

28.27 Cenários assistenciais de teste e aceite

O cenário de alta após artrodese deverá mostrar restrição personalizada, retorno cirúrgico e sinais neurológicos; o de diabetes com insulina deve recuperar prescrição final; o de anatomopatológico pendente deve indicar responsável; o de paciente sem internet deve oferecer alternativa impressa. Em todos os casos, conferem-se data, autor, versão e correspondência clínica.

Critérios de aceite incluem ausência de orientação conflitante, compreensão por amostragem assistida, acessibilidade funcional e revisão clínica documentada. A direção técnica poderá suspender uma linha de cuidado específica sem desativar todo o Passaporte.

Matriz de requisitos essenciais e evidências

A matriz a seguir é proposta de aceitação institucional. A comprovação deve ser feita com documentos e testes; a descrição em manual, isoladamente, não demonstra funcionamento.

Função / gatilho	Dado ou situação de origem	Regra de controle / aceite	Responsável
Seleção de módulo	PICA e alta assinada	Regra clínica versionada; consulta à fonte	Direção técnica + curadoria
Personalização cirúrgica	Procedimento e restrições específicas	Aceite do cirurgião titular	Cirurgião responsável
Autocuidado	Treinamento presencial e teach-back	Ficha de orientação assinada	Enfermagem
Medicamentos	Conciliação farmacêutica e receita vigente	Prova de ausência de divergência	Farmácia e prescritor
Acessibilidade	Impressão, leitor de tela e formato simplificado	Teste inclusivo e prova assistida	Experiência e TI
Exames pendentes	Pendência vinculada a profissional	Responsável e rota de contato visíveis	Equipe de alta

Fluxo operacional mínimo — do evento ao encerramento

Marco	Execução exigida antes do próximo marco
1. Identificação	Alta e PICA validados identificam linha de cuidado e necessidades
2. Curadoria	Selecionar versões educativas aprovadas; revisar exceções clínicas
3. Ensino	Profissional oferece instrução verbal e demonstração, com teach-back
4. Publicação	Portal exibe pacote contextualizado, acessível e versionado
5. Seguimento	Dúvidas, alteração da conduta e resultados pendentes geram revisão

Matriz RACI executiva — proposta para pactuação

Legenda operacional: R = executa; A = responde pela decisão/aprovação; C = consultado. As designações abaixo devem ser traduzidas em portarias e procedimentos, com nomes de funções e escalas em vigor antes da implantação.

Ator	Papel R/A/C proposto	Evidência de governança
Direção técnica / comissão clínica	A — aprova pacotes, critérios de atualização e bloqueio	Parecer e publicação versionada
Cirurgião titular	R — valida restrições e orientações pós-operatórias	Checklist por procedimento
Hospitalista / intensivista	R/C — conteúdo de doença clínica e pós-UTI	Revisão de plano clínico
Enfermagem / farmácia	R — curativos, medicamentos e ensino prático	Teach-back e conciliação
Qualidade / NSP	C — riscos, eventos e indicadores	Relatório de segurança
TI / privacidade	R/C — catálogo, acesso e auditoria	Log de publicação e teste de acesso

Matriz de riscos clínicos, operacionais e de privacidade

A gravidade proposta é referência de triagem inicial, sujeita a análise de frequência, detectabilidade e dano na FMEA institucional. Ocorrências críticas podem impor bloqueio imediato de funcionalidade.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira / resposta esperada
Orientação conflitante com receita de alta	Alta	Bloquear regra quando versão da prescrição divergir
Alerta neurológico omisso em pós-operatório	Crítico	Checklist de sinais aprovado por cirurgião
Conteúdo incorreto gerado por IA	Alto	Revisão humana obrigatória antes de publicação
Paciente sem internet sem instrução	Alto	Entrega impressa e teach-back presencial

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira / resposta esperada
Tradução incorreta de dose	Crítico	Tradução clínica revisada e teste de compreensão
Material desatualizado após reintervenção	Alto	Invalidação de pacote por novo episódio

Cenários de homologação e critérios bloqueantes

Cenário simulado com dados sintéticos	Critério objetivo para aceite
Cirurgia de coluna com déficit agudo	Sinais de alarme e busca de urgência aparecem sem demora
Receita modificada no dia da alta	Orientação não apresenta dose anterior
Cuidador autorizado	Recebe somente material no escopo de autorização
Idioma e leitor de tela	Compreende tarefas críticas sem suporte visual
Anatomopatológico pendente	Informa responsável e situação não concluída
Sem smartphone	Material completo é entregue por meio alternativo

Painel de indicadores com definição verificável

Indicador	Numerador / denominador ou medida	Cuidados na interpretação
Cobertura educativa adequada	Pacientes com pacote validado / elegíveis	Estratificar por linha de cuidado
Teach-back realizado	Pacientes com verificação registrada / elegíveis	Auditar qualidade, não apenas checkbox
Divergências clínicas	Pacotes com erro confirmado / pacotes auditados	Analisar gravidade separadamente
Acesso alternativo	Pacientes sem meio digital orientados / elegíveis	Não excluir do denominador
Revisão editorial	Módulos no prazo de validade / ativos	Suspensão de materiais vencidos

Plano de implantação e decisões go/no-go

A implantação deverá ter inventário de dependências, piloto com quantidade controlada de usuários, testes positivos e negativos, capacitação presencial, canal de incidente e registro formal de aceite. A decisão go/no-go pertence à direção institucional após parecer técnico-clínico e avaliação do risco residual, e pode restringir apenas a funcionalidade ainda insegura.

Dependências externas — RNDS, e-SaúdeSP, fornecedores de mensagens ou sistemas de regulação — somente serão marcadas como implantadas mediante autorização, contrato quando necessário, integração testada, homologação e aceite. A continuidade de atendimento por meios clínicos convencionais deve estar garantida na fase piloto e durante falha do portal.

Checklist de aprovação institucional

☐ Conteúdo e responsabilidades revistos pelos profissionais clinicamente habilitados.

☐ Matriz de riscos testada em cenários de paciente errado, dado obsoleto e acesso indevido.

☐ Requisitos de acessibilidade e alternativa não digital demonstrados em teste.

☐ Bases legais, fornecedores e papéis de controlador/operador registrados.

☐ Indicadores possuem fonte, cálculo, responsável, periodicidade e meta interna pactuada.

☐ Planos de contingência, escalonamento e incidentes foram ensaiados.

☐ Nenhuma integração externa é declarada ativa sem evidência formal de homologação.

☐ Versão da minuta, aprovadores, pendências e data de vigência estão registrados.

Referências normativas, técnicas e científicas

As fontes abaixo constituem bibliografia de apoio e devem ser consultadas em sua versão consolidada na revisão pré-implantação. Recomendações de boa prática e parâmetros internos propostos não se confundem com comandos legais obrigatórios.

1. AHRQ. TeamSTEPPS — Teach-Back Tool. Disponível em: https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/teachback.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

2. AHRQ. Re-Engineered Discharge Toolkit. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

3. AHRQ. Follow-up Phone Call after Discharge. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

4. W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Disponível em: https://www.w3.org/TR/wcag/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

5. BRASIL. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Sumário de Alta. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

6. BRASIL. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — PNISD. Disponível em: https://www.conass.org.br/conass-informa-n-216-2026-publicada-portaria-gm-n-12-301-que-altera-a-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n-2-17-para-instituir-a-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-no/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

7. BRASIL. Lei nº 13.709/2018 — LGPD. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

Registro de validação, aprovação e controle de mudanças

Instância	Situação e registro requerido
Direção técnica	Pendente — validação clínica, assinatura e data
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	Pendente — aceite dos testes e medidas de segurança
Jurídico e proteção de dados	Pendente — bases legais, privacidade e contratos
TI / Segurança da Informação	Pendente — viabilidade, interfaces e disponibilidade
Direção do Instituto Canaã	Pendente — aprovação institucional e abertura de versão controlada
Histórico de revisão	v0.1 — 02/11/2026 — primeira minuta deste capítulo

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 29

CANAL DE CONTATO PÓS-ALTA: CHAT, WHATSAPP INSTITUCIONAL, PROTOCOLOS E ESCALONAMENTO

Acolhimento pós-alta com limites éticos, identidade segura, triagem, equipes responsáveis e rastreabilidade

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 29 do Manual Institucional
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão clínica, jurídica, de TI e aprovação formal
Escopo	Proposta de processos e requisitos; não comprova serviço em operação
Histórico	Capítulos 01–27 aprovados; capítulos 28–31 apresentados para avaliação
Revisão prevista	Revisão após homologação, alteração regulatória relevante ou evento adverso

Resumo executivo e delimitação do escopo

Acolhimento pós-alta com limites éticos, identidade segura, triagem, equipes responsáveis e rastreabilidade. A proposta documenta procedimentos clínicos e requisitos de produto a serem pactuados e homologados. As referências legais vigentes são discriminadas das metas e dos prazos internos propostos; não se pressupõem integração efetiva com a RNDS, e-SaúdeSP ou qualquer sistema externo, tampouco atendimento assistencial ininterrupto antes de dimensionamento contratual e escalas formais.

Objetivos operacionais e entregáveis previstos

O objetivo de implantação é transformar diretrizes de segurança, continuidade assistencial e governança em regras verificáveis para profissionais, sistemas e fornecedores. A validação pressupõe revisão da direção técnica, dos responsáveis assistenciais, do Núcleo de Segurança do Paciente, do jurídico/encarregado e de tecnologia, cada qual no respectivo campo de atribuição.

Perspectiva	Entregável proposto	Evidência de verificação
Assistencial	Processo clinicamente seguro e compatível com o PICA	Protocolo validado e cenários de risco testados
Tecnológica	Camadas, acesso e rastreabilidade coerentes	Especificação e teste de integração
Jurídica e ética	Finalidade, acesso, contratos e direitos delimitados	Parecer e registro de risco
Inclusão e experiência	Compreensão e alternativa não digital	Testes com pacientes e cuidadores

29.01 Objetivo e natureza do canal pós-alta

O canal de contato pós-alta será uma estrutura institucional de acolhimento, orientação sobre o plano já prescrito, esclarecimento de fluxos, identificação de problemas e

encaminhamento seguro. Não deve ser divulgado como pronto-socorro virtual, atendimento médico 24 horas ou substituto de consulta, enquanto não existir serviço específico, escala, licenciamento e protocolos de telemedicina aprovados [1,2].

O paciente receberá orientações claras sobre horário, prazo esperado de retorno e o que fazer diante de urgência. O foco é fechar pendências de transição do cuidado, não criar uma obrigação assistencial indefinida ou manter relações terapêuticas sem designação de responsável.

29.02 Portas de entrada: portal, chat e WhatsApp institucional

O portal autenticado é o canal preferencial para assuntos que envolvam dados clínicos; chat integrado deverá criar protocolo e vincular o caso ao episódio assistencial. WhatsApp institucional, quando contratado e homologado, pode servir à notificação neutra, confirmação de contato e direcionamento para ambiente seguro, após avaliação de riscos e comunicação transparente ao titular.

Não é aceitável transferir arquivos clínicos para celular pessoal de colaborador, manter grupos informais de pacientes ou permitir que conversas se tornem repositório primário do prontuário. Qualquer canal externo precisa de análise de fornecedor, metadados, localização e acesso, contratos e plano de contingência.

29.03 Fronteira entre suporte administrativo, orientação e telemedicina

Informar localização de laudo, horário de retorno ou modo de acessar documento é suporte administrativo; esclarecer instrução já assinada pode integrar educação assistencial; interpretar sintomas, estabelecer diagnóstico ou alterar tratamento configura ato profissional e exige adequada habilitação e registro. A modalidade de telemedicina, quando aplicável, seguirá Resolução CFM nº 2.314/2022 [1].

Um operador administrativo não pode responder “é normal” a queixa de dor, sangramento ou déficit motor. O sistema deverá oferecer resposta segura, encaminhando para avaliação profissional ou emergência segundo classificação estabelecida, evitando aparente consulta clínica por mensagens avulsas.

29.04 Consentimento, base legal e transparência do contato

O tratamento de dados de saúde para continuidade assistencial exige análise de base legal específica da LGPD, papéis dos agentes e finalidade; não se deve presumir que todo tratamento dependa de consentimento, nem usar legítimo interesse como base genérica para dado sensível. Preferências de canal e eventual adesão a comunicações opcionais serão registradas separadamente [3,4].

O aviso de privacidade deverá informar quais dados são coletados, canais utilizados, horários, destinatários, prazo de retenção, exercício de direitos e consequências da escolha por canal menos protegido. Não haverá autorização tácita para divulgar diagnósticos em notificações externas.

29.05 Identificação e prevenção de engenharia social

A confirmação do paciente combinará identidade autenticada no portal ou verificação proporcional pelo protocolo institucional; número do telefone sozinho não comprova titularidade. A equipe jamais solicitará senha, código de autenticação ou fotografia de documento sem justificativa e mecanismo seguro previamente aprovado.

Em caso de contato recebido de número não reconhecido, o colaborador deverá limitar a conversa a informação não sensível e orientar o usuário para rota autenticada. Eventos de possível fraude, conta sequestrada ou homonímia deverão gerar bloqueio e registro de segurança.

29.06 Triagem por finalidade e severidade

Cada contato receberá motivo codificado: acesso e documentação, agendamento, dúvida de instrução, medicação, ferida/dispositivo, sintoma novo ou agravado, exame pendente, reclamação ou solicitação LGPD. A classificação clínica de urgência deverá ser executada por profissional habilitado mediante protocolo validado, sem usar a IA para descartar risco.

O canal terá no mínimo três percursos: vermelho — sinais potencialmente graves, orientar busca imediata de emergência; amarelo — dúvida clínica com avaliação prioritária por profissional; verde — apoio administrativo e de navegação. As cores são convenção interna, não escala assistencial validada externamente.

29.07 Sinais graves e interrupção de conversa assíncrona

Queixas de falta de ar intensa, dor torácica sugestiva de urgência, déficit neurológico súbito, convulsão, alteração da consciência ou sangramento importante exigem aviso para atendimento emergencial imediato, de forma explícita. O operador registra encaminhamento, mas não mantém troca de mensagens como condição para acesso ao socorro.

A resposta automática de fora do expediente deve conter aviso de não monitoramento contínuo e indicar serviços de urgência quando necessário. A ausência de leitura ou entrega não equivale a garantia de que o paciente recebeu a orientação; falhas com risco significativo devem seguir escalonamento formal.

29.08 Modelo de responsabilidade e proprietário do caso

Cada conversa ou chamado terá identificador, paciente, episódio, tema, responsável inicial, unidade acionada, status, prazo e resolução. Demandas clínicas terão profissional habilitado identificado; o atendente administrativo apenas registra e encaminha, não altera prescrição nem determina alta ou reavaliação médica.

Nos casos cirúrgicos, o cirurgião titular é referência para condutas cirúrgicas e decisão de retorno; hospitalista pode auxiliar com comorbidades e tratamento clínico no âmbito da cogestão. A responsabilidade não pode ficar em caixa genérica sem dono de ação.

29.09 Prazos assistenciais e administrativos como proposta

O Instituto deverá fixar SLAs internos por categoria, escala disponível e risco. Prazos como resposta administrativa em um dia útil ou triagem prioritária durante o expediente podem ser usados apenas como metas propostas, nunca divulgados como compromisso antes de dimensionar pessoal e capacidade tecnológica.

Em situações emergenciais, o indicador adequado é orientação imediata para procurar serviço de urgência, e não “resposta por chat em X minutos”. O sistema bloqueará a afirmação de disponibilidade 24/7 enquanto a operação não cumprir os requisitos respectivos.

29.10 Orquestração de filas e turnos

Os chamados terão filas diferenciadas para apoio digital, enfermagem, farmácia, equipe cirúrgica, clínica médica, serviço social, regulação e segurança. Cada transferência entre filas exige razão, horário, responsável e aceite para evitar perda de acompanhamento durante troca de plantão.

As demandas não resolvidas devem gerar alerta de vencimento e fila de reconciliação. Mensagens duplicadas ou enviadas em múltiplos canais precisam ser vinculadas ao mesmo caso, preservando histórico e evitando condutas contraditórias.

29.11 Documentação no prontuário e trilha auditável

Quando uma interação resultar em orientação ou decisão clínica, deve haver registro pertinente no prontuário, com identificação do profissional, data, conteúdo, fundamentação e encaminhamento. O chat institucional pode conter a conversa operacional, mas não substitui evolução clínica exigível nem documento médico assinado.

Extratos do chat exibidos ao paciente devem separar mensagem, status de leitura, ação e eventual decisão documentada; não se deve converter automaticamente frases descontextualizadas em ordem terapêutica. A arquitetura manterá hash, referência de caso e política de retenção aprovada.

29.12 Risco de respostas automáticas e IA conversacional

Um chatbot pode esclarecer como abrir o Passaporte, recuperar senha e localizar serviços, desde que limitado a fluxos de baixo risco. Não deverá diagnosticar, classificar ferida por fotografia, sugerir dose ou garantir que sintoma é benigno. Classificadores que auxiliem priorização exigem avaliação clínica, testes de falso negativo e supervisão humana.

Para cada texto gerado automaticamente, o projeto deverá explicitar finalidade e limites, criar biblioteca de respostas aprovadas e facilitar encaminhamento para pessoa. Informações de saúde não podem ser usadas para treinamento externo sem análise de base legal e obrigações contratuais.

29.13 Dúvidas sobre medicamento e receitas

Quando houver divergência de dose, duplicidade, medicamento não disponível ou suspeita de reação adversa, o caso deve ser direcionado ao profissional competente e, se clinicamente relevante, ao médico prescritor. Um atendente não poderá recomendar suspensão, substituição ou ajuste a partir de relato digitado.

O fluxo consultará receita de alta vigente e histórico de retificação, com atualização preservada no PEP. Orientações educacionais genéricas de farmácia podem ser enviadas quando não alterarem a prescrição; eventos graves requerem assistência imediata.

29.14 Dúvidas sobre feridas, dispositivos e pós-operatório

Fotos de feridas ou dispositivos podem revelar dados pessoais sensíveis e informações de terceiros; eventual recebimento dependerá de plataforma segura, triagem formal e finalidade clínica autorizada. Avaliar imagem à distância não substitui exame quando há suspeita de infecção, isquemia, necrose ou complicação cirúrgica.

O cirurgião responsável ou equipe credenciada receberá demanda de alteração da ferida. A orientação ao paciente deverá citar sinais para procura imediata de urgência, e não prometer diagnóstico por fotografia ou mensagem de texto.

29.15 Resultados de exames após alta e alertas críticos

Resultados pendentes precisam manter proprietário clínico e processo de comunicação conforme Capítulo 24. O chatbot não encerra pendência clínica pela simples publicação de resultado; a decisão requer revisão pelo profissional responsável e registro de contato ou tentativa efetiva com paciente.

Ao detectar achado potencialmente crítico, o fluxo sai do suporte ordinário para circuito ativo de contato e escalonamento. Uma mensagem sem leitura, um e-mail entregue ou uma notificação push não comprovam ciência clínica nem tratamento da anormalidade.

29.16 Continuidade com UBS, ambulatórios e rede externa

O canal pode auxiliar o paciente a compreender o encaminhamento, localizar a referência informada e recuperar documentos, mas não presumirá vaga na UBS ou consulta agendada pela rede municipal. A responsabilidade pela contrarreferência ativa deve seguir as condições formalmente pactuadas com a gestão SUS.

Quando uma integração externa não existir, a equipe informa caminhos disponíveis e registra que a transferência de documentos é assistida ou realizada pelo paciente. O sistema diferenciará “solicitado”, “enviado”, “recebido” e “atendido” [5].

29.17 Cuidadores e representantes em contatos pós-alta

A autorização para falar com cuidador deverá ser definida pelo paciente ou pela representação legal aplicável, com delimitação de dados e histórico de concessão e revogação. O conhecimento do número de internação não confere legitimidade automática; contatos iniciados por terceiros devem ser direcionados a procedimento seguro.

Na incapacidade temporária ou permanente, a equipe consultará registro de representante e observará legislação e critérios clínicos. O canal de apoio não revelará condição ou diagnóstico para familiar não autorizado, inclusive quando alegar urgência sem verificação mínima.

29.18 Template de acolhimento e segurança verbal

O roteiro inicial deve identificar o hospital, informar limites de funcionamento, solicitar descrição breve do motivo e avaliar se a pessoa relata sinal de emergência. Pode dizer que a equipe encaminhará a questão ao setor competente, evitando promessa de solução clínica ou prazo não homologado.

Expressões como “seu exame está normal”, “pode suspender o remédio” ou “não precisa procurar hospital” ficam restritas a profissionais habilitados com avaliação e documentação apropriadas. Treinamentos com pacientes simulados devem revisar linguagem e risco de falsa tranquilização.

29.19 Fora de expediente, feriados e indisponibilidade de canal

Uma mensagem automática deve distinguir horário de operação, prazo para retorno e recomendação genérica de emergência quando houver sinais de gravidade. Se o sistema sair do ar, telefone institucional alternativo ou protocolo de atendimento presencial deve ser divulgado de maneira verificável e consistente.

A contingência será ensaiada com falha de provedor de mensagens, indisponibilidade de rede, queda do banco de dados, lentidão de interface e indisponibilidade da equipe.

Nenhuma falha digital poderá impedir atendimento de urgência presencial ou acesso a documentos essenciais por rota alternativa.

29.20 Mensagens de voz, mídia, anexos e dados excessivos

Áudios e anexos têm risco de perda, compartilhamento indevido e baixa legibilidade; o sistema deverá limitar tipos de arquivo, aplicar verificação antimalware, controlar tamanho e vincular o conteúdo ao chamado apenas quando necessário. Evitar gravação de áudio sem transparência sobre tratamento e retenção.

Imagens que contenham outra pessoa, conversas familiares ou identificação de terceiros devem ser minimizadas e tratadas segundo finalidade específica. Antes de integrar provedor externo, documentar riscos de transferência internacional e suboperadores, quando existentes.

29.21 Indicadores da central e análise de segurança

Os indicadores deverão separar volume de chamados, tempo até triagem, reatribuições, abandono, resolução administrativa, eventos escalonados e falhas clínicas confirmadas. Taxa de resposta rápida não é evidência suficiente de qualidade assistencial: resolução segura exige ação correta, comunicação e, quando cabível, confirmação de entendimento.

Relatórios devem analisar padrões de dúvida após cirurgias e altas clínicas, reforçando ensino à beira-leito. O comitê de qualidade acompanhará eventos adversos associados a atraso de resposta, exposição indevida e orientação equivocada.

29.22 Gestão de incidentes de privacidade e segurança

Exposição de conversa ao paciente errado, utilização de conta comprometida, vazamento de imagem clínica ou acesso sem legitimidade exige contenção, registro, avaliação do encarregado e análise da necessidade de comunicação à ANPD e titulares conforme Resolução CD/ANPD nº 15/2024 [6].

O prazo legal para comunicar incidentes com risco ou dano relevante é de três dias úteis, ressalvadas normas específicas; isso não equivale a prazo de resposta ao paciente sobre sua demanda assistencial. O plano de incidente deve preservar evidências e incluir ação corretiva.

29.23 Treinamento, simulações e habilitação por função

Os operadores precisam demonstrar capacidade de identificar gravidade sem interpretar clinicamente sintomas, validar identidade, registrar chamado, não expor dados e transferir o caso. Profissionais de saúde devem conhecer limites de competência, regras de documentação e recursos para acionar atendimento presencial.

As simulações incluirão paciente homônimo, pós-operatório com déficit novo, foto de ferida, familiar não autorizado, dúvida de anticoagulante e relato de piora fora do expediente. O uso do canal começa apenas com matriz de escalonamento formalmente aprovada.

29.24 Governança de fornecedor e contratos

O contrato deverá estabelecer disponibilidade técnica, localização e acesso aos dados, subcontratação, exportação, registro de auditoria, exclusão conforme política, segurança de APIs, suporte e reversibilidade tecnológica. O uso de marcas e serviços de mensageria deve respeitar políticas da plataforma sem prometer que a criptografia do aplicativo cobre toda a cadeia de processamento.

A contratação depende de análise do controlador e do encarregado, incluindo tratamento por terceiros, interoperabilidade, contingência e possibilidade de recuperar dados do histórico em caso de rescisão. Controles clínicos continuam sob responsabilidade do hospital.

29.25 Go-live faseado e critérios de suspensão

Primeiro recomenda-se suporte administrativo autenticado e busca de documentos; em seguida dúvidas assistenciais de baixa complexidade, com equipe e escala; só depois funcionalidades estruturadas de teleatendimento, se houver autorização e governança específicas. Toda expansão deve registrar decisão de comissão clínica, TI, jurídico e direção.

Falhas de identidade, encaminhamento de urgência, vazamento de dados e ausência de profissional de retaguarda configuram critérios de suspensão ou restrição imediata. A operação só poderá ser anunciada após comunicação verdadeira de horários e capacidades.

Matriz de requisitos essenciais e evidências

A matriz a seguir é proposta de aceitação institucional. A comprovação deve ser feita com documentos e testes; a descrição em manual, isoladamente, não demonstra funcionamento.

Função / gatilho	Dado ou situação de origem	Regra de controle / aceite	Responsável
Contato administrativo	Dúvida de acesso e agendamento	Roteiro e registro de protocolo	Atendimento
Sintoma novo	Relato após alta	Triagem de gravidade por profissional competente	Enfermagem / médico
Evento potencialmente grave	Dispneia, déficit súbito, sangramento	Orientação imediata de busca de emergência	Equipe de triagem

Função / gatilho	Dado ou situação de origem	Regra de controle / aceite	Responsável
Dúvida de medicamento	Receita, reação ou divergência	Encaminhar prescritor/farmácia; não modificar dose	Farmácia / médico
Retificação / laudo crítico	Resultado pós-alta	Circuito ativo, não apenas chat	Médico responsável
WhatsApp	Notificação neutra e autenticação externa	Sem conteúdo sensível livre; contrato e log	TI / jurídico

Fluxo operacional mínimo — do evento ao encerramento

Marco	Execução exigida antes do próximo marco
1. Entrada	Identificar contato, escopo e titularidade antes de divulgar dados
2. Classificação	Separar administrativo, clínico não urgente e potencial urgência
3. Atribuição	Nomear profissional ou equipe responsável e prazo interno realista
4. Ação	Registrar orientação, encaminhamento ou atendimento clínico formal
5. Fechamento	Validar resultado, documentar e registrar pendências posteriores

Matriz RACI executiva — proposta para pactuação

Legenda operacional: R = executa; A = responde pela decisão/aprovação; C = consultado. As designações abaixo devem ser traduzidas em portarias e procedimentos, com nomes de funções e escalas em vigor antes da implantação.

Ator	Papel R/A/C proposto	Evidência de governança
Direção técnica / coordenação médica	A — estabelece escopo, escala, retaguarda e critérios	Portaria interna de funcionamento
Cirurgião titular	R — intercorrência e decisão cirúrgica	Retorno ou orientação formal assinada
Enfermagem / farmacêutico	R — triagem e temas de sua competência	Evolução ou chamado registrado
Central de atendimento	R — identificação, fila e orientação administrativa	Protocolo com prazo e destino
TI / fornecedor	R — canal seguro, logs e contingência	Teste de falha e integridade
Encarregado / jurídico / qualidade	C — conformidade e segurança do paciente	RIPD/parecer e relatório de incidente

Matriz de riscos clínicos, operacionais e de privacidade

A gravidade proposta é referência de triagem inicial, sujeita a análise de frequência, detectabilidade e dano na FMEA institucional. Ocorrências críticas podem impor bloqueio imediato de funcionalidade.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira / resposta esperada
Queixa de urgência aguardando chat	Crítico	Roteiro de emergência e sinalização explícita
Operador alterando receita	Crítico	Bloqueio por perfil e encaminhamento ao prescritor
Conta de mensagem usada por terceiro	Alto	Reautenticação no portal e restrição de dados
Caso sem responsável após troca de plantão	Alto	Aceite de fila e alerta de pendência
Foto clínica fora de ambiente seguro	Alto	Proibir dispositivo pessoal e controlar anexos
Mensagem automática com falsa tranquilização	Crítico	Biblioteca de respostas e revisão clínica

Cenários de homologação e critérios bloqueantes

Cenário simulado com dados sintéticos	Critério objetivo para aceite
Déficit motor novo após cirurgia	Encaminha à emergência, sem avaliação por chat
Contato de familiar não autorizado	Não revela condição ou laudo
Divergência de dose	Abre escalonamento, não prescreve
Queixa fora do expediente	Informa ausência de monitoramento e rota de urgência
Duplicidade portal/WhatsApp	Um caso auditável com dois eventos
Laudo crítico pendente	Preserva dono clínico e contato ativo

Painel de indicadores com definição verificável

Indicador	Numerador / denominador ou medida	Cuidados na interpretação
Tempo até classificação	Tempo da entrada até triagem por categoria	Não interpretar como tempo para atendimento emergencial
Casos com dono	Casos vinculados a responsável / recebidos	Separar pendências vencidas
Falhas de encaminhamento	Casos críticos mal classificados / revisados	Monitorar eventos de dano
Resolução de suporte	Demandas administrativas concluídas / totais	Excluir casos clínicos indevidamente encerrados
Exposição indevida	Incidentes de privacidade confirmados	Meta zero com vigilância ativa

Plano de implantação e decisões go/no-go

A implantação deverá ter inventário de dependências, piloto com quantidade controlada de usuários, testes positivos e negativos, capacitação presencial, canal de incidente e registro formal de aceite. A decisão go/no-go pertence à direção institucional após parecer técnico-clínico e avaliação do risco residual, e pode restringir apenas a funcionalidade ainda insegura.

Dependências externas — RNDS, e-SaúdeSP, fornecedores de mensagens ou sistemas de regulação — somente serão marcadas como implantadas mediante autorização, contrato

quando necessário, integração testada, homologação e aceite. A continuidade de atendimento por meios clínicos convencionais deve estar garantida na fase piloto e durante falha do portal.

Checklist de aprovação institucional

☐ Conteúdo e responsabilidades revistos pelos profissionais clinicamente habilitados.

☐ Matriz de riscos testada em cenários de paciente errado, dado obsoleto e acesso indevido.

☐ Requisitos de acessibilidade e alternativa não digital demonstrados em teste.

☐ Bases legais, fornecedores e papéis de controlador/operador registrados.

☐ Indicadores possuem fonte, cálculo, responsável, periodicidade e meta interna pactuada.

☐ Planos de contingência, escalonamento e incidentes foram ensaiados.

☐ Nenhuma integração externa é declarada ativa sem evidência formal de homologação.

☐ Versão da minuta, aprovadores, pendências e data de vigência estão registrados.

Referências normativas, técnicas e científicas

As fontes abaixo constituem bibliografia de apoio e devem ser consultadas em sua versão consolidada na revisão pré-implantação. Recomendações de boa prática e parâmetros internos propostos não se confundem com comandos legais obrigatórios.

1. CFM. Resolução nº 2.314/2022 — Telemedicina. Disponível em: https://www.sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2314. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

2. AHRQ. Tool 5 — Postdischarge Followup Phone Call. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

3. ANPD. Direitos dos titulares. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/titular-de-dados/direito-dos-titulares. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

4. BRASIL. Lei nº 13.709/2018 — LGPD. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

5. BRASIL. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — PNISD. Disponível em: https://www.conass.org.br/conass-informa-n-216-2026-publicada-portaria-gm-n-12-301-

que-altera-a-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n-2-17-para-instituir-a-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-no/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

6. ANPD. Comunicação de incidentes — Resolução nº 15/2024. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

7. ANPD. Regulamentações e encarregado. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

Registro de validação, aprovação e controle de mudanças

Instância	Situação e registro requerido
Direção técnica	Pendente — validação clínica, assinatura e data
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	Pendente — aceite dos testes e medidas de segurança
Jurídico e proteção de dados	Pendente — bases legais, privacidade e contratos
TI / Segurança da Informação	Pendente — viabilidade, interfaces e disponibilidade
Direção do Instituto Canaã	Pendente — aprovação institucional e abertura de versão controlada
Histórico de revisão	v0.1 — 02/11/2026 — primeira minuta deste capítulo

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 30

NOTIFICAÇÕES, LEMBRETES, PESQUISA DE EXPERIÊNCIA E SUPORTE AO USUÁRIO

Comunicação proporcional e rastreável, lembretes seguros, experiência do paciente e resolução de demandas

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 30 do Manual Institucional
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão clínica, jurídica, de TI e aprovação formal
Escopo	Proposta de processos e requisitos; não comprova serviço em operação
Histórico	Capítulos 01–27 aprovados; capítulos 28–31 apresentados para avaliação
Revisão prevista	Revisão após homologação, alteração regulatória relevante ou evento adverso

Resumo executivo e delimitação do escopo

Comunicação proporcional e rastreável, lembretes seguros, experiência do paciente e resolução de demandas. A proposta documenta procedimentos clínicos e requisitos de produto a serem pactuados e homologados. As referências legais vigentes são discriminadas das metas e dos prazos internos propostos; não se pressupõem integração efetiva com a RNDS, e-SaúdeSP ou qualquer sistema externo, tampouco atendimento assistencial ininterrupto antes de dimensionamento contratual e escalas formais.

Objetivos operacionais e entregáveis previstos

O objetivo de implantação é transformar diretrizes de segurança, continuidade assistencial e governança em regras verificáveis para profissionais, sistemas e fornecedores. A validação pressupõe revisão da direção técnica, dos responsáveis assistenciais, do Núcleo de Segurança do Paciente, do jurídico/encarregado e de tecnologia, cada qual no respectivo campo de atribuição.

Perspectiva	Entregável proposto	Evidência de verificação
Assistencial	Processo clinicamente seguro e compatível com o PICA	Protocolo validado e cenários de risco testados
Tecnológica	Camadas, acesso e rastreabilidade coerentes	Especificação e teste de integração
Jurídica e ética	Finalidade, acesso, contratos e direitos delimitados	Parecer e registro de risco
Inclusão e experiência	Compreensão e alternativa não digital	Testes com pacientes e cuidadores

30.01 Propósito, limites e classificação de notificações

O módulo de notificações terá objetivo de lembrar tarefas previstas no Plano Individual de Continuidade Assistencial, avisar sobre documentos disponíveis e facilitar contato com o

hospital. Notificações não constituem, por si, diagnóstico, vigilância contínua ou garantia de assistência; qualquer promessa de monitoramento ativo depende de equipe responsável, protocolos e jornada operacional homologados.

Devem existir categorias separadas: avisos transacionais essenciais, lembretes assistenciais programados, comunicações educativas opcionais, pesquisa de experiência e alertas de segurança. A base legal, o grau de sensibilidade e o direito de escolha variam conforme a finalidade; não se admite agrupar tudo em autorização genérica [1,2].

30.02 Eventos de origem e fonte única de verdade

Cada notificação deve nascer de evento verificável: documento assinado e publicado, retorno efetivamente agendado, receita atualizada, exame com pendência, chamado respondido ou falha de segurança que exija comunicação. Uma tarefa marcada no sistema como “solicitada” não poderá gerar texto afirmando “consulta confirmada”.

A plataforma registrará origem, identificador do episódio, versão, data/hora, canal autorizado e estado do evento. Alterações de agendamento, cancelamentos, retificações e erros de integração devem retirar ou corrigir mensagens em espera para prevenir instruções desatualizadas.

30.03 Preferências do paciente e granularidade de canal

O paciente poderá escolher canais para lembretes de consulta, disponibilização de documentos e mensagens de suporte, dentro das exigências do serviço e das bases legais pertinentes. Não é adequado obrigar aceite de campanhas para liberar documentos de alta; também não se deve oferecer desligamento de comunicação indispensável à segurança clínica sem rota alternativa de contato.

A preferência terá data, finalidade, canal e comprovante; o sistema respeitará revogações e alterações futuras. Para representantes, a configuração de recepção dependerá do escopo de poderes validado e do direito do paciente à privacidade [2].

30.04 Proteção contra vazamento em tela bloqueada e SMS

Em canais externos, adotar texto neutro, por exemplo “Há uma atualização disponível no seu Passaporte Canaã. Acesse o portal com segurança”. Evitar diagnóstico, nome de exame sensível, CID, medicação ou condição cirúrgica no corpo da mensagem e em pré-visualizações de aplicativos.

Links precisam usar domínio institucional verificado, expiração apropriada e autenticação; nunca incluir token duradouro ou identificadores clínicos legíveis na URL. O desenho deverá ser testado em tela bloqueada, notificações agrupadas, celular compartilhado e encaminhamento de SMS.

30.05 Notificação de documento clínico recém-publicado

A emissão de aviso deve ocorrer apenas após status de documento validado, assinatura conferida e publicação autorizada. Quando houver retificação, deverá prevalecer a versão vigente, e o texto não poderá dar a entender que a primeira versão permanece clinicamente atual.

O clique levará ao contexto do documento com data e origem, respeitando permissões do titular e do representante. Documento bloqueado por erro de associação de paciente não pode permanecer acessível por URL antiga.

30.06 Lembretes de consultas e retornos

O lembrete poderá adotar cadência proposta, como aviso antecipado e reforço próximo da data, mas os marcos exatos deverão ser definidos por piloto, perfil do paciente, necessidade clínica e disponibilidade da rede. Todo texto deverá declarar se a consulta está confirmada, solicitada ou em processo de agendamento.

O paciente poderá registrar dificuldade de comparecimento, sem que isso cancele automaticamente vaga ou altere dados da regulação. O sistema deve encaminhar pedido de remarcação ao serviço responsável e registrar resposta, sem declarar conclusão até retorno do sistema de origem.

30.07 Exames pendentes e resultados com criticidade

Lembretes de exame pendente podem comunicar que existe uma ação do plano a cumprir, mas a divulgação do resultado ou de sua gravidade pertence ao circuito clínico previsto no Capítulo 24. Uma notificação enviada, entregue ou aberta não encerra obrigação de análise e contato ativo quando houver achado crítico.

Eventos de criticidade elevada deverão criar tarefa para profissional responsável, evidência de revisão, tentativas de contato por vias autorizadas e eventual indicação de avaliação urgente. O paciente não pode ficar dependente de leitura de push para conhecer risco relevante.

30.08 Lembretes de medicamentos e risco de erro

Qualquer lembrete de administração deve apontar exclusivamente à receita de alta atual e às mudanças formalmente assinadas. Se a prescrição for suspensa, retificada ou se houver readmissão, o motor deverá invalidar agenda antiga e sinalizar necessidade de reconciliação; nunca duplicar doses a partir de prescrição histórica.

Mensagens de medicação de alto risco, como insulina e anticoagulantes, exigem revisão farmacêutica e clínica antes de ativação. Notificação não pode autorizar autossuspensão, compensação de dose perdida ou titulação não prescrita.

30.09 Conteúdos educativos programados por fase da recuperação

Uma trilha educativa pode reforçar curativos, mobilização, prevenção de quedas, leitura de sinais de alerta e preparo para retorno, mas sua sequência deve ser compatível com o procedimento e as restrições assinadas. Uma mensagem genérica em “dia 7” não deve contradizer evolução do paciente que retornou ao hospital.

O sistema precisa reconhecer reintervenção, novo episódio e revisão da conduta para pausar a trilha. Preferência do usuário, acessibilidade e confirmação de entendimento devem orientar a forma de entrega, sem usar frequência de envio como substituto de resultado clínico.

30.10 Pesquisas de experiência: objetivo e separação ética

Os questionários deverão aferir clareza da alta, acesso aos documentos, orientação sobre medicamentos, confiança para buscar ajuda, dificuldades de retorno e qualidade de atendimento. É necessário separar satisfação administrativa de relato de dano ou suspeita de evento adverso, que deve seguir canal de segurança do paciente.

A participação será voluntária quando aplicável, sem condicionar cuidado futuro ou acesso ao Passaporte. Os resultados devem ser analisados como sinais de melhoria e não como punição automática de profissional, preservando confidencialidade e limites de interpretação.

30.11 PREMs, compreensão e avaliação do cuidado

Métricas de experiência relatada pelo paciente (PREMs) devem ser complementadas por indicadores objetivos: documento acessível, retorno efetivamente realizado, resposta ao chamado, exame pendente acompanhado e compreensão demonstrada. Nota média isolada não prova continuidade do cuidado nem redução de reinternação.

Os instrumentos devem ser curtos, legíveis, acessíveis e adequados às diferenças de linguagem. Questões livres podem conter dados sensíveis e precisam de triagem e proteção; todo relato de ameaça à segurança exige encaminhamento operacional verificável.

30.12 Frequência, horários protegidos e fadiga por alertas

O motor de comunicação deve aplicar limite de frequência por canal e por finalidade, janelas de horário e prioridade de segurança. Avisos de rotina não devem chegar repetidamente durante repouso, e alertas críticos não devem ser reduzidos a notificações silenciosas; a distinção exige política clínica expressa.

Em vez de insistência automática sem controle, o projeto definirá tentativas máximas e a opção de mudar para contato humano. A eficácia será avaliada por ação concluída, não pela soma de mensagens disparadas.

30.13 Comprovação de envio, entrega, leitura e ação

“Enviado”, “entregue ao provedor”, “entregue ao dispositivo”, “aberto”, “compreendido” e “resolvido” são estados diferentes. A plataforma deverá armazenar eventos de forma auditável e não converter sinal técnico de leitura em confirmação de conduta clínica.

Quando o paciente sinalizar dúvida, recusa ou necessidade de contato, abrirá chamado rastreável com responsável. Uma falha de entrega deve ser analisada segundo criticidade; casos de risco podem exigir telefonema ou orientação de busca presencial.

30.14 Acessibilidade e canais alternativos

Notificações do portal e e-mails devem apresentar texto compatível com leitor de tela, foco visível, contraste adequado e identificação clara de ação, conforme WCAG 2.2 [3]. Pacientes sem internet receberão alternativa apropriada, como informação impressa na alta e contato telefônico previsto no fluxo de cuidado.

Não presumir que um celular cadastrado é de uso pessoal ou que mensagens instantâneas serão recebidas. Em dispositivos compartilhados, o padrão deve ser minimizar exposição, permitir alteração de canal e evitar contatos não autorizados.

30.15 Confirmação de identidade e prevenção a phishing

As mensagens institucionais informarão domínio e contato oficial verificáveis, sem solicitar senha, código OTP, fotografia de documentos ou transferência bancária. Campanhas de conscientização devem ensinar que o hospital não enviará links para páginas de autenticação sem identificação institucional clara.

O provedor deverá monitorar adulteração de domínio, links encurtados desconhecidos e falhas de autenticação. Reclamação sobre mensagem suspeita seguirá segurança da informação e comunicação com o encarregado, com preservação de evidências.

30.16 Canal de suporte ao usuário e catálogo de serviços

O suporte deverá tratar recuperação de acesso, erro de documento, dificuldade de download, falha de acessibilidade, dado cadastral incorreto, dúvida administrativa e encaminhamento de solicitação clínica. Cada tipo terá prazo interno, instrução padronizada, responsável e evidência de encerramento.

O atendente precisa identificar limites de atuação; reclamações clínicas e eventos adversos não serão “resolvidos” apenas com FAQ. A central deverá manter integração de chamados com as filas propostas no Capítulo 29 e rota para solicitação LGPD.

30.17 Escalonamento por abandono, erro ou ausência de resposta

Quando ocorrer falha repetida de entrega, impossibilidade de acesso ou não realização de ação prevista, a política definirá se há necessidade de contato ativo por equipe de alta, de referência ou serviço social. A criticidade deverá derivar da condição clínica e do plano, não de um parâmetro fixo igual para todos.

O escalonamento precisa evitar assédio por chamadas sucessivas e preservar direito de escolha; qualquer ligação a cuidador ou terceiro exigirá legitimidade e finalidade delimitada. Registrar tentativas e razão para encerramento.

30.18 Uso de IA para classificação e análise de experiência

Classificação textual e sumarização de respostas abertas podem apoiar gestão, mas exigem revisão de vieses, falsos negativos e risco de exposição de dados. Relatos de sintomas graves, violência, erro medicamentoso ou agravamento clínico devem ser encaminhados a humano qualificado, ainda que o algoritmo classifique como baixa prioridade.

Análises agregadas deverão minimizar dados identificáveis e ter política de retenção. Não usar avaliação automatizada de pacientes para negar acesso, priorizar arbitrariamente cuidado ou inferir diagnósticos sem processo clínico validado.

30.19 Painel de indicadores e interpretação

Definir denominadores corretos para taxa de entrega, abertura, comparecimento, resposta a pesquisa e resolução de suporte. É essencial estratificar por canal e disponibilidade de acesso, para evitar excluir justamente os usuários sem conectividade e concluir falsamente que o programa alcançou toda a população.

A gestão poderá acompanhar falhas por linha assistencial, serviço e perfil de acessibilidade, respeitando anonimização estatística e limitações de amostra. Resultados desfavoráveis devem gerar ações sobre o processo, com devolutiva aos comitês responsáveis.

30.20 Retenção, privacidade, descarte e registros

O registro dos eventos de comunicação deverá ser proporcional à finalidade e coerente com política de privacidade, segurança, deveres de conservação e auditoria. Não armazenar indefinidamente tokens, conteúdo sensível de SMS ou tabelas de comportamento sem justificativa e avaliação de risco.

O encarregado e o jurídico revisarão política de preferências, transparência, direitos dos titulares, contratos de fornecedores e eventuais transferências internacionais. Retenção de metadados de auditoria não significa obrigação de conservar textos de campanhas sem valor assistencial.

30.21 Testes de falha, contingência e homologação

Os testes devem simular paciente homônimo, médico retificando receita, cancelamento de consulta, push entregue a aparelho compartilhado, conexão intermitente, troca de número, provedor fora do ar, pesquisa com relato de evento adverso e pessoa sem internet. O resultado esperado inclui não divulgar dados indevidos e não declarar ação que não ocorreu.

Na implantação, ativar primeiro mensagens transacionais neutras e suporte; avançar para lembretes assistenciais após validação de dados e, depois, para pesquisas. Critérios de suspensão são dados incorretos, notificação sensível em canal inadequado e falha de escalonamento crítico.

30.22 Governança da melhoria contínua

Os setores de qualidade, experiência do paciente, tecnologia, enfermagem, direção médica e proteção de dados revisarão mensalmente volume, utilidade e segurança dos avisos. Mudanças de template, frequência ou gatilho clínico deverão ter solicitação, avaliação, teste e publicação versionada.

O produto final deve reduzir lacunas entre alta e seguimento, com evidência de ações bem-sucedidas. Não é objetivo maximizar notificações nem pressionar pacientes para responder pesquisas, mas orientar com proporcionalidade e segurança.

30.23 Modelo de governança para templates de notificação

Cada texto de comunicação deverá compor biblioteca institucional com finalidade, indicação, contraindicação de uso, responsável, canais permitidos, data de criação, revisão e versão. O template de exame disponível não deve ser reaproveitado para achado crítico, porque o risco assistencial, o fluxo de revisão e a evidência necessária são diferentes.

Antes da publicação, devem ocorrer avaliação de leitura em linguagem simples, teste de exibição em aparelhos reais e checagem de variáveis dinâmicas. Erro de interpolação que insira diagnóstico ou nome de terceiro em mensagem externa configura falha de segurança e exige bloqueio do template.

30.24 Calendário editorial e critérios para suspensão de campanhas

O planejamento mensal de comunicações educativas e pesquisas será coordenado com as equipes assistenciais para evitar mensagens contraditórias durante nova internação, óbito comunicado, mudança de responsável ou piora clínica conhecida. O sistema terá critérios para pausar automaticamente campanhas de rotina após evento de suspensão documentado.

A pausa editorial não poderá eliminar alertas de segurança que tenham outra base legal e necessidade clínica; nesses casos, devem existir circuitos próprios com revisão humana. Toda decisão de suspender deve registrar motivo, alcance, data e regra de retomada.

30.25 Regras de envio para vulnerabilidades e acessos compartilhados

Pacientes com baixa alfabetização, dificuldade auditiva ou visual, dependência de cuidador e aparelhos compartilhados exigem configuração individual do canal e do modo de apresentação. O endereço de e-mail do familiar não deve automaticamente se tornar destino de conteúdo clínico; as delegações precisam ser verificadas no módulo de representantes.

A distribuição deverá permitir alternativa por chamada assistida ou material impresso quando apropriado. A equipe deve medir quantos pacientes ficaram sem receber orientação essencial por restrições de acesso, sob pena de o painel de engajamento ocultar desigualdade digital.

30.26 Incidentes, reclamações e correção de mensagem já enviada

Quando uma comunicação for incorreta, é necessário distinguir erro operacional sem impacto clínico de mensagem capaz de induzir dose errada, retorno perdido ou exposição de informação sensível. A primeira ação deverá ser conter novos envios e verificar alcance; depois avaliar contato corretivo, documentação no PEP e investigação de segurança.

Correção por nova mensagem pode não alcançar todos os destinatários. Ocorrências relevantes exigem plano humano de reconciliação, rastreio de entrega e análise do encarregado e do Núcleo de Segurança do Paciente. O relatório de incidente deverá registrar a versão do template e a origem do dado errado.

30.27 Modelo de suporte em múltiplas etapas

A central de suporte deverá diferenciar incidente de login, erro cadastral, indisponibilidade de documento, dúvida sobre orientação e relato de sintoma. Na primeira etapa, confirma identidade e gravidade; na segunda, identifica área responsável; na terceira, executa ou encaminha ação; e na quarta, confirma resolução ou pendência justificada.

Não se pode encerrar pedido de receita divergente como simples suporte de TI. A transição entre equipes requer protocolo único e confirmação de recebimento, evitando que o usuário repita dados sensíveis e que ninguém assuma a responsabilidade pela resposta.

30.28 Avaliação de eficácia com desenho de piloto

O piloto deverá registrar linha de base de faltas a consultas, dificuldades de acesso ao PICA, solicitações repetidas e chamados solucionados antes de implantar lembretes. A comparação antes/depois será interpretada com cautela por influência de sazonalidade, perfil clínico e disponibilidade de vagas; não atribuir melhora exclusivamente à plataforma.

O grupo responsável definirá critérios de sucesso prospectivos, coleta de dados mínima, análise de inclusão digital e revisão de eventos adversos. Pesquisas e notificações não deverão substituir investigações epidemiológicas ou clínicas quando houver desfechos relevantes.

30.29 Integração com educação permanente e qualidade

As dúvidas mais recorrentes do suporte e os sinais de confusão identificados nos questionários devem alimentar ajustes no ensino à beira-leito, no material do Capítulo 28 e nos fluxos do Capítulo 29. A equipe de qualidade reunirá evidências de causa, intervenção implementada e nova medição.

Esse ciclo evita que o hospital responda a falhas do processo apenas com mais mensagens. A prioridade deve ser corrigir a informação original, a prescrição, o agendamento ou o acesso, para que a automação não amplifique um problema ainda não resolvido.

Matriz de requisitos essenciais e evidências

A matriz a seguir é proposta de aceitação institucional. A comprovação deve ser feita com documentos e testes; a descrição em manual, isoladamente, não demonstra funcionamento.

Função / gatilho	Dado ou situação de origem	Regra de controle / aceite	Responsável
Documento publicado	Assinatura e status definitivo	Aviso neutro com autenticação	Publicação clínica / TI
Retorno marcado	Confirmação de agendamento	Lembrete com local e status correto	Regulação / atendimento
Exame crítico	Revisão clínica e plano de contato	Não encerrar com push	Médico responsável
Receita retificada	Evento de mudança de versão	Invalidar lembretes antigos	PEP / integração
Pesquisa de experiência	Elegibilidade e preferências	Participação não coercitiva	Qualidade / experiência
Suporte do portal	Chamado classificado	Resolução rastreável	Atendimento / TI

Fluxo operacional mínimo — do evento ao encerramento

Marco	Execução exigida antes do próximo marco
1. Evento	Receber mudança validada do sistema de origem
2. Elegibilidade	Checar paciente, canal, preferência, prioridade e versão
3. Conteúdo	Escolher template neutro e acessível, sem dado excessivo
4. Entrega	Registrar status técnicos sem supor compreensão
5. Ação	Reconciliar comparecimento, leitura, resolução ou escalonamento

Matriz RACI executiva — proposta para pactuação

Legenda operacional: R = executa; A = responde pela decisão/aprovação; C = consultado. As designações abaixo devem ser traduzidas em portarias e procedimentos, com nomes de funções e escalas em vigor antes da implantação.

Ator	Papel R/A/C proposto	Evidência de governança
Direção assistencial	A — aprova gatilhos de risco e calendário	Catálogo clínico de eventos
Qualidade / experiência	R — perguntas, devolutivas e análise	Relatório de ações corretivas
TI / integração	R — eventos, envio, monitoramento e opt-out	Testes de integridade e logs
Atendimento e regulação	R — confirmar retornos e remarcações	Registro no sistema de origem
Proteção de dados	C — bases legais, preferências e notificações neutras	Parecer de privacidade
Equipe clínica	R — eventos que exigem ação médica	Pendência concluída clinicamente

Matriz de riscos clínicos, operacionais e de privacidade

A gravidade proposta é referência de triagem inicial, sujeita a análise de frequência, detectabilidade e dano na FMEA institucional. Ocorrências críticas podem impor bloqueio imediato de funcionalidade.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira / resposta esperada
Mensagem com diagnóstico na tela bloqueada	Alto	Template neutro e teste em aparelho compartilhado
Lembrete de consulta cancelada	Alto	Reconciliar evento de cancelamento e invalidar fila
Receita antiga dispara alarme	Crítico	Dependência de versão assinada e cancelamento
Pesquisa recebe relato de evento adverso	Alto	Abrir incidente e encaminhar ao NSP
Exame crítico tratado como push comum	Crítico	Circuito clínico ativo separado
Notificações excessivas	Moderado	Limite, preferências e auditoria de fadiga

Cenários de homologação e critérios bloqueantes

Cenário simulado com dados sintéticos	Critério objetivo para aceite
Agenda alterada na origem	Lembrete muda ou é cancelado
Push em aparelho bloqueado	Não expõe condição clínica
Opção de preferências revogada	Canal opcional para imediatamente após atualização
Resultado crítico	Não fecha pendência por status entregue
Sem conectividade	Existe rota de orientação alternativa
Pesquisa relata dano	Converte relato em ocorrência do NSP

Painel de indicadores com definição verificável

Indicador	Numerador / denominador ou medida	Cuidados na interpretação
Entrega efetiva	Mensagens entregues / tentativas válidas	Exibir falha por canal
Ação confirmada	Tarefas realmente realizadas / elegíveis	Não confundir com clique
Lembrete incorreto	Eventos com erro / avisos auditados	Separar severidade clínica
Participação em pesquisa	Respondentes / convidados elegíveis	Viés de não resposta
Suporte concluído	Chamados resolvidos / classificados	Medir reabertura e recorrência

Plano de implantação e decisões go/no-go

A implantação deverá ter inventário de dependências, piloto com quantidade controlada de usuários, testes positivos e negativos, capacitação presencial, canal de incidente e registro formal de aceite. A decisão go/no-go pertence à direção institucional após parecer técnico-clínico e avaliação do risco residual, e pode restringir apenas a funcionalidade ainda insegura.

Dependências externas — RNDS, e-SaúdeSP, fornecedores de mensagens ou sistemas de regulação — somente serão marcadas como implantadas mediante autorização, contrato quando necessário, integração testada, homologação e aceite. A continuidade de

atendimento por meios clínicos convencionais deve estar garantida na fase piloto e durante falha do portal.

Checklist de aprovação institucional

☐ Conteúdo e responsabilidades revistos pelos profissionais clinicamente habilitados.

☐ Matriz de riscos testada em cenários de paciente errado, dado obsoleto e acesso indevido.

☐ Requisitos de acessibilidade e alternativa não digital demonstrados em teste.

☐ Bases legais, fornecedores e papéis de controlador/operador registrados.

☐ Indicadores possuem fonte, cálculo, responsável, periodicidade e meta interna pactuada.

☐ Planos de contingência, escalonamento e incidentes foram ensaiados.

☐ Nenhuma integração externa é declarada ativa sem evidência formal de homologação.

☐ Versão da minuta, aprovadores, pendências e data de vigência estão registrados.

Referências normativas, técnicas e científicas

As fontes abaixo constituem bibliografia de apoio e devem ser consultadas em sua versão consolidada na revisão pré-implantação. Recomendações de boa prática e parâmetros internos propostos não se confundem com comandos legais obrigatórios.

1. BRASIL. Lei nº 13.709/2018 — LGPD. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

2. ANPD. Direitos dos titulares. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/assuntos/titular-de-dados/direito-dos-titulares. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

3. W3C. WCAG 2.2 — acessibilidade digital. Disponível em: https://www.w3.org/TR/wcag/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

4. AHRQ. Re-Engineered Discharge — monitoramento e seguimento. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

5. AHRQ. Follow-up Phone Call. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

6. BRASIL. Portaria GM/MS nº 12.301/2026. Disponível em: https://www.conass.org.br/conass-informa-n-216-2026-publicada-portaria-gm-n-12-301-que-altera-a-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n-2-17-para-instituir-a-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-no/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

7. ANPD. Comunicação de incidentes. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

Registro de validação, aprovação e controle de mudanças

Instância	Situação e registro requerido
Direção técnica	Pendente — validação clínica, assinatura e data
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	Pendente — aceite dos testes e medidas de segurança
Jurídico e proteção de dados	Pendente — bases legais, privacidade e contratos
TI / Segurança da Informação	Pendente — viabilidade, interfaces e disponibilidade
Direção do Instituto Canaã	Pendente — aprovação institucional e abertura de versão controlada
Histórico de revisão	v0.1 — 02/11/2026 — primeira minuta deste capítulo

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 31

ARQUITETURA FUNCIONAL: PRONTUÁRIO COMO FONTE PRIMÁRIA E PORTAL COMO CAMADA DE ACESSO

Arquitetura de referência, fonte única de verdade, integrações, segurança, proveniência e continuidade de operação

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição proponente	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 31 do Manual Institucional
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão clínica, jurídica, de TI e aprovação formal
Escopo	Proposta de processos e requisitos; não comprova serviço em operação
Histórico	Capítulos 01–27 aprovados; capítulos 28–31 apresentados para avaliação
Revisão prevista	Revisão após homologação, alteração regulatória relevante ou evento adverso

Resumo executivo e delimitação do escopo

Arquitetura de referência, fonte única de verdade, integrações, segurança, proveniência e continuidade de operação. A proposta documenta procedimentos clínicos e requisitos de produto a serem pactuados e homologados. As referências legais vigentes são discriminadas das metas e dos prazos internos propostos; não se pressupõem integração efetiva com a RNDS, e-SaúdeSP ou qualquer sistema externo, tampouco atendimento assistencial ininterrupto antes de dimensionamento contratual e escalas formais.

Objetivos operacionais e entregáveis previstos

O objetivo de implantação é transformar diretrizes de segurança, continuidade assistencial e governança em regras verificáveis para profissionais, sistemas e fornecedores. A validação pressupõe revisão da direção técnica, dos responsáveis assistenciais, do Núcleo de Segurança do Paciente, do jurídico/encarregado e de tecnologia, cada qual no respectivo campo de atribuição.

Perspectiva	Entregável proposto	Evidência de verificação
Assistencial	Processo clinicamente seguro e compatível com o PICA	Protocolo validado e cenários de risco testados
Tecnológica	Camadas, acesso e rastreabilidade coerentes	Especificação e teste de integração
Jurídica e ética	Finalidade, acesso, contratos e direitos delimitados	Parecer e registro de risco
Inclusão e experiência	Compreensão e alternativa não digital	Testes com pacientes e cuidadores

31.01 Princípio arquitetural e limites do sistema

O prontuário eletrônico do paciente (PEP/HIS) será fonte primária dos registros clínicos, prescrições, evoluções, exames e decisões assistenciais. O Passaporte será camada de

apresentação e continuidade, com dados selecionados, assinados e publicados por mecanismos autorizados. O portal não poderá constituir repositório clínico paralelo, editar laudo ou reescrever diagnóstico a partir de formulário do paciente.

De acordo com a PNISD e os guias da RNDS, interoperabilidade deve preservar autoria, contexto e qualidade dos dados, porém sua execução local dependerá de análise técnica, contratos e homologação [1,2]. O modelo deste capítulo é referência proposta para especificação e contratação, não descrição de infraestrutura existente.

31.02 Contexto institucional e fronteiras tecnológicas

O ecossistema previsto reúne PEP/HIS, cadastro mestre de pacientes, prescrição eletrônica, laboratório/LIS, radiologia/RIS, imagens/PACS, assinatura documental, gestão de leitos, portal, serviços de notificação e central pós-alta. A fronteira do portal compreende autenticação, autorização, consultas, documentos aprovados, PICA, educação e chamados.

Cada sistema terá proprietário de dados, limites de acesso, contrato de interface e requisitos de disponibilidade. A integração não deverá ser inferida pela existência do módulo em um diagrama; somente será considerada ativa quando houver testes e termo de aceite.

31.03 Mapa de dados e autoridade por domínio

Cadastro mestre define identidade; sistema de internação define episódio; prontuário define hipóteses, diagnósticos, evolução e prescrições; assinatura valida documentos médicos; LIS/RIS/PACS definem laudos e imagens originais. O portal pode adicionar metadados de visualização, preferências e comprovantes de entrega, sem substituir a origem clínica.

Na divergência entre duas fontes, aplica-se regra documentada de reconciliação, prioridade clínica e bloqueio preventivo quando houver risco ao paciente. É vedado corrigir dado clínico apenas na interface, pois isso criaria duas versões conflitantes.

31.04 Componentes funcionais mínimos

A arquitetura deverá prever gateway de APIs, gestão de identidade e sessão, serviço de consentimentos e representações, catálogo de documentos, publicação clínica, PICA, educação, central de chamados, notificações, observabilidade e trilhas de auditoria. Cada serviço precisa de escopo, responsável, dependências e classificação de criticidade.

Um desenho modular facilita substituição de fornecedores e evolução incremental, sem pressupor arquitetura de microsserviços como obrigação. A escolha entre monólito modular e serviços distribuídos deve considerar maturidade operacional, equipe, custo e segurança, registrada em decisão arquitetural.

31.05 Fluxo de publicação do Sumário de Alta

O Sumário deverá nascer do PEP com dados do episódio, edição do profissional responsável, verificação de completude, assinatura válida e status de publicação. Serviço de integração registra evento e expõe ao portal versão aprovada, identificação do paciente, autoria, data e referência de integridade; nunca usa rascunho como documento final [3].

A retificação cria nova versão com vínculo à anterior, motivo e registro de correção. Qualquer cópia cacheada ou link antigo deverá indicar substituição ou deixar de fornecer a versão obsoleta como vigente. A validação técnica não substitui o julgamento médico.

31.06 Fluxo de PICA, educação e acompanhamento

O Plano Individual de Continuidade Assistencial é composto a partir do PEP e de ações aprovadas por profissionais competentes. Campos de retorno, medicamentos, dispositivos, sinais de alerta e exames pendentes devem manter vínculo à fonte, responsável e validade. O portal reúne a apresentação e gera tarefas de acompanhamento sem inventar nova decisão clínica.

O conteúdo educativo passa por catálogo editorial e regras de associação aprovadas, conforme Capítulo 28. Chamados e notificações podem apontar para tarefas do PICA, mas registros de sua execução pertencem aos sistemas de workflow e precisam de reconciliação com a fonte clínica.

31.07 Identificação do paciente e vínculo ao episódio

A chave institucional de paciente deve ser distinta de identificadores externos e de número de atendimento. CPF como identificador prioritário na PNISD não autoriza dispensar processos de conferência de identidade, lidar inadequadamente com duplicidades ou usar CPF como único fator de autenticação. Cada documento precisa referenciar paciente e episódio corretos [1].

Em casos de homonímia, fusão cadastral ou correção de CPF/CNS, o sistema deve bloquear exposição cruzada e colocar registros duvidosos em fila de reconciliação supervisionada. Falhas de identificação são bloqueantes para o go-live.

31.08 Documento, assinatura e proveniência

Um documento clínico será representado por identificador imutável, paciente, episódio, tipo, autor, organização, data de criação, data de assinatura, status, versão, hash e apontamento seguro para o conteúdo. A camada de apresentação deve distinguir laudo preliminar, definitivo, retificado e cancelado.

Metadados podem ser mapeados a recursos HL7 FHIR R4 como DocumentReference, Composition e Provenance, conforme perfis e escopo de cada integração. Não se deve

afirmar compatibilidade RNDS sem passar pela implementação oficial e testes do modelo específico [2,4].

31.09 Interoperabilidade interna versus RNDS

A integração interna PEP–portal pode usar APIs proprietárias com contratos documentados ou recursos interoperáveis, desde que preserve semântica e rastreabilidade. Integração com RNDS requer credenciamento, autenticação, modelo computacional adequado e operação homologada junto ao serviço nacional; não é consequência automática de armazenar arquivos em formato FHIR [2].

Os requisitos deverão contemplar versões da especificação, terminologias clínicas, erros de validação, idempotência, mensagens de retorno e suporte. Um ambiente de homologação deve usar dados sintéticos ou estritamente autorizados.

31.10 Regras de autorização por objeto e finalidade

Toda solicitação para visualizar um documento precisa verificar identidade, vínculo com paciente, escopo do representante, finalidade permitida, status do registro e política de acesso naquele instante. O backend nunca deve confiar em identificador enviado pelo navegador como prova de autorização; esse risco é destacado na OWASP API Security Top 10 [5].

O sistema deverá negar acesso por padrão, aplicar menor privilégio e registrar tentativas permitidas e negadas. O papel de suporte técnico não equivale a permissão para ler conteúdos clínicos; acesso excepcional só com processo próprio e auditoria.

31.11 Autenticação, sessões e proteção de credenciais

Autenticação deve usar medidas proporcionais ao risco, autenticação multifator quando viável e recuperação de conta com validação robusta. Tokens de sessão serão curtos, protegidos contra interceptação e revogados ao encerrar, trocar senha ou remover representante; o portal não pode armazenar credenciais do PEP do usuário em navegador.

A gestão de identidade precisa prever diferentes perfis: paciente, representante, atendimento administrativo e profissional assistencial. Profissionais terão autenticação segregada, e o acesso a dados de saúde seguirá princípio da necessidade de conhecer.

31.12 Integrações com laboratório e radiologia

LIS e RIS fornecem status de solicitação, coleta, processamento, emissão e retificação; PACS provê imagens com estudo e metadados próprios, via interfaces compatíveis quando disponíveis. O portal só publica conteúdos previstos após validação e liberação clínica, não devendo tratar exame pendente como normal.

Imagens DICOM necessitam mecanismo seguro de visualização e controle de volume de dados, evitando downloads não autorizados. A integridade entre exame, laudo e episódio deverá ser testada com múltiplas internações e pacientes homônimos.

31.13 Prescrição eletrônica e reconciliação de alta

A consulta de medicações deve separar prescrição hospitalar de administração e receita domiciliar vigente. O portal publica a lista de alta já conciliada, com versão e autor, e retira lembretes gerados a partir de prescrição suspensa; não poderá editar dose, via, frequência ou duração com base em resposta do paciente.

O mecanismo de sincronização deverá reconhecer eventos de revisão e manter trilha de invalidade temporal. Um campo “medicação atual” só terá essa denominação se existir processo aprovado para verificar atualização após a alta.

31.14 Arquitetura de eventos e consistência eventual

Para evitar perda de documentos quando ocorre indisponibilidade, recomenda-se adotar evento de publicação com identificador único, registro de confirmação, tentativas controladas e fila de exceções. Se houver broker ou mensageria, os componentes devem suportar entrega duplicada por idempotência e compensação de erro, em vez de presumir processamento uma única vez.

A interface informará estado de sincronização sem exibir dado antigo como vigente. Para itens críticos, como diagnóstico de alta, alergia e receita, a consistência pode exigir consulta síncrona ou regra de bloqueio conservadora. A escolha de latência será formalizada por análise de risco.

31.15 API gateway e proteção de superfície externa

O gateway deve impor autenticação, autorização, limites de taxa, validação de esquema, proteção contra abuso, detecção de tráfego anômalo e logging sem conteúdo sensível excessivo. Todas as APIs precisam de inventário, dono, versão, ambiente e procedimento de descontinuação, evitando endpoints antigos expostos.

As categorias OWASP de autorização em nível de objeto, autenticação quebrada, exposição excessiva e consumo inseguro de APIs devem integrar testes de segurança e processo de correção. A checagem de autorização deve ocorrer em cada operação e objeto, não apenas ao entrar no portal [5].

31.16 Proteção criptográfica e gestão de segredos

Dados deverão ser protegidos em trânsito e em repouso com algoritmos e configurações atuais aprovados pela equipe de segurança, com rotação de chaves, segregação de papéis e

controle de acesso a segredos. Certificados, tokens de integrações e credenciais não poderão ficar embutidos em código-fonte, mensagens ou registros de depuração.

A arquitetura deverá incluir inventário de chaves, backup seguro, processo de revogação, monitoramento de expiração e testes de recuperação. A escolha de provedor e localização física dos dados exige avaliação de contratos e eventual transferência internacional.

31.17 Armazenamento, cache, versões e descarte

O projeto deverá preferir referências seguras a documentos de origem e cópias mínimas necessárias; quando for indispensável armazenar conteúdo para disponibilidade, exigir criptografia, controle de retenção, invalidação de versão, auditoria e salvaguardas contra exposição. Caches de navegador e redes de entrega não poderão manter dados clínicos acessíveis após revogação.

O descarte deve distinguir política clínica de conservação do prontuário, metadados de auditoria e resíduos de mensagens transitórias. A decisão será documentada pelo controlador com participação de direção médica, arquivo médico, jurídico e segurança.

31.18 Conformidade LGPD e papéis dos agentes

O desenho deve mapear finalidades, categorias de dados, bases legais aplicáveis a dados sensíveis, controlador, operadores, encarregado e eventuais suboperadores. Consentimentos de canal, quando necessários, não substituem outras bases legais da assistência, e contratos com fornecedores deverão refletir instruções e responsabilidades reais [6].

O relatório de impacto e a análise de riscos devem ser considerados para funcionalidades de alto risco, como compartilhamento, perfis de representante, comunicação externa e uso de IA. Direito de acesso e correção não autoriza apagar indiscriminadamente prontuário clínico com dever de guarda.

31.19 Observabilidade, monitoramento e auditoria

O sistema medirá disponibilidade, latência, falhas de publicação, divergências de versão, erros de integração, acessos negados e incidentes de dados, sempre distinguindo falha técnica de potencial dano ao paciente. Logs devem registrar quem, quando, finalidade, objeto e resultado sem copiar laudos inteiros para ferramentas de observabilidade.

Alertas operacionais precisam apontar responsável e plano de resposta; não basta dashboard de métricas. A investigação de eventos deve permitir correlacionar o documento de origem, a publicação no portal e o acesso do usuário.

31.20 Alta disponibilidade e continuidade de operação

O desenho de continuidade deve classificar funções críticas: Sumário de Alta, lista de medicamentos vigente, acesso a documentos, recebimento de chamados e notificações. A direção definirá objetivos de recuperação (RTO/RPO) e disponibilidade por serviço com justificativa e custo; nenhum número deve ser tratado como exigência normativa universal.

Na indisponibilidade do portal, procedimentos de contingência devem garantir entrega do Sumário e orientações impressas ou por meio seguro alternativo, sem bloquear altas clinicamente adequadas. Testes de restauração devem ser realizados em periodicidade documentada.

31.21 Ambientes, dados de teste e ciclo de desenvolvimento

Desenvolvimento, homologação e produção terão segregação lógica e controle de acesso. Testes devem utilizar dados sintéticos ou anonimizados adequadamente; copiar prontuários reais para ambientes de teste sem fundamento e salvaguardas é vedado pelo modelo proposto.

As entregas passam por revisão de código, testes automatizados, varredura de dependências, análise de vulnerabilidade, teste de carga, validação clínica de cenários e registro de aceite. Mudanças emergenciais exigirão trilha de exceção e análise posterior.

31.22 Catálogo de interfaces e contratos de integração

Cada integração possuirá ficha: proprietário, consumidor, finalidade, campos, terminologia, método de autenticação, frequência, versão, SLA, tratamento de erro e requisitos de privacidade. O contrato deve especificar quem detecta falha, quem corrige, como ocorre retificação e como proceder diante de divergência clínica.

Nenhum fornecedor deve ser tratado como fonte absoluta sem validação; a interface deverá suportar testes de contrato com versões incompatíveis e migrações. A portabilidade de dados e exportação auditável serão critérios de contratação.

31.23 Reversibilidade e prevenção de dependência tecnológica

O contrato deverá assegurar exportação de conteúdos, metadados, logs relevantes, histórico de versões e documentação de interfaces em formatos reutilizáveis, observado sigilo e obrigações de retenção. O desligamento de prestador não pode comprometer acesso aos documentos que o hospital deve preservar.

Capacidade de migração será demonstrada em teste de encerramento simulado. A arquitetura institucional precisa evitar bibliotecas proprietárias sem alternativa,

dependência de números de mensagem e credenciais sob controle exclusivo do fornecedor.

31.24 Papéis técnicos e responsabilidade clínica

A direção técnica define regras de liberação clínica e segurança assistencial; TI mantém infraestrutura, APIs, suporte e observabilidade; proteção de dados valida tratamento; qualidade monitora eventos; fornecedores executam controles contratados. O médico mantém autoria e responsabilidade pelo conteúdo assistencial, não transferidas para programador ou algoritmo.

Para pacientes cirúrgicos, a titularidade do cirurgião e a cogestão do hospitalista permanecem conforme protocolo institucional. A camada digital não deve criar campo que altere automaticamente médico titular por localização na UTI ou intervenção de outro profissional.

31.25 Riscos de migração e reconciliação de legado

Em reabertura hospitalar e eventual troca de sistemas, migrar dado histórico requer inventário de formatos, duplicidades, identificação do paciente, documentos assinados, datas e versões. Informações com proveniência incompleta não devem aparecer como diagnóstico ou medicamento ativo sem revisão, mesmo quando tecnicamente importadas com sucesso.

O plano de migração terá amostragens clínicas, reconciliação de pacientes homônimos, casos sintéticos de divergência e critério de bloqueio, preservando original e evidência de transformações. O portal deverá sinalizar histórico antigo e limites de completude.

31.26 Implantação modular e critérios de dependência

O início seguro pressupõe identidade validada, fonte clínica definida, Sumário de Alta assinado, autorização, acesso autenticado, trilha de auditoria e contingência. Num segundo ciclo entram exames, PICA, conteúdos educativos e chamados; por último, compartilhamento granular, automações avançadas e integrações externas formalmente pactuadas.

Cada módulo terá marco go/no-go, relatório de riscos residuais, testes clínicos de aceitação, plano de treinamento e autorização documentada. Não se anuncia integração RNDS ou municipal antes de credenciamento e validação funcional.

31.27 Critérios de aceite técnico-clínico

Os testes bloqueantes deverão incluir usuário A tentando acessar documento B, prescrição cancelada aparecendo no portal, alta não assinada, laudo retificado, homonímia, token

revogado, PACS indisponível, falha do broker, retorno após restore e representante com acesso encerrado. É necessário comprovar negação segura ou recuperação sem exposição indevida.

A documentação final da arquitetura abrangerá diagramas de contexto, sequência, fluxo de dados, fronteiras de confiança, catálogo de APIs, matriz de riscos e runbooks. O sistema será considerado apto apenas após aceite integrado de direção técnica, enfermagem, qualidade, TI e proteção de dados.

Matriz de requisitos essenciais e evidências

A matriz a seguir é proposta de aceitação institucional. A comprovação deve ser feita com documentos e testes; a descrição em manual, isoladamente, não demonstra funcionamento.

Função / gatilho	Dado ou situação de origem	Regra de controle / aceite	Responsável
Prontuário/HIS	Diagnósticos, evolução, prescrições	Sistema de registro clínico; autoria e versão	Direção técnica / PEP
Publicador de alta	Documento e PICA assinados	Validação, status, hash e evento	Equipe de alta
Identidade e autorização	Paciente, episódio, representante	RBAC/ABAC e checagem por objeto	TI / proteção de dados
Documentos e imagens	Laudo definitivo e DICOM	Link protegido, proveniência e revogação	LIS / RIS / PACS
Portal e notificações	Camada de apresentação e interação	Não edita dado clínico; auditável	TI / produto
Integração RNDS	Modelo FHIR e credenciamento	Só após pactuação e homologação	Integração / gestão SUS

Fluxo operacional mínimo — do evento ao encerramento

Marco	Execução exigida antes do próximo marco
1. Registro	Profissional documenta no PEP/HIS fonte primária
2. Validação	Assinatura, paciente/episódio e status são conferidos
3. Integração	Evento idempotente aciona publicação ou atualização
4. Autorização	Backend verifica objeto, sessão, finalidade e representação
5. Auditoria	Acesso e falhas geram evidência e mecanismos de correção

Matriz RACI executiva — proposta para pactuação

Legenda operacional: R = executa; A = responde pela decisão/aprovação; C = consultado. As designações abaixo devem ser traduzidas em portarias e procedimentos, com nomes de funções e escalas em vigor antes da implantação.

Ator	Papel R/A/C proposto	Evidência de governança
Direção técnica / corpo clínico	A — conteúdo clínico, publicação e regras	Termo de aceite clínico
TI corporativa / arquitetura	R — desenho, APIs, IAM, backups e monitoramento	Diagrama, catálogo e runbook
Fornecedores PEP / PACS / portal	R — contratos de interface e segurança	Testes integrados e reversibilidade
Núcleo de Segurança do Paciente	C — FMEA, erros de associação e contingência	Registro de análise de riscos
Encarregado / jurídico	C/A — análise de tratamentos e terceiros	Contrato e parecer LGPD
Direção institucional	A — investimento, priorização e go-live	Ata de aprovação e riscos residuais

Matriz de riscos clínicos, operacionais e de privacidade

A gravidade proposta é referência de triagem inicial, sujeita a análise de frequência, detectabilidade e dano na FMEA institucional. Ocorrências críticas podem impor bloqueio imediato de funcionalidade.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira / resposta esperada
Paciente A acessa dado de B	Crítico	Autorização por objeto e teste adversarial
Sumário não assinado publicado	Crítico	Publicação condicionada a status e assinatura
Cache apresenta receita revogada	Crítico	Invalidação por versão e consulta de frescor
Mudança de interface cria erro semântico	Alto	Teste de contrato e reconciliação clínica
Integração externa declarada sem homologação	Alto	Marcador de status e bloqueio de divulgação
Backup restaurado sem eventos recentes	Alto	RTO/RPO aprovados e ensaio de restauração

Cenários de homologação e critérios bloqueantes

Cenário simulado com dados sintéticos	Critério objetivo para aceite
API document/{id} de outro paciente	Negação em backend e evento auditado
Tentativa de publicar rascunho	Não aparece no portal
Receita retificada após notificação	Versão antiga inválida e lembrete cancelado
Representante revogado	Todos os canais e sessões perdem acesso
Queda de broker e reprocessamento	Sem perda, duplicação clínica ou associação errada
PACS indisponível	Mantém contingência documental autorizada
Restauração de backup	Integridade clínica e logs preservados
RNDS sem credenciamento	Integração apresentada como indisponível

Painel de indicadores com definição verificável

Indicador	Numerador / denominador ou medida	Cuidados na interpretação
Consistência documental	Documentos corretos / auditados	Versão, paciente e episódio
Falhas de integração	Eventos não processados / gerados	Gravidade e idade da fila
Disponibilidade do portal	Minutos funcionais / minutos avaliados	Definir janela e exclusões
Autorizações negadas	Tentativas negadas e confirmadas indevidas	Monitorar por risco
Frescor do dado	Tempo entre assinatura e publicação	Priorizar alta e retificações

Plano de implantação e decisões go/no-go

A implantação deverá ter inventário de dependências, piloto com quantidade controlada de usuários, testes positivos e negativos, capacitação presencial, canal de incidente e registro formal de aceite. A decisão go/no-go pertence à direção institucional após parecer técnico-clínico e avaliação do risco residual, e pode restringir apenas a funcionalidade ainda insegura.

Dependências externas — RNDS, e-SaúdeSP, fornecedores de mensagens ou sistemas de regulação — somente serão marcadas como implantadas mediante autorização, contrato quando necessário, integração testada, homologação e aceite. A continuidade de atendimento por meios clínicos convencionais deve estar garantida na fase piloto e durante falha do portal.

Checklist de aprovação institucional

☐ Conteúdo e responsabilidades revistos pelos profissionais clinicamente habilitados.

☐ Matriz de riscos testada em cenários de paciente errado, dado obsoleto e acesso indevido.

☐ Requisitos de acessibilidade e alternativa não digital demonstrados em teste.

☐ Bases legais, fornecedores e papéis de controlador/operador registrados.

☐ Indicadores possuem fonte, cálculo, responsável, periodicidade e meta interna pactuada.

☐ Planos de contingência, escalonamento e incidentes foram ensaiados.

☐ Nenhuma integração externa é declarada ativa sem evidência formal de homologação.

☐ Versão da minuta, aprovadores, pendências e data de vigência estão registrados.

Referências normativas, técnicas e científicas

As fontes abaixo constituem bibliografia de apoio e devem ser consultadas em sua versão consolidada na revisão pré-implantação. Recomendações de boa prática e parâmetros internos propostos não se confundem com comandos legais obrigatórios.

1. BRASIL. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Disponível em: https://www.conass.org.br/conass-informa-n-216-2026-publicada-portaria-gm-n-12-301-que-altera-a-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n-2-17-para-instituir-a-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-no/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

2. Ministério da Saúde. Guia de implementação RNDS HL7 FHIR R4. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/index.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Sumário de Alta. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

4. HL7. FHIR R4 DocumentReference. Disponível em: https://hl7.org/fhir/R4/documentreference.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

5. OWASP. API Security Top 10 — 2023. Disponível em: https://api-security.owasp.org/editions/2023/en/0x11-t10/. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

6. BRASIL. Lei nº 13.709/2018 — LGPD. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

7. Ministério da Saúde. Integração e serviços da RNDS. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/pt-BR/integracao.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

8. ANPD. Guia de agentes de tratamento de dados e encarregado. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-para-definicoes-dos-agentes-de-tratamento-de-dados-pessoais-e-do-encarregado. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

9. DICOM Standards Committee. DICOMweb. Disponível em: https://dicom.nema.org/medical/dicom/current/output/chtml/part18/chapter_10.html. Consulta técnica: 02 nov. 2026.

Registro de validação, aprovação e controle de mudanças

Instância	Situação e registro requerido
Direção técnica	Pendente — validação clínica, assinatura e data
Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	Pendente — aceite dos testes e medidas de segurança
Jurídico e proteção de dados	Pendente — bases legais, privacidade e contratos
TI / Segurança da Informação	Pendente — viabilidade, interfaces e disponibilidade

Instância	Situação e registro requerido
Direção do Instituto Canaã	Pendente — aprovação institucional e abertura de versão controlada
Histórico de revisão	v0.1 — 02/11/2026 — primeira minuta deste capítulo

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 32

INTEGRAÇÕES COM PEP/HIS, LABORATÓRIO, RADIOLOGIA, PACS/DICOM E PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

Projeto integrado de interfaces clínicas com fonte única de verdade, identificação segura, publicação controlada de documentos, exames e prescrições e contingência assistencial.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 32 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–31 aprovados; capítulos 32–35 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Projeto integrado de interfaces clínicas com fonte única de verdade, identificação segura, publicação controlada de documentos, exames e prescrições e contingência assistencial. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

A implantação será regulada por decisões documentadas e pela separação entre requisitos mínimos de segurança, recomendações técnicas e escolhas contratuais propostas. Evidência de funcionamento somente será reconhecida mediante testes em ambiente compatível, verificação de correspondência clínica e aceite institucional. A política de co-gestão médico-cirúrgica do Hospital Canaã permanece: o cirurgião titular acompanha e responde pelas decisões cirúrgicas, o hospitalista atua em cooperação e o intensivista assume as condutas de terapia intensiva dentro de suas atribuições.

32.01 Arquitetura de integração e fronteiras de responsabilidade

O PEP/HIS continuará sendo sistema de registro assistencial e origem das evoluções, diagnósticos, prescrições e assinaturas clínicas. O laboratório/LIS e a radiologia/RIS-PACS

preservarão autoridade sobre seus respectivos resultados e imagens. O Passaporte disponibilizará recortes autorizados e versões publicadas, sem alterar documentos originais ou aceitar que dados exibidos ao paciente retornem como evolução médica sem validação.

O Comitê de Arquitetura deverá aprovar diagrama lógico, fluxos por interface, identificação do controlador/operador e o responsável técnico por cada dado. Interfaces são consideradas planejadas até demonstração, homologação, registro de versão e aceite clínico; não se confundem com conectividade meramente contratada [1,2].

32.02 Catálogo mestre de sistemas e proprietário dos dados

O inventário deverá distinguir cadastro mestre, prontuário, módulo de internações, gestão de leitos, prescrição, farmácia, LIS, RIS, PACS, sistema de assinatura, central pós-alta e portal. Para cada componente registrar produto, fornecedor, versão, ambiente, responsável, campos produzidos, periodicidade e condição de atualização.

Quando uma informação tiver duplicidade aparente, o catálogo estabelecerá autoridade: identificador do paciente no cadastro mestre; episódio no HIS; prescrição vigente no módulo próprio; resultado de exame no LIS; documento assinado no repositório clínico. A reconciliação será documentada e nunca resolvida por simples preferência do navegador.

32.03 Cadastro mestre, homônimos e identidade do episódio

Os vínculos entre paciente, internação e exame devem utilizar identificadores técnicos imutáveis, separados de CPF, CNS, número de atendimento e nome civil. CPF é identificador prioritário no contexto da PNISD, mas não substitui conferência de dois identificadores nem constitui senha de acesso.

Um evento de fusão, correção ou separação de cadastros exigirá reconciliação supervisionada e bloqueio de publicações ambíguas. Homônimo, múltiplos episódios, exames feitos antes da internação e pacientes sem CPF compõem a suíte obrigatória de testes negativos [1].

32.04 Integração do módulo de internações e cronologia clínica

O HIS deverá fornecer data e hora de admissão, transferências internas, mudanças de unidade, alta e correções, preservando fuso, origem, identificador do atendimento e motivo da alteração. A cronologia do portal não poderá converter transferência à UTI em nova internação independente sem lógica clínica documentada.

A situação “alta” deve ser diferenciada de “Sumário de Alta validado” e de “documento publicado”. A emissão de um evento administrativo de saída não autoriza publicar um

sumário ainda em rascunho. Divergências de horas serão analisadas com equipe clínica e auditoria.

32.05 Integração PEP e ciclo de vida do Sumário de Alta

O fluxo começará no documento redigido por profissional habilitado, com verificação de paciente, episódio, completude e assinatura válida. Só depois o serviço de publicação gerará referência controlada, versão, hash de integridade e registro de disponibilização. O hospital deve distinguir alta assistencial, assinatura do documento e leitura pelo paciente.

Retificações não sobrescrevem silenciosamente documentos previamente divulgados; devem criar trilha de versões, indicar substituição e invalidar cache e links em desuso. A ausência de assinatura ou conflito de paciente é bloqueio automático, com encaminhamento a responsável formal [3,4].

32.06 Integração laboratório/LIS: solicitação, coleta e resultado

A interface laboratorial separará exame solicitado, material coletado, processamento, resultado preliminar, liberado, retificado e cancelado. Cada resultado deve apresentar natureza, unidade, intervalo de referência quando aplicável, data relevante, laboratório executante, validação e vínculo ao pedido e episódio.

Resultados pendentes na alta serão listados com profissional revisor, data de acompanhamento e plano de comunicação. O portal não deve inferir normalidade pela ausência de alerta; valores críticos requerem fluxo assistencial ativo mesmo quando a notificação digital falha. Exames terceirizados dependem de contrato de interoperabilidade e retorno de status [5].

32.07 Resultados laboratoriais críticos e comunicação fechada

O LIS sinalizará valores críticos definidos em protocolo local pela direção laboratorial e corpo clínico. O evento deve alcançar equipe efetivamente responsável, prever confirmação de recebimento e escalonamento quando não houver retorno, com trilha de horário e decisão. Notificar paciente por push, isoladamente, não substitui contato clínico.

Na alta, resultados não liberados devem permanecer em fila de acompanhamento, com reconciliação ativa até conclusão ou transferência formal de responsabilidade. Erros de destinatário, interpretação de exame e atraso devem ser tratados como riscos assistenciais prioritários, conforme Capítulo 24.

32.08 Integração RIS: pedido, aquisição, laudo e retificação

O RIS deverá informar modalidade, pedido, indicação, execução, status de laudo, responsável, versão e datas; o portal deve distinguir exame executado de exame laudado.

Uma tomografia concluída sem laudo não deve ser exibida como resultado final, embora imagens possam ter fluxo assistencial próprio em ambiente profissional.

Se houver divergência entre nome do exame no pedido e no laudo, deverá prevalecer estrutura de identificação validada. Retificações por radiologista devem invalidar a versão visível anterior e acionar revisão das tarefas clínicas quando alterarem conduta.

32.09 PACS e DICOM: estudo, séries, visualização e exportação

O PACS preservará arquivos DICOM originais e metadados clínicos e técnicos do estudo; o portal poderá usar visualizador de imagem aprovado e mecanismo seguro de exportação. Os padrões DICOM e DICOMweb podem orientar pesquisa, recuperação e armazenamento, conforme capacidades dos fornecedores, sem transformar PDF em substituto do conjunto DICOM.

É preciso testar quantidade de imagens, desempenho móvel, examinação em múltiplos monitores, links temporários e controle de acesso em nível de estudo. O acesso ao paciente terá escopo de seus exames e a disponibilização de imagens não autoriza modificação de laudos [6].

32.10 Prescrição eletrônica, administração e receita de alta

O sistema diferenciará medicação prescrita na internação, administração realizada, conciliação de alta e receita domiciliar validada. Infusões e drogas utilizadas em UTI não deverão aparecer como tratamento ambulatorial vigente. Os campos clínicos precisam preservar substância, dose, via, frequência, duração, suspensões e responsável pela assinatura.

Quando uma prescrição for suspensa ou retificada, eventos de invalidação devem retirar avisos e orientações baseadas na versão anterior. A reconciliação clínica permanece com equipe habilitada; a API não pode criar posologia com heurística ou inteligência artificial sem aprovação explícita [3].

32.11 Interoperabilidade com farmácia e dispensação

A farmácia hospitalar poderá disponibilizar conferência de dispensação, estoque e orientação de alta quando contratualmente prevista, mas consumo farmacêutico não substitui a prescrição médica. Registro de administração, receita e dispensação representam fatos distintos e devem ser rotulados separadamente.

A interface deve impedir que estoque ausente seja confundido com suspensão terapêutica; problemas de acesso a medicamento deverão alimentar o plano de continuidade e a orientação de busca na rede. Os campos sensíveis permanecerão limitados ao escopo assistencial necessário.

32.12 Terminologias, códigos e normalização clínica

O dicionário institucional de dados definirá procedimentos, exames, especialidades e medicamentos com seus códigos de origem, unidades e regras de mapeamento. As codificações SUS, CID e terminologias clínicas serão aplicadas conforme a finalidade e o modelo de interoperabilidade; conversões não comprovadas devem ser marcadas como pendentes.

Uma troca de versão da tabela de procedimentos, alteração de unidade laboratorial ou cadastro de medicamento demanda teste semântico, não apenas transporte de bytes. O Comitê de Qualidade do Dado será responsável por revisar equivalências de maior risco.

32.13 Desenho de APIs e contratos versionados

Cada endpoint deverá possuir dono, autenticação, autorização, parâmetros, limites, paginação, esquema, códigos de erro, exemplos e política de versionamento. Recomenda-se especificação OpenAPI e contratos de mudança por consumidor, quando compatível com a plataforma escolhida. Campos sensíveis não devem aparecer em URLs abertas ou logs indiscriminados.

O hospital estabelecerá testes de compatibilidade regressiva e janela de migração. Integrações antigas que deixarem de ser usadas deverão ser desativadas, credenciais revogadas e acessos auditados. A ausência de inventário de API constitui risco de exposição não reconhecida [7].

32.14 Mensageria, sincronização e idempotência

O mecanismo de eventos deve admitir repetição sem produzir duplicidade clínica. Cada evento de assinatura, retificação ou disponibilização precisa de identificador único, chave de idempotência, horário, estado de confirmação e fila de exceções. Falha na entrega não pode ser interpretada como ausência de resultado.

Em cenários de consistência eventual, a interface sinalizará status de sincronização e aplicará bloqueios conservadores para alergia, receita e relatório crítico. O aceite deve medir atraso máximo tolerado por classe de dado, a ser pactuado pelos responsáveis clínicos.

32.15 Transações falhas, reversão e reconciliação

Erros de timeout, respostas parciais, duplicidade de registro e documento substituído exigirão circuitos de reprocessamento controlado, sem criar arquivos órfãos. Operador de integração deverá enxergar fila técnica de falhas, mas não necessariamente o conteúdo clínico integral.

Correção manual poderá ocorrer no sistema de origem com trilha e segunda validação nos casos sensíveis; editar apenas o portal geraria divergência. Reprocessamentos devem preservar assinatura e integridade documental, e cada ação terá ticket, responsável e evidência de conclusão.

32.16 Proteção de endpoints e autorização por objeto

O backend deverá verificar titularidade do paciente e escopo do representante a cada solicitação, inclusive por identificador de laudo, documento ou estudo DICOM. Nunca se deve presumir autorização apenas porque o usuário possui um link ou porque o endereço do arquivo contém um token difícil de adivinhar.

Proteção de objetos contra enumeração, expiração de URLs, limites de taxa, verificação de conteúdo e testes de acessos cruzados devem integrar as condições bloqueantes de implantação [7].

32.17 Integridade, proveniência e preservação de documentos

Documentos clínicos devem manter autor, estabelecimento, data, tipo, versão, estado e prova de assinatura; o portal poderá calcular hash para detectar alteração indevida em arquivo distribuído. Hash sozinho não equivale a assinatura nem comprova autoria. Formatos e rotinas de preservação precisarão permitir exportação e reconstituição futura.

A alteração de software não autoriza perda de histórico nem mudança silenciosa do conteúdo original. Metadados de proveniência devem acompanhar cópias enviadas a profissionais externos, sem revelar além do necessário para continuidade do cuidado.

32.18 Disponibilidade, contingência e impressão assistencial

Uma falha do LIS, PACS, PEP ou portal deve ter procedimento específico: informação administrativa de indisponibilidade, canal alternativo para documentos essenciais e prioridade para assistência presencial. É proibido condicionar a alta ou tratamento urgente a funcionamento de integração não crítica.

A direção técnica definirá processos autorizados de contingência, reconciliação posterior e responsáveis por comunicar indisponibilidade. O exercício incluirá queda de internet, falha da nuvem e perda temporária de assinatura eletrônica.

32.19 Observabilidade, logs técnicos e alertas

A operação acompanhará taxa de falha por interface, tempo de publicação, eventos em fila, erro de correspondência e volume por tipo de documento. Os logs deverão evitar nome, CID, corpo de mensagem e imagem quando não forem necessários, privilegiando IDs técnicos e referências protegidas.

Alertas terão responsáveis, plantões e regras de escalonamento. Indicador de uptime da API não basta: o sistema pode estar disponível e entregar documento de paciente errado; métricas de segurança semântica são obrigatórias.

32.20 Governança de fornecedores PEP, LIS, RIS e PACS

Os contratos deverão assegurar documentação de interface, responsabilidades por mudança, notificação de incidente, prazos de correção, exportação de dados, administração de credenciais e condições de saída. Proprietariedade ou licença de um software não confere automaticamente ao fornecedor uso secundário das informações de saúde.

Será proibido disponibilizar bases reais em ambiente de desenvolvimento sem justificativa, proteção e autorização específica. Integração de terceiro poderá ser suspensa seletivamente quando representar risco não mitigado à segurança do paciente.

32.21 Implantação por ondas e critérios de aceite

Recomenda-se iniciar com cadastro e documentos assinados, evoluir para exames laboratoriais e radiologia e, por último, visualização DICOM e regras de atualização de prescrição, de acordo com maturidade e riscos. Cada onda deverá ter cenário positivo, negativo, teste de segurança, contrato de suporte e procedimento de rollback.

A expansão somente ocorre após parecer clínico, homologação técnica e registro de que erros críticos de associação, publicação de rascunho e acesso indevido foram eliminados. Os marcos propostos não substituem obrigações legais nem acordos com parceiros.

Matriz de requisitos, objetos e fontes de verdade

A matriz é instrumento de desenho e de homologação. A equipe deverá completar versão do sistema, contrato, responsável, API ou recurso técnico e evidência de teste antes de utilizar dados reais.

Objeto / serviço	Fonte primária	Dados transportados	Critério de aceite
Identidade e episódio	Cadastro mestre / HIS	Paciente, episódio, situação	Divergência bloqueia publicação
Sumário e laudos	PEP / assinatura	Documento, status, autor, versão	Somente assinado/validado
Hemograma / laboratório	LIS	Pedido, coleta, laudo, criticidade	Retificação e seguimento
RX / TC / US	RIS	Pedido, execução, laudo e status	Laudo não é imagem bruta
Imagens	PACS	Estudo UID, séries e acesso	Token e autorização por estudo
Receita de alta	Prescrição eletrônica	Medicamento, dose, período, autor	Não confundir com uso em UTI

Matriz RACI institucional e evidências de decisão

R = realiza/executa; A = autoridade formal; C = consultado. A atribuição nominal deverá ser formalizada pela direção, incluindo substitutos, plantão e impedimentos. A existência de fornecedor não transfere automaticamente responsabilidade clínica ou de controlador.

Ator	Papel	Evidência ou responsabilidade-chave
Direção técnica	A	Autoridade clínica dos documentos e risco de publicação
TI / integrador	R	Interfaces, filas, monitoramento, testes e rollback
PEP/LIS/RIS/PACS fornecedores	R	Especificações, atualizações e suporte
Qualidade / NSP	C	Análise de risco clínico, paciente errado e testes
Encarregado / jurídico	C	Contratos, minimização e compartilhamento
Direção institucional	A	Orçamento, aceitação de risco e go-live

Matriz de riscos prioritários e barreiras

A severidade inicial indicada é hipótese para priorização. A análise institucional deverá incorporar probabilidade, detectabilidade, volume de titulares, efeito na assistência e possibilidade de contingência. Um erro crítico confirmado configura motivo de suspensão seletiva até correção comprovada.

Modo de falha	Gravidade inicial	Barreira requerida
Troca de episódio entre sistemas	Crítico	Identificadores cruzados, reconciliação e bloqueio
Publicação de relatório não assinado	Crítico	Status verificável + assinatura
Exame crítico sem responsável	Crítico	Fila ativa, escalonamento e contato documentado
Receita hospitalar como domiciliar	Crítico	Conciliação de alta assinada
DICOM incorreto por série/estudo	Alto	Teste Study UID e vinculação paciente
Retificação não propaga ao portal	Alto	Evento versionado e invalidação de cache

Testes de homologação e critérios de não aprovação

Cenário simulado com dados sintéticos	Resultado obrigatório para aceite
Homônimo e dois episódios	Nenhuma exibição cruzada; fila de reconciliação
Laudo preliminar e definitivo	Apenas status autorizado publicado
Receita suspensa após alerta	Versão invalidada e lembrete cancelado
Queda do PACS	Contingência e estado verdadeiro visíveis
Reenvio duplicado do mesmo evento	Idempotência sem duplicar documento
Alteração cadastral retroativa	Vínculo clínico conferido, acessos antigos revistos
Tentativa de adivinhar ID de exame	Negação no backend e log sem dado sensível

Indicadores de governança e qualidade técnica

Indicador	Definição operacional / cálculo
Taxa de associação correta	Itens com paciente/episódio correto ÷ itens auditados
Latência de publicação	Assinatura até disponibilidade no portal
Falhas críticas de interface	Ocorrências por gravidade, sistema e causa
Fila de exceção	Quantidade e idade de eventos bloqueados
Retificações reconciliadas	Correções refletidas ÷ correções emitidas

Especificação adicional de integração para o desenho do Hospital Canaã

O dimensionamento deverá partir dos fluxos efetivamente previstos para o Hospital Canaã: 122 leitos projetados (30 de UTI adulto e 92 de enfermaria), seis salas cirúrgicas, pronto-socorro, tomografia, radiografia digital, ultrassonografia e apoio laboratorial. Essas capacidades representam premissas do plano institucional, não volumes efetivamente produzidos. A equipe elaborará matriz de eventos por jornada: admissão, pedido de exame, execução, laudo, prescrição, cirurgia, transferência e alta. O objetivo é detectar, em cada etapa, qual sistema detém o registro mais confiável, qual é a latência assistencialmente tolerável e quem deverá corrigir divergência.

Para o laboratório, a exportação deverá preservar unidade, referência do exame, status e correções, sem reclassificar automaticamente “normal” pelo valor numérico. Para a tomografia e outros exames de imagem, será obrigatório manter relação entre pedido, aquisição, laudo e Study Instance UID; uma série DICOM sem identidade de estudo verificada não deverá ser entregue ao paciente. Para a prescrição, a interface deverá diferenciar de maneira computável os medicamentos administrados em ambiente hospitalar daqueles efetivamente prescritos para casa. A homologação clínica deve comparar exemplos sintéticos com documentos reproduzidos visualmente.

O pacote de entrega de cada conector deverá incluir mapa de campos, versão, fluxo de atualização, dicionário de status, sequência de assinatura/publicação, contratos de APIs, política de erro, métricas, responsável técnico, documentação de segurança, mecanismos de exportação e protocolo de rollback. O aceite será assinado pelo gestor da aplicação de origem, pela integração, pela qualidade e pelo responsável clínico do processo; contrato comercial ou tela de demonstração não substituem esse dossiê.

Objeto de verificação	Condição de observação	Evidência exigida
PEP → portal	Evento de documento assinado	Somente versão válida, com paciente/episódio e data
LIS → portal	Resultado liberado/retificado	Status e valor crítico ligados a revisor designado
RIS/PACS → portal	Laudo + estudo DICOM	Correspondência entre pedido, Study UID e titular
Prescrição → portal	Receita de alta validada	Medicações hospitalares excluídas da lista domiciliar
HIS → serviços	Admissão, transferência, alta	Histórico de episódio sem duplicação

Ciclo de implantação em cinco etapas

Etapa	Atividade e evidência
1. Levantamento	Inventariar sistemas, contratos, dados, responsáveis, riscos e requisitos legais; registrar lacunas.
2. Especificação	Aprovar arquitetura, permissões, fluxos, casos negativos, níveis de serviço e pactuação de governança.
3. Homologação	Testar com cenários sintéticos, realizar inspeção clínica e de privacidade, reproduzir falhas e correções.
4. Piloto assistido	Ativar escopo restrito, observar indicadores, manter contingência e recolher eventos adversos e dúvidas.
5. Expansão controlada	Registrar parecer, riscos residuais, aceite da direção e evidência de integração externa quando houver.

Casos de aplicação e decisões seguras

Situação	Conduta exigida
Paciente de mesmo nome com exames de TC distintos	Publicação bloqueada até reconciliar identificadores de paciente, pedido e estudo PACS; abrir ocorrência auditável.
Receita de UTI aparece no histórico como atual	Bloquear a marcação “uso domiciliar”; republicar somente lista de alta conciliada e assinada.
Laudo laboratorial retificado após a alta	Invalidar versão anterior, atualizar evento e acionar profissional responsável por comunicação clínica.

Checklist de aprovação e go/no-go

☐ Mapa de dados, sistemas, ambientes e responsáveis revisado e assinado.

☐ Autorização por paciente, episódio e objeto testada contra tentativa de acesso cruzado.

☐ Documentos clínicos preservam autoria, assinatura, estado e versão.

☐ Cenários de indisponibilidade e recuperação executados com equipe assistencial.

☐ Bases legais, fornecedores, contratos e eventual compartilhamento público analisados.

☐ Indicadores têm fonte confiável, periodicidade, responsável e limiares de ação definidos.

☐ Treinamento e alternativa não digital disponíveis para os pacientes elegíveis.

☐ Nenhuma integração externa divulgada sem credenciamento e aceite formal.

☐ Riscos críticos e ações corretivas documentados antes de liberação produtiva.

Referências normativas, técnicas e bibliografia de apoio

Fontes verificadas em 02/11/2026; revisar versões consolidadas e condições específicas no momento da contratação e da implantação. Referências técnicas internacionais são orientações de engenharia, não leis brasileiras.

1. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital e notícia oficial de instituição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/.

2. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS; HL7 FHIR R4 e modelos específicos. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/.

3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025: modelo de informação do Sumário de Alta. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao.

4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.381/2024, documentos médicos. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/.

5. ANVISA. RDC nº 978/2025 e alterações: funcionamento de serviços que executam exames de análises clínicas. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao.

6. DICOM Standards Committee. DICOM Standard, partes de serviços e DICOMweb. Disponível em: https://www.dicomstandard.org/current.

7. OWASP. API Security Top 10 — 2023. Disponível em: https://api-security.owasp.org/editions/2023/en/0x11-t10/.

8. Brasil. Lei nº 13.709/2018 (LGPD), texto legal oficial. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

9. HL7 International. FHIR Release 4, recursos e diretrizes de interoperabilidade. Disponível em: https://hl7.org/fhir/R4/.

10. ANPD. Guia de segurança da informação e checklist de medidas. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte.

Registro de validação e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência requerida
Direção técnica e coordenações clínicas	Pendente — revisão de riscos à segurança do paciente e assinatura
Tecnologia / segurança cibernética	Pendente — aceite de arquitetura, testes e contingência
Núcleo de Segurança do Paciente / Qualidade	Pendente — análise de riscos, indicadores e ações preventivas
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — conformidade LGPD, contratos e compartilhamentos
Direção institucional	Pendente — aprovação formal, orçamento e go-live
Histórico de versão	v0.1 — primeira minuta, 02/11/2026; capítulo não homologado

Termo de deliberação final — uso interno

Este capítulo apresenta requisitos propostos. Sua aprovação editorial não autoriza por si só implantação produtiva, compartilhamento de dados reais ou início de atendimento por canal digital. A autorização de operação dependerá de evidências documentais de homologação, teste clínico de cenários adversos, validação dos contratos e aceite formal dos responsáveis listados.

Questão para deliberação	Registro a preencher
Existem riscos críticos pendentes?	( ) Não ( ) Sim. Quais: _____
Foram demonstrados testes com dados sintéticos?	Identificação do relatório, data e aprovador: _____
Há dependência externa ou contrato pendente?	Parte externa, status e contingência: _____
A equipe assistencial dispõe de alternativa em falha?	POP, responsável e data de teste: _____
Decisão da direção institucional	( ) Aprovar minuta ( ) Aprovar com ressalvas ( ) Devolver
Condições e prazo de reavaliação	_____

Campos de assinatura e responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ____/____/_____

Segurança da Informação / TI: _____ Data: ____/____/_____

Jurídico / Encarregado: _____ Data: ____/____/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ____/____/_____

Controle editorial: v0.1 em avaliação. Qualquer modificação de requisito, perfil clínico, finalidade de tratamento ou integração deverá gerar nova versão com histórico e aprovação proporcional ao risco.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 33

INTEROPERABILIDADE RNDS/HL7 FHIR R4 E ALINHAMENTO COM SISTEMAS MUNICIPAIS

Modelo técnico-jurídico de intercâmbio semântico nacional e municipal, com perfis FHIR R4, credenciamento, homologação, segurança de tráfego e pactuação com a rede SUS.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 33 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–31 aprovados; capítulos 32–35 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Modelo técnico-jurídico de intercâmbio semântico nacional e municipal, com perfis FHIR R4, credenciamento, homologação, segurança de tráfego e pactuação com a rede SUS. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

A implantação será regulada por decisões documentadas e pela separação entre requisitos mínimos de segurança, recomendações técnicas e escolhas contratuais propostas. Evidência de funcionamento somente será reconhecida mediante testes em ambiente compatível, verificação de correspondência clínica e aceite institucional. A política de co-gestão médico-cirúrgica do Hospital Canaã permanece: o cirurgião titular acompanha e responde pelas decisões cirúrgicas, o hospitalista atua em cooperação e o intensivista assume as condutas de terapia intensiva dentro de suas atribuições.

33.01 Propósito da interoperabilidade e conceito de compatibilidade

Interoperabilidade significa transmitir e compreender informação clínica preservando contexto, autoria, paciente, episódio, significado e governança. A conversão de PDF para JSON, a presença de uma biblioteca FHIR ou a publicação de uma API não garantem interoperabilidade semântica com a RNDS nem acesso do usuário à rede municipal.

O projeto Canaã distinguirá três níveis: troca interna entre sistemas hospitalares, exportação FHIR compatível com perfis definidos e integração nacional ou municipal efetivamente habilitada. Apenas o último exige afirmação pública de conectividade com sistema externo [1,2].

33.02 Base normativa nacional atualizada

A PNISD, instituída pela Portaria GM/MS nº 12.301/2026, consolida a RNDS como plataforma nacional de interoperabilidade e orienta centralidade do usuário, proteção dos dados, equidade e soberania digital. O Decreto nº 12.560/2025 e as portarias dos modelos informacionais oferecem contexto de governança e de conteúdo.

O uso de determinada especificação nacional depende do modelo de informação e do guia aplicável ao evento. O manual não presumirá obrigatoriedade indistinta de todas as mensagens para qualquer hospital; a exigência concreta deverá ser confirmada por regulação, instrumento de gestão e escopo de integração [1–3].

33.03 Mapa de fluxos com rede SUS e sistemas municipais

O Hospital Canaã poderá estruturar mensagens de Sumário de Alta, exames e documentos para integração futura com ambientes municipais e a RNDS. Na ponta receptora, os profissionais da UBS, UPA, CAPS e ambulatórios só poderão consultar dados conforme permissões, rede habilitada e infraestrutura disponível.

O projeto deverá celebrar matriz de governança sobre envio, recebimento, resposta de erro, contrarreferência e incidentes. O portal do paciente não deve alegar que a UBS recebeu ou leu relatório apenas porque houve disponibilização de arquivo digital.

33.04 Ecossistema nacional: gestor, integrador e estabelecimento

O estabelecimento é responsável por legitimidade do tratamento, qualidade da informação e atribuições clínicas; o integrador implementa credenciais, perfis e mensagens; o gestor nacional define padrões e disponibiliza ambientes. Fornecedor não adquire automaticamente autorização para usar dados reais por fornecer software.

Um termo de integração deverá identificar CNPJ e estabelecimento, titularidade do certificado, responsável pela integração, ambiente, versão do modelo e contatos de segurança. A alteração de integrador exige reavaliação de credenciais e continuidade operacional [4].

33.05 Credenciamento e ambientes de homologação e produção

O fluxo de integração à RNDS prevê acesso a serviços e credenciais, ambiente de homologação para validar parâmetros e comportamento, e ambiente de produção para operação real após aprovação. As perguntas frequentes oficiais descrevem uso de certificado digital da cadeia ICP-Brasil e ambientes separados.

O cronograma local deverá ter portas de decisão: credenciamento solicitado, homologação concedida, testes aceitos, produção autorizada e rotina monitorada. Cada estado terá evidência documental; conectividade a sandbox jamais será tratada como integração produtiva [4].

33.06 HL7 FHIR R4 como representação computacional

FHIR R4 trabalha com recursos e referências para representar eventos e entidades de saúde. Patient, Encounter, Practitioner/PractitionerRole, Organization, Observation, DiagnosticReport, MedicationRequest, Condition e DocumentReference são possibilidades de modelagem; a escolha não é livre quando o guia nacional define perfil específico.

Os desenvolvedores deverão usar URI canônica, cardinalidade, terminologia, estrutura do Bundle, validação e regras transacionais do guia vigente. Recurso FHIR sintaticamente válido pode ser clinicamente falso ou incompatível com o perfil aplicável [2,5].

33.07 Sumário de Alta: modelo informacional e computacional

O Sumário de Alta deverá ter campos clínicos definidos em portaria, autoria, diagnósticos, procedimentos, estado de alta e plano de continuidade, entre outros itens pertinentes ao modelo. A publicação no Passaporte permanece separada da transmissão nacional: cada trilha registra seu status e eventual erro.

A conversão do documento clínico para modelo estruturado exige revisão de completude e coerência clínica. A mera assinatura do PDF não supre campos estruturados exigidos por um perfil de intercâmbio. Mudança de modelo deverá produzir avaliação de impacto e teste de regressão [3].

33.08 Mapeamento de identificadores e cadastros

CPF poderá ser identificador prioritário conforme diretriz nacional, mantendo o identificador mestre local, CPF/CNS quando disponíveis e regras para pacientes sem

documentação. Os campos deverão preservar namespace e issuer, distinguindo número clínico de token de autenticação.

Fusão e divisão de cadastros precisam de tratamento explícito, incluindo comunicação de correção e bloqueio de mensagens antigas que vinculem outro paciente. O integrador nunca poderá realizar associação por nome e data de nascimento isoladamente sem procedimento de resolução de ambiguidades [1].

33.09 Representação de episódio e contexto assistencial

Um Encounter pode contextualizar pronto-socorro, internação, transferência e alta, mas a interpretação deverá obedecer perfil e regras locais. Informações de UTI, cirurgia e interconsulta precisam preservar relação com episódio principal e profissionais responsáveis, evitando duplicação de internações na visão longitudinal.

Os mapeamentos indicarão origem, cardinalidade, status, relógio de evento e alterações retroativas. Testes devem comparar dados do PEP e mensagem exportada para garantir que o resultado seja clinicamente inteligível e não apenas validado por esquema.

33.10 Recursos clínicos: diagnósticos, exames e medicamentos

Condition pode representar diagnósticos conforme perfil, Observation resultados elementares, DiagnosticReport o conjunto de laudo, e MedicationRequest uma prescrição. A existência de determinado recurso não autoriza usar qualquer terminologia; códigos e valores seguirão especificação e origem, com preservação de unidades.

Laudos retificados, CIDs provisórios e receitas suspensas precisam de estado explícito. Campos obrigatórios ausentes bloquearão a emissão e alimentarão fila para regularização humana, com documentação de impossibilidade quando o modelo assim permitir.

33.11 Terminologias e serviços de validação

O projeto deverá manter catálogo de vocabulários e suas versões: CID, procedimentos SUS e demais terminologias exigidas no perfil específico. Serviços terminológicos devem ser capazes de validar sistemas de códigos, listas de valores e equivalências, com rastreabilidade da versão da tabela e justificativa para qualquer mapeamento.

Uma mudança no significado de código pode afetar a decisão da rede assistencial. Por isso, a área clínica e a equipe de dados validarão os campos de maior risco: alergias, diagnósticos, procedimentos, resultados e medicamentos.

33.12 Pacotes de integração, validação e mensagens de retorno

Cada operação deve produzir identificador de transação, versão do esquema, horário, remetente, contexto clínico e resultado de validação. Respostas de sucesso técnico

precisam ser separadas de aceitação de negócio ou incorporação efetiva no sistema destinatário.

Uma fila de mensagens rejeitadas deverá registrar motivo, classe de erro, prazo de tratamento e responsável. Reenvio de mensagem não pode criar duplicação clínica, devendo preservar idempotência e histórico de tentativas [2].

33.13 Assinatura, autoria, proveniência e temporalidade

Autoria médica e assinatura do Sumário de Alta pertencem ao documento clínico original; os metadados interoperáveis devem indicar origem, data e organização de modo verificável. Um provedor de integração não pode alterar texto médico sob pretexto de normalização de formato.

Dados temporalmente distintos, como data de execução de exame e de emissão de laudo, precisam de representação separada. A cadeia de proveniência será reconstruível por auditoria, mesmo que os documentos sejam consultados fora do hospital.

33.14 Segurança de transporte e autenticação entre sistemas

As conexões externas deverão utilizar protocolo protegido, gestão segura de certificados e segredos, autorização por ambiente e segregação de contas técnicas. A exigência concreta de autenticação perante a RNDS deve seguir orientação oficial vigente, sem assumir que um login do portal do paciente é suficiente para enviar dados ao barramento.

Logs não devem registrar credenciais, tokens ou corpo completo de dados sensíveis. Rotação e revogação de certificado exigem procedimento de contingência, monitoramento de expiração e responsáveis nomeados [4].

33.15 LGPD, finalidades assistenciais e pactuação pública

O compartilhamento de dados de saúde deverá possuir finalidade definida, base legal adequada e respeito ao sigilo médico; consentimento não é fundamento obrigatório para todo cuidado, nem pode ser usado como substituto de definição de controlador e operador. Os instrumentos de pactuação determinarão minimização, segurança, direitos e gestão de incidentes.

Interoperabilidade não autoriza acesso indiscriminado de todos os profissionais a todo histórico. A finalidade de continuidade assistencial deve ser traduzida em perfis, contexto, registro de acesso e mecanismos para o titular exercer seus direitos [6].

33.16 Integração e-SaúdeSP e recursos municipais

Qualquer conexão com sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo dependerá de arquitetura, instrumento de cooperação ou contratação, permissões, critérios de

identificação e testes próprios do ente responsável. Não se presume que a presença de um hospital na região central habilite transmissão ou consulta de dados.

A comunicação institucional somente poderá dizer “integrado à rede municipal” após documentação de escopo, unidades abrangidas, ambiente de produção, aceite e governança de suporte. Antes disso, o Passaporte poderá facilitar apresentação assistida de documentos pelo paciente.

33.17 Contrarreferência e confirmação de uso clínico

O envio de documento poderá gerar status “preparado”, “enviado”, “aceito tecnicamente” e “recebido”; a etapa “atendimento realizado” exige informação própria, quando disponível e autorizada. É inadequado equiparar aceite de API a comparecimento do paciente na UBS.

A equipe de alta definirá responsáveis por exames pendentes e retornos críticos, que não serão transferidos automaticamente pela existência de um protocolo de integração. O fluxo assistencial do Capítulo 22 continua obrigatório.

33.18 Gestão de versão do guia e mudanças nacionais

As especificações e perfis nacionais podem evoluir. O Comitê de Interoperabilidade manterá tabela de versão de guias, data de entrada em vigor, diferenças estruturais e janela de migração. Contratos devem prever atualização com teste, suporte e custos conhecidos.

Antes de implantar novo perfil, executar testes comparativos com pacientes sintéticos, recursos inválidos, campos opcionais e retificações; alterações semânticas necessitam aceite clínico. A documentação histórica deve permitir reproduzir mensagem enviada sob versão antiga.

33.19 Qualidade de dados e observabilidade clínica

Os indicadores incluirão rejeição por campo, divergência de identificador, completude, mensagens em fila, latência e taxa de reconciliação. Rejeições serão classificadas entre defeito de origem, mapeamento, infraestrutura e autorização, cada qual com responsável distinto.

Não basta contar documentos transmitidos: a governança precisa medir se conteúdo correto chegou ao destino certo. A amostragem clínica de mensagens intercambiadas será conduzida com critérios de privacidade e registros auditáveis.

33.20 Testes adversariais e homologação negativa

O plano de testes deverá conter paciente sem CPF, homônimo, duplicidade de episódio, assinatura ausente, CID inválido, medicamento suspenso, laudo retificado, falha de certificado, credencial expirada e indisponibilidade nacional. A resposta segura pode ser bloquear emissão ou reprocessar, conforme gravidade e regra do modelo.

Nenhum teste de carga ou de interoperabilidade utilizará dados reais sem avaliação específica, autorização e salvaguardas. A matriz de aceite exigirá evidências reproduzíveis, não apenas demonstração comercial.

33.21 Roadmap com dependências e governança de go-live

A fase 1 contempla catálogo de dados e pilotos internos; a fase 2 inclui mapeamento e validação FHIR de Sumário de Alta; a fase 3 cobre homologação nacional e eventual pactuação municipal, se autorizadas; a fase 4 estabelece operação monitorada, segurança e auditoria.

O cronograma depende de credenciamento, disponibilidade dos fornecedores e decisões dos entes públicos. Nenhuma data de produção será garantida antes dos requisitos externos; os pacientes conservarão a alternativa de obter e apresentar documentos de forma independente.

Matriz de requisitos, objetos e fontes de verdade

A matriz é instrumento de desenho e de homologação. A equipe deverá completar versão do sistema, contrato, responsável, API ou recurso técnico e evidência de teste antes de utilizar dados reais.

Objeto / serviço	Fonte ou perfil de referência	Critério de controle ou aceite
Paciente e identificação	Patient + identificadores	Cadastro mestre / revisão humana
Internação e alta	Encounter + perfil aplicável	HIS / corpo clínico
Diagnósticos	Condition e códigos aceitos	PEP e terminologia
Exames	Observation / DiagnosticReport	LIS/RIS e laudo validado
Prescrições	MedicationRequest, se previsto	Prescrição assinada e conciliada
Documentos	DocumentReference / Composition, se previsto	Sumário e controle de versão

Matriz RACI institucional e evidências de decisão

R = realiza/executa; A = autoridade formal; C = consultado. A atribuição nominal deverá ser formalizada pela direção, incluindo substitutos, plantão e impedimentos. A existência de fornecedor não transfere automaticamente responsabilidade clínica ou de controlador.

Ator	Papel	Evidência ou responsabilidade-chave
Direção técnica	A	Validação clínica do conteúdo e escopo assistencial

Ator	Papel	Evidência ou responsabilidade-chave
Arquiteto / integrador	R	Mapeamento, perfis, homologação e filas
Gestor do relacionamento RNDS	R	Credenciamento, certificados e evidência de aceite
Gestão municipal / convênio	C/A condicionais	Pactuação de integração e regras locais
DPO / jurídico	C	Bases legais, finalidade e compartilhamento
Qualidade / NSP	C	Testes de correspondência e danos potenciais

Matriz de riscos prioritários e barreiras

A severidade inicial indicada é hipótese para priorização. A análise institucional deverá incorporar probabilidade, detectabilidade, volume de titulares, efeito na assistência e possibilidade de contingência. Um erro crítico confirmado configura motivo de suspensão seletiva até correção comprovada.

Modo de falha	Gravidade inicial	Barreira requerida
Declaração de integração sem autorização	Alto	Matriz de status com evidência
Mensagem aceita com conteúdo clínico incorreto	Crítico	Validação semântica amostral
CPF incorreto vincula outro paciente	Crítico	Reconciliar e bloquear mensagem
Código de exame sem equivalência	Alto	Validação de terminologia
Certificado vencido causa fila	Alto	Alerta de expiração e contingência
Retificação não enviada	Crítico	Eventos versionados e reconciliação

Testes de homologação e critérios de não aprovação

Cenário simulado com dados sintéticos	Resultado obrigatório para aceite
Perfil FHIR oficial com payload válido	Validação sem erro e inspeção clínica
Identificador de paciente errado	Bloqueio e alarme de correspondência
Mensagem duplicada	Idempotência e ausência de duplicação
Ambiente de homologação fora do ar	Fila, retry e informe verdadeiro
Certificado inválido ou expirado	Falha segura sem exposição de dados
Sumário retificado	Atualização consistente e rastreável
Matrícula municipal sem convênio	Nenhum acesso externo presume-se autorizado

Indicadores de governança e qualidade técnica

Indicador	Definição operacional / cálculo
Conformidade de perfil	Mensagens válidas ÷ mensagens submetidas
Aceite de negócio	Mensagens aceitas ÷ entregues tecnicamente
Taxa de reconciliação	Erros resolvidos ÷ erros detectados
Tempo em fila	Idade das mensagens aguardando envio
Integridade semântica	Campos críticos corretos ÷ campos auditados

Dossiê mínimo de interoperabilidade para pactuação com o SUS

O Instituto Canaã deverá manter um dossiê próprio por fluxo interoperável, em vez de declarar “integração com o SUS” como característica genérica. Cada dossiê registrará modelo informacional, versão computacional FHIR R4, finalidade, órgão destinatário, número e natureza do instrumento de pactuação, estabelecimento emissor, papel do integrador, certificação ou credencial aplicável, ambiente de acesso e contato de suporte. A governança municipal não será confundida com a governança nacional: uma homologação RNDS não concede, por si, acesso irrestrito a sistemas internos da Secretaria Municipal de Saúde.

No caso do Sumário de Alta, os requisitos clínicos da Portaria GM/MS nº 8.026/2025 serão mapeados a campos da estrutura oficial, com teste para ausência, tipo e semântica de cada informação relevante. O médico responsável mantém o dever de atestar o conteúdo clínico. O integrador poderá validar estrutura, códigos, perfis, respostas de erro e provenance, mas não inferir diagnósticos ou alterar prescrição para preencher um campo faltante. O resultado “aceito tecnicamente” será distinto de “recebido em produção” e de “paciente acolhido na UBS”.

O aceite de interoperabilidade abrangerá: mensagem sintaticamente válida; conformidade com perfil e terminologia; correspondência correta de paciente e episódio; autenticação e certificado ativos; rejeição controlada de mensagens inválidas; idempotência; rastreabilidade e comunicação de retificações. Para cada integração deverá existir procedimento de indisponibilidade nacional, preservando os cuidados clínicos e a possibilidade de o paciente portar seus documentos de forma independente.

Objeto de verificação	Condição de observação	Evidência exigida
Modelo oficial	Perfil/versão e campos	Validação do guia vigente e parecer clínico
Canais nacionais	Ambiente e certificado	Aprovação específica de homologação e produção
Município de São Paulo	Instrumento e sistema	Pactuação formal e escopo de unidades definido
Semântica clínica	Códigos, unidades, status	Amostra revisada por equipe assistencial
Retificação e erro	Transação e reprocessamento	Histórico e fila de falhas auditáveis

Ciclo de implantação em cinco etapas

Etapa	Atividade e evidência
1. Levantamento	Inventariar sistemas, contratos, dados, responsáveis, riscos e requisitos legais; registrar lacunas.
2. Especificação	Aprovar arquitetura, permissões, fluxos, casos negativos, níveis de serviço e pactuação de governança.
3. Homologação	Testar com cenários sintéticos, realizar inspeção clínica e de privacidade, reproduzir falhas e correções.

Etapa	Atividade e evidência
4. Piloto assistido	Ativar escopo restrito, observar indicadores, manter contingência e recolher eventos adversos e dúvidas.
5. Expansão controlada	Registrar parecer, riscos residuais, aceite da direção e evidência de integração externa quando houver.

Casos de aplicação e decisões seguras

Situação	Conduta exigida
FHIR R4 válido mas perfil RNDS rejeitado	Classificar defeito de perfil ou semântica, corrigir e repetir homologação; não declarar integração ativa.
Credencial nacional homologada, produção não autorizada	Não trafegar dados reais nem apresentar a integração como produtiva.
Documento exportado, UBS não confirmou atendimento	Registrar entrega técnica sem inferir consulta, mantendo seguimento clínico das pendências.

Checklist de aprovação e go/no-go

☐ Mapa de dados, sistemas, ambientes e responsáveis revisado e assinado.

☐ Autorização por paciente, episódio e objeto testada contra tentativa de acesso cruzado.

☐ Documentos clínicos preservam autoria, assinatura, estado e versão.

☐ Cenários de indisponibilidade e recuperação executados com equipe assistencial.

☐ Bases legais, fornecedores, contratos e eventual compartilhamento público analisados.

☐ Indicadores têm fonte confiável, periodicidade, responsável e limiares de ação definidos.

☐ Treinamento e alternativa não digital disponíveis para os pacientes elegíveis.

☐ Nenhuma integração externa divulgada sem credenciamento e aceite formal.

☐ Riscos críticos e ações corretivas documentados antes de liberação produtiva.

Referências normativas, técnicas e bibliografia de apoio

Fontes verificadas em 02/11/2026; revisar versões consolidadas e condições específicas no momento da contratação e da implantação. Referências técnicas internacionais são orientações de engenharia, não leis brasileiras.

1. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital e notícia oficial de instituição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/.

2. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS; HL7 FHIR R4 e modelos específicos. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/.

3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025: modelo de informação do Sumário de Alta. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao.

4. Ministério da Saúde. Perguntas frequentes de integração à RNDS, certificados e ambientes. Disponível em: https://webatendimento.saude.gov.br/faq/rnds.

5. HL7 International. FHIR Release 4, recursos e diretrizes de interoperabilidade. Disponível em: https://hl7.org/fhir/R4/.

6. Brasil. Lei nº 13.709/2018 (LGPD), texto legal oficial. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

7. OWASP. API Security Top 10 — 2023. Disponível em: https://api-security.owasp.org/editions/2023/en/0x11-t10/.

8. ANPD. Guia de segurança da informação e checklist de medidas. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte.

9. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 19/2024, transferência internacional de dados pessoais. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/resolucao-cd-anpd-no-19-de-23-de-agosto-de-2024.

Registro de validação e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência requerida
Direção técnica e coordenações clínicas	Pendente — revisão de riscos à segurança do paciente e assinatura
Tecnologia / segurança cibernética	Pendente — aceite de arquitetura, testes e contingência
Núcleo de Segurança do Paciente / Qualidade	Pendente — análise de riscos, indicadores e ações preventivas
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — conformidade LGPD, contratos e compartilhamentos
Direção institucional	Pendente — aprovação formal, orçamento e go-live
Histórico de versão	v0.1 — primeira minuta, 02/11/2026; capítulo não homologado

Termo de deliberação final — uso interno

Este capítulo apresenta requisitos propostos. Sua aprovação editorial não autoriza por si só implantação produtiva, compartilhamento de dados reais ou início de atendimento por canal digital. A autorização de operação dependerá de evidências documentais de homologação, teste clínico de cenários adversos, validação dos contratos e aceite formal dos responsáveis listados.

Questão para deliberação	Registro a preencher
Existem riscos críticos pendentes?	( ) Não ( ) Sim. Quais: _____
Foram demonstrados testes com dados sintéticos?	Identificação do relatório, data e aprovador: _____
Há dependência externa ou contrato pendente?	Parte externa, status e contingência: _____
A equipe assistencial dispõe de alternativa em falha?	POP, responsável e data de teste: _____
Decisão da direção institucional	( ) Aprovar minuta ( ) Aprovar com ressalvas ( ) Devolver
Condições e prazo de reavaliação	_____

Campos de assinatura e responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ____/____/_____

Segurança da Informação / TI: _____ Data: ____/____/_____

Jurídico / Encarregado: _____ Data: ____/____/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ____/____/_____

Controle editorial: v0.1 em avaliação. Qualquer modificação de requisito, perfil clínico, finalidade de tratamento ou integração deverá gerar nova versão com histórico e aprovação proporcional ao risco.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 34

IDENTIDADE DIGITAL, AUTENTICAÇÃO, AUTORIZAÇÃO, PERFIS E TRILHAS DE ACESSO

Modelo de gestão de identidade de pacientes, representantes, profissionais e suporte, com provas de identidade, MFA, privilégio mínimo, autorização por objeto e trilhas auditáveis.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 34 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–31 aprovados; capítulos 32–35 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Modelo de gestão de identidade de pacientes, representantes, profissionais e suporte, com provas de identidade, MFA, privilégio mínimo, autorização por objeto e trilhas auditáveis. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

A implantação será regulada por decisões documentadas e pela separação entre requisitos mínimos de segurança, recomendações técnicas e escolhas contratuais propostas. Evidência de funcionamento somente será reconhecida mediante testes em ambiente compatível, verificação de correspondência clínica e aceite institucional. A política de co-gestão médico-cirúrgica do Hospital Canaã permanece: o cirurgião titular acompanha e responde pelas decisões cirúrgicas, o hospitalista atua em cooperação e o intensivista assume as condutas de terapia intensiva dentro de suas atribuições.

34.01 Identidade como requisito de segurança clínica

A consulta equivocada de exames ou receitas por um terceiro constitui falha de privacidade e pode produzir erro assistencial. Por isso, o processo de identidade digital exige vincular pessoa real, cadastro clínico e sessão autenticada, sem assumir que saber CPF ou data de nascimento comprova titularidade.

A governança de identidade envolve pacientes, representantes, médicos, colaboradores, técnicos de integração e fornecedores. Cada grupo possui forma de comprovação, nível de risco, permissões e revisão de acesso próprios; a decisão deve ser proporcional à sensibilidade dos dados de saúde [1,2].

34.02 Separação entre identificação, autenticação e autorização

Identificação responde a quem é a pessoa; autenticação verifica a credencial apresentada; autorização decide se aquela sessão pode realizar operação sobre determinado objeto. Um usuário legitimamente autenticado pode continuar proibido de acessar o prontuário de outro paciente, inclusive quando conhece o endereço eletrônico.

O desenho funcional deverá implementar verificações no backend, associadas a recurso, ação, finalidade, contexto e estado do documento. Os testes OWASP de autorização por objeto constituem critério prioritário de aceite, além de verificações em interface [3].

34.03 Cadastro institucional e prova de identidade inicial

O cadastro digital poderá utilizar combinação de dados institucionais e meios oficiais de comprovação, conforme análise de risco, capacidade e base legal. CPF e CNS devem ser tratados como identificadores e não como segredo. Processos para pessoas sem CPF, menores ou incapazes precisam ser oferecidos sem discriminação.

Na primeira vinculação do Passaporte ao cadastro mestre, conferir identificadores, situação do episódio e prova adicional apropriada, com fila de exceção para divergências. A equipe administrativa não deve confirmar diagnósticos em tentativa de recuperação de conta.

34.04 Níveis de garantia e risco por operação

Operações de baixo risco, como consultar horário institucional, podem dispensar login; ações que envolvem acesso a documento assinado, download DICOM, inclusão de representante ou alteração de telefone devem exigir maior confiança. A elevação de garantia poderá empregar autenticação adicional e verificação presencial, conforme criticidade.

O modelo NIST de identidade digital fornece referência técnica para análise de níveis de garantia, mas sua adoção específica deve ser decidida em política local, não tratada como obrigação universal do SUS. Fricção excessiva exige alternativa inclusiva [4].

34.05 Autenticação multifator e recuperação segura

Recomenda-se autenticação multifator adaptativa, priorizando mecanismo resistente a phishing quando viável para usuários de maior risco. O uso de código por SMS pode ser uma alternativa inclusiva, mas apresenta riscos de troca de chip e celular compartilhado; não deverá ser o único recurso para funções administrativas privilegiadas.

Fluxos de recuperação de conta e alteração de contato têm risco equivalente ao login e exigirão verificação específica, notificação neutra e trilha de auditoria. Perguntas de segurança fáceis ou informação pública não constituem proteção adequada.

34.06 Gestão de sessões, expiração e dispositivos

Sessões do portal deverão expirar por inatividade e risco, renovar tokens com controles de segurança e ser encerradas em logout, revogação de representante, perda de dispositivo e suspeita de comprometimento. Os parâmetros de duração serão definidos por política e teste de usabilidade, evitando prazo arbitrário apresentado como mandamento legal.

Cookies seguros, proteção contra CSRF, armazenamento prudente de token e validação server-side deverão compor o projeto. Download de arquivo em celular público deve exigir confirmação de risco e não manter link permanente aberto.

34.07 Perfis funcionais de paciente e representante

O paciente adulto capaz poderá consultar sua documentação e administrar representantes conforme regras assistenciais e legais. O representante terá escopo temporal e material delimitado; autorizar visualização de um relatório não implica automaticamente permitir chat, alteração de contatos ou recebimento de todas as notificações.

Concessões e revogações serão documentadas com autor, data, justificativa e efeito sobre sessões e links compartilhados. Em caso de conflito familiar, proteção de dados ou dúvida de capacidade, o caso será encaminhado à área habilitada, sem liberar acesso por decisão isolada de atendente.

34.08 Pessoas menores de idade e representação legal

O acesso aos dados de crianças e adolescentes exige avaliar condição de representação, melhor interesse, confidencialidade clínica quando pertinente e regras específicas aplicáveis. Evita-se automatismo de considerar qualquer CPF parental suficiente para revelar informação sensível.

No modelo Canaã inicial, sem pediatria/neonatologia, essa funcionalidade permanece requisito de governança geral e deve ser implantada apenas após avaliação jurídico-clínica de cenários concretos. O sistema terá meios de exceção e revisão humana.

34.09 Responsáveis por pacientes incapazes e procurações

Situações de incapacidade temporária em UTI, curatela, representação legal ou procuração devem ser tratadas conforme documento e finalidade. O atendente registra a evidência mínima necessária e a decisão do profissional responsável; o portal não presume que parentesco implica representação integral.

Com a recuperação da capacidade e mudança de condição jurídica, concessões poderão precisar ser revistas. O modelo armazenará data, tipo de documento, escopo, prazo e evento de revogação, sem cópias excessivas dos documentos pessoais.

34.10 Papéis profissionais e segregação de atribuições

Médicos responsáveis por pacientes internados necessitam acesso a informação clínica pertinente; profissionais de enfermagem, farmácia, regulação e qualidade terão permissões compatíveis com função e contexto. O profissional de TI requer acesso a logs e dados sintéticos, e não livre leitura de diagnósticos e conversas de pacientes.

Perfis serão definidos por combinação de função, vínculo, unidade e finalidade. A atribuição de papel administrativo não pode resultar em permissão para assinar ou retificar documentos médicos. Direitos profissionais exigem autorização válida e registro.

34.11 Controle por papel, atributo e objeto clínico

O modelo poderá combinar RBAC para funções, ABAC para contexto e autorização em nível de objeto para cada documento. A regra “profissional pode consultar paciente sob seu cuidado” exige prova de vínculo assistencial ou outra base autorizada, não mera presença do nome no sistema.

As políticas serão implementadas no servidor e testadas contra manipulação de IDs, mudança de usuário, alteração de URL e tentativas de acesso a versões antigas. Autorização negada não pode revelar dado em mensagem de erro [3].

34.12 Acesso em emergência: exceção controlada

Um mecanismo de acesso excepcional (“break-glass”) poderá ser previsto para profissionais autenticados em situação assistencial justificada, com motivo, contexto, limite de tempo, alerta e auditoria posterior. Ele não autoriza acesso irrestrito e permanente nem substitui a definição dos requisitos clínicos e jurídicos.

Como o Passaporte é camada de acesso e não prontuário de atendimento, a excepcionalidade precisa estar integrada à solução assistencial apropriada. Na ausência de função homologada, o serviço de urgência seguirá fluxos convencionais de atendimento sem depender do portal.

34.13 Aprovação, alteração e revogação de privilégios

Concessões ocorrerão por solicitação de responsável e aprovação de gestor autorizado. A admissão, transferência, férias, afastamento e desligamento de colaborador deverão acionar revisão automática ou manual dentro de SLA interno. Contas órfãs e usuários genéricos representam risco que exige correção.

Perfis privilegiados devem ter recertificação periódica, justificativa de exceção e segregação entre quem desenvolve, testa e libera. Alterações de perfil poderão ser revertidas, com registro do solicitante, aprovador e executor.

34.14 Identidade de sistemas, robôs e APIs

Contas de serviço destinadas a integração PEP-portal devem ser distintas de usuários humanos e associadas a um sistema, finalidade e credencial específica. Segredos não podem ser compartilhados em código, e cada credencial deverá ter responsável, validade, rotação e regra de revogação.

Serviços receberão escopo mínimo, com trilha de chamadas e limites por ambiente. Uso de um único token com permissão universal para PACS, LIS e prontuário amplia a superfície de ataque e deve ser evitado.

34.15 Federação de identidade e login externo

Adoção de provedores federados de login, como autenticação governamental, requer acordo, especificação técnica e validação de disponibilidade; não deverá ser anunciada como implantação existente. Mesmo com login federado, é necessário associar a identidade externa ao paciente correto no cadastro institucional.

Mudança de identidade externa, revogação ou falha de serviço de terceiros precisa de contingência e alternativa assistencial acessível. O fornecedor de autenticação não adquire legitimidade para processar documentos clínicos além do escopo contratado.

34.16 Trilha de auditoria: quem, o quê, quando, por quê

Cada evento relevante deverá registrar sujeito ou serviço, ação, objeto, paciente, episódio, data/hora consistente, resultado, contexto de autorização e, quando cabível, justificativa. O conteúdo integral de prontuário não deve ser duplicado em log sem necessidade; referências protegidas permitem investigação com minimização.

O hospital deve proteger logs contra alterações, manter política de retenção proporcional e acesso restrito. Uma trilha ininteligível ou não recuperável não satisfaz governança; consultas de auditoria exigem procedimentos formais.

34.17 Detecção de acesso anômalo e uso indevido

O monitoramento poderá sinalizar leitura maciça de documentos, acesso sequencial a múltiplos pacientes, tentativas fora de contexto, download excessivo e sucessivas falhas de autenticação. A revisão deverá diferenciar falso positivo de abuso efetivo, com privacidade e proporcionalidade.

Eventos suspeitos podem gerar bloqueio de sessão, autenticação reforçada e investigação; não devem levar à interrupção indiscriminada de assistência. A resposta de segurança da informação será articulada ao encarregado, direção técnica e jurídico.

34.18 Acesso a documentos retificados e compartilhados

Um link previamente concedido a um profissional externo pode perder legitimidade quando o titular revoga compartilhamento, expira o prazo ou o documento é substituído. A checagem de autorização deverá ser realizada no momento do download e não apenas quando o link foi criado.

Documentos assinados com versão vigente terão identificador, data e mecanismo de verificação. Documentos antigos podem conservar valor histórico quando legalmente cabível, mas a interface não deve apresentá-los como prescrições atuais.

34.19 Acessibilidade e recuperação não digital de acesso

Idosos, pessoas com deficiência ou baixo letramento digital precisam de métodos equivalentes para obter sua informação de saúde, com conferência presencial e suporte humano. O uso de MFA não pode implicar exclusão de paciente sem smartphone ou rede, nem justificar divulgação a familiar não autorizado.

Testes com leitores de tela, teclado e recuperação assistida devem fazer parte da homologação. O procedimento alternativo precisará manter o mesmo controle de identidade e rastreabilidade do canal digital.

34.20 Privacidade desde a concepção e minimização de atributos

O projeto deverá evitar transportar CPF em texto aberto como chave pública, registrar diagnóstico em tokens, armazenar imagens de documentos de identidade sem prazo ou exibir lista de pacientes em console de suporte. Cada atributo coletado requer finalidade e política de descarte.

A LGPD impõe princípios de adequação, necessidade, segurança e responsabilização; os mecanismos técnicos deverão traduzir esses princípios em limites verificáveis. A revisão documental caberá ao controlador e ao encarregado, respeitando papéis legais [2].

34.21 Testes adversariais e evidências de homologação

Os testes de identidade devem simular homônimos, celular perdido, troca de telefone, redefinição fraudulenta, representante revogado, profissional desligado, sessão expirada, token roubado e tentativa de ler documento de outro paciente. A aprovação exige negação server-side, trilha e ausência de exposição de dado no erro.

Uma aplicação poderá parecer segura em teste de interface e falhar ao usar chamadas diretas à API. Por isso, contratar teste de segurança independente proporcional ao risco e reavaliar a cada mudança importante.

34.22 Governança e comitê de revisão de acessos

O comitê de governança deverá revisar periodicamente perfis privilegiados, exceções, solicitações de titulares, acessos emergenciais e incidentes. Os indicadores não medem apenas quantidade de logins, mas acessos apropriados, tempo de revogação e falhas confirmadas.

A implantação será faseada, começando por paciente e equipe interna, e somente avançará para representantes e profissionais externos após homologação dos mecanismos específicos. Falha de autorização cruzada é motivo de no-go independentemente da disponibilidade técnica.

Matriz de requisitos, objetos e fontes de verdade

A matriz é instrumento de desenho e de homologação. A equipe deverá completar versão do sistema, contrato, responsável, API ou recurso técnico e evidência de teste antes de utilizar dados reais.

Objeto / serviço	Fonte ou perfil de referência	Critério de controle ou aceite
Paciente autenticado	Documentos próprios aprovados	Sem edição do registro clínico
Representante validado	Objetos autorizados e período	Revogação imediata de permissão
Médico assistente	Dados pertinentes ao vínculo	Assinatura em sistema autorizado
Administrativo	Cadastro e suporte mínimo	Sem leitura irrestrita de CID/laudo
TI e desenvolvedor	Logs mascarados, dados sintéticos	Sem acesso clínico padrão
Auditoria e DPO	Trilhas e evidências pertinentes	Acesso formal, finalidade documentada

Matriz RACI institucional e evidências de decisão

R = realiza/executa; A = autoridade formal; C = consultado. A atribuição nominal deverá ser formalizada pela direção, incluindo substitutos, plantão e impedimentos. A existência de fornecedor não transfere automaticamente responsabilidade clínica ou de controlador.

Ator	Papel	Evidência ou responsabilidade-chave
Gestão de identidade / TI	R	IAM, sessão, tokens, testes e recertificação
Direção técnica	A	Definição de contexto e exceção assistencial
Gestores dos setores	R/A delimitado	Solicitam e aprovam acessos da equipe
Encarregado / jurídico	C	Privacidade, representantes, direitos do titular
Qualidade / NSP	C	Falha de identificação e risco clínico
Auditoria	R	Revisão de logs, exceções e ações corretivas

Matriz de riscos prioritários e barreiras

A severidade inicial indicada é hipótese para priorização. A análise institucional deverá incorporar probabilidade, detectabilidade, volume de titulares, efeito na assistência e possibilidade de contingência. Um erro crítico confirmado configura motivo de suspensão seletiva até correção comprovada.

Modo de falha	Gravidade inicial	Barreira requerida
Paciente lê laudo de outro paciente	Crítico	Autorização objeto-a-objeto
Conta recuperada por impostor	Crítico	Prova adicional e alerta de alteração
Familiar sem representação obtém dados	Alto	Escopo, provas e revogação
Ex-funcionário mantém conta ativa	Alto	Integração desligamento IAM
Token longo vazado	Alto	Rotação, expiração e proteção de sessão
Acesso emergencial sem auditoria	Alto	Break-glass com justificativa e revisão

Testes de homologação e critérios de não aprovação

Cenário simulado com dados sintéticos	Resultado obrigatório para aceite
Alteração de ID de documento na API	Negação server-side, evento de auditoria
Revogação de representante em sessão ativa	Sessão e links perdem acesso
Troca de telefone não verificada	Acesso de recuperação bloqueado
Colaborador desligado	Credenciais e sessões inativas
Download por link já expirado	Falha segura, sem conteúdo exposto
Paciente com leitor de tela	Consegue autenticar-se ou utilizar alternativa
Acesso excepcional de emergência	Justificativa e revisão independente

Indicadores de governança e qualidade técnica

Indicador	Definição operacional / cálculo
Revogação no prazo	Acessos encerrados dentro do SLA ÷ total
Acessos indevidos confirmados	Eventos confirmados por risco e origem
Cobertura MFA	Contas elegíveis com MFA ativo ÷ elegíveis
Recertificação de privilégios	Perfis revistos ÷ perfis previstos
Falha de autorização em teste	Falhas críticas por versão testada

Política concreta de acesso ao acervo clínico do paciente

O portal deverá adotar autorização em camadas. Na primeira, a identidade e o vínculo ao cadastro mestre são confirmados; na segunda, avaliam-se perfil, finalidade, representação e situação do usuário; na terceira, cada solicitação de relatório, exame ou imagem é submetida à verificação do objeto específico no backend. O controle não será reduzido a esconder links na interface. Uma pessoa autenticada para visualizar seu Sumário de Alta não deve conseguir outro documento substituindo o ID em uma chamada, mesmo que a API responda corretamente para arquivos de sua titularidade.

Deve haver atenção especial ao conflito entre assistência e sigilo: representante legal pode precisar acessar informações pertinentes ao cuidado, mas isso não significa acesso indefinido a todos os registros; profissionais podem precisar de consulta emergencial, mas a exceção deve ter fundamento, duração limitada e auditoria. O programa não deve criar senha genérica por setor nem distribuir um mesmo login médico. Contas de teste e de fornecedor serão segregadas, limitadas no tempo e impedidas de consultar prontuários reais por padrão.

A comprovação para auditoria incluirá: política de autorização aprovada, matriz de perfis, registro de consentimentos ou representações quando aplicáveis, fluxo de prova de identidade, logs amostrais mascarados, relatório de testes BOLA, procedimento para encerramento de conta, evidência de revogação de representante e relatório de revisão de acessos privilegiados. Uma falha de leitura cruzada entre pacientes implica suspensão imediata da função afetada até correção e novo teste negativo.

Objeto de verificação	Condição de observação	Evidência exigida
Paciente titular	Consulta e download próprio	Login forte, vínculo e autorização por objeto
Representante	Acesso limitado ao mandato	Validade, escopo, revogação e trilha
Profissional assistencial	Dados necessários ao cuidado	Vínculo/finalidade verificáveis e revisão
Equipe administrativa	Suporte e cadastro mínimo	Sem conteúdo clínico irrestrito
Fornecedor e robô	Tarefa técnica delimitada	Conta individual ou de serviço, rotação e expiração

Ciclo de implantação em cinco etapas

Etapa	Atividade e evidência
1. Levantamento	Inventariar sistemas, contratos, dados, responsáveis, riscos e requisitos legais; registrar lacunas.
2. Especificação	Aprovar arquitetura, permissões, fluxos, casos negativos, níveis de serviço e pactuação de governança.
3. Homologação	Testar com cenários sintéticos, realizar inspeção clínica e de privacidade, reproduzir falhas e correções.
4. Piloto assistido	Ativar escopo restrito, observar indicadores, manter contingência e recolher eventos adversos e dúvidas.
5. Expansão controlada	Registrar parecer, riscos residuais, aceite da direção e evidência de integração externa quando houver.

Casos de aplicação e decisões seguras

Situação	Conduta exigida
Familiar solicita acesso dizendo ser cuidador	Validar representação ou autorização vigente; negar informação clínica até decisão formal.
Usuário altera URL para baixar exame de outro paciente	Backend recusa e gera evento de segurança; tratar falha positiva como impeditiva.
Médico deixa de atuar na unidade	Revogar vínculo, privilégios e sessões segundo fluxo formal de desligamento.

Checklist de aprovação e go/no-go

☐ Mapa de dados, sistemas, ambientes e responsáveis revisado e assinado.

☐ Autorização por paciente, episódio e objeto testada contra tentativa de acesso cruzado.

☐ Documentos clínicos preservam autoria, assinatura, estado e versão.

☐ Cenários de indisponibilidade e recuperação executados com equipe assistencial.

☐ Bases legais, fornecedores, contratos e eventual compartilhamento público analisados.

☐ Indicadores têm fonte confiável, periodicidade, responsável e limiares de ação definidos.

☐ Treinamento e alternativa não digital disponíveis para os pacientes elegíveis.

☐ Nenhuma integração externa divulgada sem credenciamento e aceite formal.

☐ Riscos críticos e ações corretivas documentados antes de liberação produtiva.

Referências normativas, técnicas e bibliografia de apoio

Fontes verificadas em 02/11/2026; revisar versões consolidadas e condições específicas no momento da contratação e da implantação. Referências técnicas internacionais são orientações de engenharia, não leis brasileiras.

1. Brasil. Lei nº 13.709/2018 (LGPD), texto legal oficial. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

2. NIST. Digital Identity Guidelines, SP 800-63 (consultar versão vigente). Disponível em: https://pages.nist.gov/800-63-4/.

3. OWASP. API Security Top 10 — 2023. Disponível em: https://api-security.owasp.org/editions/2023/en/0x11-t10/.

4. ANPD. Guia de segurança da informação e checklist de medidas. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte.

5. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 18/2024, atuação do encarregado de dados. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/.

6. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital e notícia oficial de instituição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/.

7. NIST. Cybersecurity Framework, CSF 2.0. Disponível em: https://www.nist.gov/cyberframework.

8. ANPD. Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança, Resolução CD/ANPD nº 15/2024. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis.

Registro de validação e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência requerida
Direção técnica e coordenações clínicas	Pendente — revisão de riscos à segurança do paciente e assinatura
Tecnologia / segurança cibernética	Pendente — aceite de arquitetura, testes e contingência
Núcleo de Segurança do Paciente / Qualidade	Pendente — análise de riscos, indicadores e ações preventivas
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — conformidade LGPD, contratos e compartilhamentos
Direção institucional	Pendente — aprovação formal, orçamento e go-live
Histórico de versão	v0.1 — primeira minuta, 02/11/2026; capítulo não homologado

Termo de deliberação final — uso interno

Este capítulo apresenta requisitos propostos. Sua aprovação editorial não autoriza por si só implantação produtiva, compartilhamento de dados reais ou início de atendimento por canal digital. A autorização de operação dependerá de evidências documentais de homologação, teste clínico de cenários adversos, validação dos contratos e aceite formal dos responsáveis listados.

Questão para deliberação	Registro a preencher
Existem riscos críticos pendentes?	( ) Não ( ) Sim. Quais: _____
Foram demonstrados testes com dados sintéticos?	Identificação do relatório, data e aprovador: _____
Há dependência externa ou contrato pendente?	Parte externa, status e contingência: _____
A equipe assistencial dispõe de alternativa em falha?	POP, responsável e data de teste: _____
Decisão da direção institucional	( ) Aprovar minuta ( ) Aprovar com ressalvas ( ) Devolver
Condições e prazo de reavaliação	_____

Campos de assinatura e responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ____/____/_____

Segurança da Informação / TI: _____ Data: ____/____/_____

Jurídico / Encarregado: _____ Data: ____/____/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ____/____/_____

Controle editorial: v0.1 em avaliação. Qualquer modificação de requisito, perfil clínico, finalidade de tratamento ou integração deverá gerar nova versão com histórico e aprovação proporcional ao risco.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 35

SEGURANÇA CIBERNÉTICA, CONTINUIDADE TECNOLÓGICA, INCIDENTES E GESTÃO DE FORNECEDORES

Programa de defesa em profundidade para dados de saúde, resposta a incidentes, recuperação de sistemas críticos e avaliação de fornecedores em ambiente hospitalar.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 35 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–31 aprovados; capítulos 32–35 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Programa de defesa em profundidade para dados de saúde, resposta a incidentes, recuperação de sistemas críticos e avaliação de fornecedores em ambiente hospitalar. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

A implantação será regulada por decisões documentadas e pela separação entre requisitos mínimos de segurança, recomendações técnicas e escolhas contratuais propostas. Evidência de funcionamento somente será reconhecida mediante testes em ambiente compatível, verificação de correspondência clínica e aceite institucional. A política de co-gestão médico-cirúrgica do Hospital Canaã permanece: o cirurgião titular acompanha e responde pelas decisões cirúrgicas, o hospitalista atua em cooperação e o intensivista assume as condutas de terapia intensiva dentro de suas atribuições.

35.01 Segurança digital como dimensão de segurança do paciente

Uma interrupção do portal pode atrasar obtenção de receita ou laudo; um incidente em PEP, LIS ou PACS pode afetar decisões assistenciais. Segurança cibernética deverá ser

tratada como risco clínico, operacional, jurídico e reputacional, com prioridade conforme potencial de dano ao paciente e não apenas indisponibilidade de site.

O plano reconhece o hospital como serviço assistencial cuja continuidade não pode depender exclusivamente de tecnologia em nuvem. Direção técnica, NSP, TI, jurídico e fornecedores formarão governança integrada para prevenir, detectar, responder e recuperar [1,2].

35.02 Referencial de gestão de riscos NIST CSF 2.0

O Cybersecurity Framework 2.0 organiza resultados nas funções Govern, Identify, Protect, Detect, Respond e Recover. O Instituto Canaã poderá utilizá-lo como estrutura de maturidade, adaptada a riscos de prontuário, prescrição, diagnóstico por imagem, suporte pós-alta e privacidade.

O framework é referência técnica, não dispensa cumprimento da LGPD, regras de saúde ou legislação contratual. O comitê deverá estabelecer nível de risco aceitável, plano de investimento, responsáveis e evidência de que controles funcionam em ambiente real [3].

35.03 Inventário e classificação de ativos críticos

O inventário abrangerá PEP/HIS, datacenter e nuvem, LIS, RIS/PACS, sistemas de prescrição, rede, equipamentos associados, identidades, certificados, endpoints, aplicações web, backups e fornecedores. Cada ativo terá proprietário, localização, dependências, sensibilidade, criticidade e contato emergencial.

Priorizar ativos que interferem na liberação de alta, acesso a informação crítica, prescrição e continuidade do atendimento. A existência de um ativo fora do inventário reduz a eficácia de resposta a incidente; varreduras e revisão contratual deverão detectar serviços esquecidos.

35.04 Modelo de ameaças e análise de impacto assistencial

Ransomware, phishing, credenciais comprometidas, falhas de autorização, ataques à API, indisponibilidade de cloud, sequestro de domínio, erro de configuração e vazamento por fornecedores são cenários relevantes. Os impactos incluem exposição de dados, falha de comunicação e risco de tratamento com informação desatualizada.

A análise de impacto nos negócios (BIA) deverá relacionar tempo máximo tolerável, dependências clínicas e alternativas por serviço. Cada cenário exigirá avaliação da gravidade, probabilidade, detectabilidade e medidas de contenção aplicáveis ao hospital.

35.05 Governança, orçamento e tolerância de risco

O Conselho ou direção institucional aprovará política de segurança, matriz de responsabilidades, orçamento e riscos residuais; os coordenadores assistenciais assumirão procedimentos de contingência de seu setor. A área de TI executa controles técnicos, mas não decide isoladamente quanto risco clínico aceitar.

Riscos críticos sem barreira compensatória podem impor adiamento de go-live. O relatório trimestral deverá apresentar falhas confirmadas, estado das correções, testes de restauração, fornecedores críticos e recursos necessários.

35.06 Segurança desde a concepção e proteção de APIs

Desenvolvimento seguro precisa de validação de entrada, gestão de segredos, proteção contra acesso indevido em nível de objeto, controle de sessão e testes automatizados. A OWASP API Security Top 10 orienta a atenção a problemas de autorização, autenticação, inventário e consumo inseguro de APIs.

Revisão de código, testes de penetração proporcionais ao risco e correção de vulnerabilidades bloqueantes deverão anteceder a publicação. O lançamento de novo visualizador DICOM ou módulo de representantes exige novo modelo de ameaça, pois altera superfície de exposição [4].

35.07 Defesa em profundidade de rede e nuvem

O hospital deverá separar redes administrativas, assistenciais, dispositivos médicos e acesso de visitantes, conforme diagnóstico físico e técnico. Ferramentas de EDR, firewall, WAF, MFA, gestão de identidades e proteção de endpoints serão selecionadas por risco e capacidade operacional.

Configurações de nuvem exigem responsabilidade compartilhada com o provedor, proteção de armazenamento, criptografia, registro de auditoria e restrição de portas e chaves. Nenhuma solução única elimina necessidade de treinamento e procedimentos assistenciais de contingência.

35.08 Criptografia, chaves e proteção do dado sensível

Dados de saúde em trânsito deverão usar canais criptografados e, em repouso, mecanismos proporcionais ao risco. A gestão de chaves requer segregação de funções, rotação e recuperação segura, evitando que senhas, certificados e chaves privadas permaneçam em repositórios de código ou planilhas de acesso comum.

Arquivos baixados pelo usuário deixam o ambiente controlado do hospital; por isso, o portal deve orientar compartilhamento seguro, oferecer links temporários e não enviar laudos com diagnóstico em notificações abertas [5].

35.09 Gestão de vulnerabilidades e atualizações

O inventário de componentes, bibliotecas, serviços expostos, versão de software e ciclo de correção sustentará programa de identificação de vulnerabilidades. Falhas críticas exploráveis exigem triagem imediata e plano de mitigação com proteção temporária quando atualização não puder ocorrer sem risco assistencial.

Mudança de versão do PEP, PACS ou middleware será testada em homologação; atualizações intempestivas podem interromper exames. O nível de serviço de correção será pactuado em contrato e revisado com base em risco real.

35.10 Backups, isolamento e capacidade de restauração

Backups devem abranger bancos, documentos, configurações, chaves necessárias à restauração, trilhas e metadados de integração, sem produzir cópia descontrolada de prontuário. Recomenda-se cópias protegidas contra alteração por invasores, segregação de credenciais e verificação periódica de integridade.

Backup existente não equivale a sistema recuperável. Cada teste deverá restaurar ambiente completo ou amostra representativa, reconciliar episódios, versões de laudos e eventos pendentes, e registrar responsável, duração e desvios.

35.11 RTO, RPO e matriz de serviços por criticidade

RTO corresponde ao tempo-alvo de recuperação; RPO, à perda de dados tolerável expressa em tempo. Os valores deverão ser definidos em BIA institucional e homologados pela direção técnica. Não é adequado prometer RTO de minutos para o hospital sem orçamento, redundância e ensaios que sustentem a meta.

A matriz distinguirá sistema de registro clínico, prescrição, diagnóstico, portal, canais de mensagens e relatórios gerenciais. Durante falha de portal, a assistência prossegue; durante falha do PEP, o prontuário contingencial e posterior reconciliação precisam de protocolo formal.

35.12 Plano de contingência assistencial e operação degradada

O plano deve indicar como acessar dados essenciais e prescrever com segurança quando houver queda de energia, internet, rede local, PEP, LIS ou PACS. Protocolos de papel controlado, identificação do paciente, dupla conferência de medicação e transferência manual de informações demandam validação das equipes.

A restauração posterior deverá consolidar decisões registradas em contingência, evitando duplicação ou omissão de prescrições. O portal ao paciente deverá informar indisponibilidade de maneira honesta, com canal alternativo e sem publicar dado obsoleto como atual.

35.13 Monitoramento, detecção e central de resposta

Monitoramento incluirá autenticações suspeitas, acessos em massa, anomalias de API, falhas de backup, expiração de certificados e indisponibilidade de integrações. É preciso designar quem recebe alertas fora de expediente e como aciona equipe assistencial quando o problema afeta segurança do cuidado.

Logs deverão ser protegidos e minimizados, sem replicar dados clínicos completos por padrão. A triagem distinguirá eventos de segurança, incidentes operacionais e incidentes com dados pessoais, pois cada um tem respostas específicas.

35.14 Classificação de incidentes e cadeia de comando

O plano de resposta utilizará níveis de gravidade: suspeita, incidente confirmado, indisponibilidade relevante, exposição de dados e risco imediato ao paciente. Cada classe terá responsável técnico, comunicador, autoridade para conter sistemas e exigência de avaliação clínico-assistencial.

No caso de possível ransomware, a prioridade será isolamento controlado, preservação de evidência, manutenção dos cuidados e recuperação segura. Desligar sistemas hospitalares sem coordenação clínica pode criar risco adicional; a decisão exigirá comando formal.

35.15 LGPD e comunicação à ANPD e aos titulares

A Resolução CD/ANPD nº 15/2024 disciplina incidentes com dados pessoais que possam acarretar risco ou dano relevante; a regra geral determina comunicação pelo controlador à ANPD e aos titulares em três dias úteis contados do conhecimento, ressalvadas previsões específicas. Nem todo evento técnico impõe comunicação externa automática.

O encarregado e a assessoria jurídica avaliarão os critérios, documentos de suporte, medidas de contenção, titulares afetados e canais de comunicação. A obrigação legal não substitui aviso assistencial imediato quando o incidente ameaça a segurança dos pacientes [6].

35.16 Preservação de evidências e investigação forense

O registro deve conter linha do tempo, detecção, sistemas afetados, credenciais, serviços interrompidos, decisões, medidas, responsáveis e impacto clínico. A investigação precisa garantir integridade das evidências e limitar acesso, evitando exposição adicional de prontuários.

A correção deverá distinguir causa-raiz técnica, falha de processo e deficiência de fornecedor. Relatório pós-incidente incluirá lições, medidas verificáveis, atualização de treinamento e decisão quanto a retorno de funcionalidade.

35.17 Resposta a indisponibilidade de fornecedor de nuvem

Falhas de data center, rede, mensageria ou visualizador externo podem interromper partes do Passaporte sem afetar PEP; uma dependência comum pode, porém, derrubar múltiplas funções. Os contratos deverão esclarecer região de hospedagem, suporte de crise, redundância, exportação e contingência.

Durante indisponibilidade o hospital deverá ativar mecanismos proporcionais de comunicação e acesso alternativo. A definição de interoperabilidade e continuidade não pode depender de promessa comercial sem teste e evidência de recuperação.

35.18 Diligência de fornecedores e suboperadores

Antes de contratar, exigir inventário de serviços, funções de controlador e operador, medidas de segurança, política de subcontratação, histórico de incidentes relevantes, localização de dados e capacidade de exportação. Transferências internacionais, quando presentes, requerem avaliação conforme regime brasileiro e instrumentos aplicáveis.

O fornecedor deve permitir auditoria contratual e cooperar com incidentes. Suboperador não poderá ser acrescentado de modo incompatível com compromissos de privacidade. O guia da ANPD sobre fornecedores de tecnologia poderá orientar a diligência [7].

35.19 SLA, penalidades, suporte e reversibilidade contratual

O contrato deverá prever disponibilidade mensurável, janela de manutenção, notificação de incidentes, prazo de correção por severidade, documentação de API, backup e restauração, devolução de dados, revogação de acessos e assistência na migração. Penalidades financeiras não compensam automaticamente dano clínico.

Uma cláusula de saída precisa permitir que o Instituto Canaã recupere documentos, metadados, comprovantes de assinatura, trilhas e contatos de continuidade em formatos utilizáveis. A supervisão ficará com direção administrativa, TI e jurídico.

35.20 Cadeia de suprimentos e software de terceiros

Dependências de código, bibliotecas, plug-ins, visualizadores DICOM e serviços de mensageria ampliam exposição mesmo sem acesso direto ao banco de prontuário. O hospital deverá exigir inventário de componentes críticos e política de atualização, com análise de licenças, vulnerabilidades conhecidas e integridade de distribuição.

Mudanças em cadeia de fornecimento devem passar por teste de regressão e segurança. Não deve ser habilitado componente novo com acesso a dados sensíveis sem avaliação de contrato, privilégio e rastreabilidade.

35.21 Simulados de incidente e exercícios de recuperação

O plano anual poderá prever exercício de mesa para vazamento de documentos, phishing de colaborador, ransomware no PEP, falha de PACS e queda de API nacional. Os exercícios incluirão comunicação interna, preservação de assistência, cronograma de decisões e relações com fornecedores.

Ensaios de restauração devem confirmar RTO/RPO escolhidos ou registrar a impossibilidade e medidas compensatórias. Resultados serão avaliados por equipe clínica, tecnologia e direção, com pendências de prazo e responsável.

35.22 Indicadores, maturidade e melhoria contínua

O painel de segurança combinará tempo de detecção, contenção, correção, êxito de backup, recuperação testada, contas privilegiadas recertificadas, incidentes por gravidade e falhas assistenciais associadas. A análise deverá considerar subnotificação e diferenças entre número de ataques e danos efetivos.

A tendência de melhoria depende de auditoria independente, reuniões de risco e aprendizagem pós-incidente. Todas as métricas terão fonte, cálculo, periodicidade e dono; percentuais isolados não demonstram proteção adequada.

35.23 Critérios de autorização para operação e bloqueio

O início de operação dependerá de análise de riscos, testes de segurança, backup restaurável, plano de incidentes, contratos de suporte, acesso alternativo e treinamento. Falha de autorização entre pacientes, ausência de recuperação de sistema crítico ou exposição ativa de dados são gatilhos de no-go.

Após lançamento, incidentes graves podem exigir desligamento seletivo do portal, enquanto o PEP e os atendimentos continuam por rotas próprias. A direção registrará decisão, riscos residuais, prazo de correção e critérios claros de retomada.

Matriz de requisitos, objetos e fontes de verdade

A matriz é instrumento de desenho e de homologação. A equipe deverá completar versão do sistema, contrato, responsável, API ou recurso técnico e evidência de teste antes de utilizar dados reais.

Objeto / serviço	Fonte ou perfil de referência	Critério de controle ou aceite
Prontuário / prescrição	Crítico para assistência	Contingência clínica e restauração homologada
LIS / RIS / PACS	Alto / crítico segundo operação	Rotas para exames urgentes e laudos
Portal e downloads	Importante para continuidade	Entrega alternativa e sincronização
Mensageria pós-alta	Variável por protocolo	Telefone e encaminhamento presencial

Objeto / serviço	Fonte ou perfil de referência	Critério de controle ou aceite
Identidade / certificados	Transversal	Credenciais de contingência controladas
Backup e logs	Transversal	Recuperação e investigação preservadas

Matriz RACI institucional e evidências de decisão

R = realiza/executa; A = autoridade formal; C = consultado. A atribuição nominal deverá ser formalizada pela direção, incluindo substitutos, plantão e impedimentos. A existência de fornecedor não transfere automaticamente responsabilidade clínica ou de controlador.

Ator	Papel	Evidência ou responsabilidade-chave
Direção institucional	A	Política, orçamento, contratos e risco residual
Direção técnica / NSP	A/C	Contingência e impacto na segurança do paciente
Líder de Segurança / TI	R	Prevenção, detecção, resposta e recuperação
Encarregado / jurídico	R/C	Avaliação LGPD e comunicação regulatória
Fornecedor de tecnologia	R contratado	Correção, logs, restauração, exportação
Auditoria / qualidade	C	Simulados, indicadores e acompanhamento

Matriz de riscos prioritários e barreiras

A severidade inicial indicada é hipótese para priorização. A análise institucional deverá incorporar probabilidade, detectabilidade, volume de titulares, efeito na assistência e possibilidade de contingência. Um erro crítico confirmado configura motivo de suspensão seletiva até correção comprovada.

Modo de falha	Gravidade inicial	Barreira requerida
Ransomware bloqueia PEP	Crítico	Segmentação, backup isolado e contingência
Invasor acessa outros pacientes	Crítico	IAM, teste BOLA e monitoramento
Backup não restaura	Crítico	Teste periódico de restauração
Fornecedor encerra serviço sem exportar	Alto	Cláusula de portabilidade e teste
Falha de comunicação de incidente	Alto	Fluxo ANPD e cadeia de comando
Credencial de API vazada	Alto	Rotação, isolamento e rastreabilidade

Testes de homologação e critérios de não aprovação

Cenário simulado com dados sintéticos	Resultado obrigatório para aceite
Ataque simulado por conta comprometida	Bloqueio, contenção e log íntegro
Restauração de base e documentos	Integridade, assinaturas e eventos reconciliados
Queda de PEP durante plantão	Fluxo clínico contingencial executável
Fornecedor indisponível por período prolongado	Suporte alternativo e decisão executiva
Vazamento de documento sensível	Classificação, ANPD e plano de titulares
Expiração de certificado crítico	Alerta prévio e troca sem perda

Cenário simulado com dados sintéticos	Resultado obrigatório para aceite
Exercício de saída de fornecedor	Exportação utilizável e acessos revogados

Indicadores de governança e qualidade técnica

Indicador	Definição operacional / cálculo
Êxito de restauração	Exercícios bem-sucedidos ÷ exercícios
Tempo de detecção	Ocorrência ou evidência até alerta
Tempo de contenção	Detecção até mitigação inicial
Vulnerabilidades críticas abertas	Quantidade e idade por ativo
Contratos críticos auditados	Contratos revisados ÷ contratos previstos

Plano complementar de continuidade e resposta coordenada

Para cada serviço deverão existir RTO e RPO pactuados após análise de impacto assistencial (BIA), identificando a consequência clínica de sua interrupção. Não se adota um número uniforme para todas as aplicações: a interrupção do portal pode exigir entrega documental alternativa, enquanto a falha do PEP ou da prescrição pode demandar prontuário contingencial imediato e conferência de medicamentos. O documento de continuidade apontará responsável clínico pela decisão, coordenador técnico, acionamento do fornecedor, rotas alternativas e método de reconciliação após a restauração.

O plano de crise terá dois relógios de trabalho distintos: o relógio da segurança do paciente e o relógio regulatório da privacidade. Quando uma falha afeta diagnóstico ou prescrição, as equipes assistenciais devem ser comunicadas e protegidas sem aguardar conclusão forense. Se também houver dados pessoais comprometidos, o encarregado avaliará risco ou dano relevante e a eventual comunicação à ANPD e aos titulares nos prazos da Resolução nº 15/2024. A classificação e a documentação serão revisadas à luz das normas vigentes e não conduzidas apenas pelo fornecedor de nuvem.

O hospital deverá realizar ensaio de restauração de arquivos assinados, associação de pacientes, fila de eventos, prescrições e imagens, preferencialmente com amostras sintéticas. Os contratos de tecnologia devem permitir exportação efetiva em formatos utilizáveis, preservação da trilha de integridade e desativação segura ao término. Um fornecedor só será considerado substituível quando o teste de saída, inclusive revogação de credenciais e migração de documentos, tiver sido executado com sucesso.

Objeto de verificação	Condição de observação	Evidência exigida
Falha do PEP / prescrição	Contingência assistencial	Registro manual controlado e reconciliação
Falha do PACS/RIS	Diagnóstico por imagem	Via alternativa aprovada pela radiologia
Falha do portal	Continuidade pós-alta	Solicitação e entrega documental autenticada
Exposição de dados	Privacidade e contenção	Avaliação LGPD, evidências e comunicação legal

Objeto de verificação	Condição de observação	Evidência exigida
Perda de fornecedor	Reversibilidade técnica	Teste de exportação, restauro e desligamento

Ciclo de implantação em cinco etapas

Etapa	Atividade e evidência
1. Levantamento	Inventariar sistemas, contratos, dados, responsáveis, riscos e requisitos legais; registrar lacunas.
2. Especificação	Aprovar arquitetura, permissões, fluxos, casos negativos, níveis de serviço e pactuação de governança.
3. Homologação	Testar com cenários sintéticos, realizar inspeção clínica e de privacidade, reproduzir falhas e correções.
4. Piloto assistido	Ativar escopo restrito, observar indicadores, manter contingência e recolher eventos adversos e dúvidas.
5. Expansão controlada	Registrar parecer, riscos residuais, aceite da direção e evidência de integração externa quando houver.

Casos de aplicação e decisões seguras

Situação	Conduta exigida
Invasão torna o PEP indisponível	Ativar comando de crise, isolar risco sem interromper suporte assistencial e usar prontuário de contingência.
Backup existe mas não se consegue restaurar laudos	Classificar como falha grave, retestar restauração e impedir declaração de recuperação pronta.
Fornecedor apresenta vazamento de dados	Conter, reunir evidências, avaliar risco e prazo regulatório, comunicar conforme a Resolução ANPD 15/2024.

Checklist de aprovação e go/no-go

☐ Mapa de dados, sistemas, ambientes e responsáveis revisado e assinado.

☐ Autorização por paciente, episódio e objeto testada contra tentativa de acesso cruzado.

☐ Documentos clínicos preservam autoria, assinatura, estado e versão.

☐ Cenários de indisponibilidade e recuperação executados com equipe assistencial.

☐ Bases legais, fornecedores, contratos e eventual compartilhamento público analisados.

☐ Indicadores têm fonte confiável, periodicidade, responsável e limiares de ação definidos.

☐ Treinamento e alternativa não digital disponíveis para os pacientes elegíveis.

☐ Nenhuma integração externa divulgada sem credenciamento e aceite formal.

☐ Riscos críticos e ações corretivas documentados antes de liberação produtiva.

Referências normativas, técnicas e bibliografia de apoio

Fontes verificadas em 02/11/2026; revisar versões consolidadas e condições específicas no momento da contratação e da implantação. Referências técnicas internacionais são orientações de engenharia, não leis brasileiras.

1. NIST. Cybersecurity Framework, CSF 2.0. Disponível em: https://www.nist.gov/cyberframework.

2. Brasil. Lei nº 13.709/2018 (LGPD), texto legal oficial. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

3. OWASP. API Security Top 10 — 2023. Disponível em: https://api-security.owasp.org/editions/2023/en/0x11-t10/.

4. ANPD. Guia de segurança da informação e checklist de medidas. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte.

5. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 19/2024, transferência internacional de dados pessoais. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/resolucao-cd-anpd-no-19-de-23-de-agosto-de-2024.

6. ANPD. Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança, Resolução CD/ANPD nº 15/2024. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis.

7. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 18/2024, atuação do encarregado de dados. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/.

8. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital e notícia oficial de instituição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/.

9. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS; HL7 FHIR R4 e modelos específicos. Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/.

Registro de validação e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência requerida
Direção técnica e coordenações clínicas	Pendente — revisão de riscos à segurança do paciente e assinatura
Tecnologia / segurança cibernética	Pendente — aceite de arquitetura, testes e contingência
Núcleo de Segurança do Paciente / Qualidade	Pendente — análise de riscos, indicadores e ações preventivas
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — conformidade LGPD, contratos e compartilhamentos
Direção institucional	Pendente — aprovação formal, orçamento e go-live
Histórico de versão	v0.1 — primeira minuta, 02/11/2026; capítulo não homologado

Termo de deliberação final — uso interno

Este capítulo apresenta requisitos propostos. Sua aprovação editorial não autoriza por si só implantação produtiva, compartilhamento de dados reais ou início de atendimento por canal digital. A autorização de operação dependerá de evidências documentais de homologação, teste clínico de cenários adversos, validação dos contratos e aceite formal dos responsáveis listados.

Questão para deliberação	Registro a preencher
Existem riscos críticos pendentes?	( ) Não ( ) Sim. Quais: _____
Foram demonstrados testes com dados sintéticos?	Identificação do relatório, data e aprovador: _____
Há dependência externa ou contrato pendente?	Parte externa, status e contingência: _____
A equipe assistencial dispõe de alternativa em falha?	POP, responsável e data de teste: _____
Decisão da direção institucional	( ) Aprovar minuta ( ) Aprovar com ressalvas ( ) Devolver
Condições e prazo de reavaliação	_____

Campos de assinatura e responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ____/____/_____

Segurança da Informação / TI: _____ Data: ____/____/_____

Jurídico / Encarregado: _____ Data: ____/____/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ____/____/_____

Controle editorial: v0.1 em avaliação. Qualquer modificação de requisito, perfil clínico, finalidade de tratamento ou integração deverá gerar nova versão com histórico e aprovação proporcional ao risco.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 36

POPS, FLUXOGRAMAS, PONTOS DE CONTROLE E RESPONSABILIDADES OPERACIONAIS

Sistema de procedimentos operacionais padronizados, barreiras de segurança, estados do fluxo de alta e controle auditável da jornada do Passaporte Digital, do episódio clínico à continuidade na rede.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 36 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–35 aprovados; capítulos 36–39 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Sistema de procedimentos operacionais padronizados, barreiras de segurança, estados do fluxo de alta e controle auditável da jornada do Passaporte Digital, do episódio clínico à continuidade na rede. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

Este capítulo integra a Parte VIII — Processos, Implantação e Avaliação. As medidas propostas devem ser pactuadas na realidade do Hospital Canaã; obrigações legais, diretrizes científicas e escolhas internas não são equivalentes. Este texto editorial não autoriza início de serviço ou integração com dados reais. O prontuário eletrônico permanece como fonte primária das decisões clínicas, e toda funcionalidade digital depende de prova de segurança e aprovação institucional.

36.01 Finalidade e escopo dos procedimentos operacionais

Os POPs converterão os princípios dos capítulos 1 a 35 em tarefas executáveis, rastreáveis e repetíveis. Cada procedimento terá gatilho, entradas, responsável, condições de

segurança, passos obrigatórios, registros de evidência, exceções e regra de escalonamento. O Passaporte é uma camada de consulta e comunicação; o PEP continua sendo a fonte oficial das decisões médicas.

A padronização não deve transformar a alta em ato burocrático ou impor atraso clinicamente injustificado. O indicador de desempenho será equilibrado por segurança, completude, compreensão do paciente e continuidade, e não somente pela velocidade de publicação. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) participará da revisão de incidentes e barreiras [1,2].

36.02 Taxonomia e numeração dos POPs

Propõe-se uma biblioteca por processo: POP-PAS-001 identificação; 002 conferência do episódio; 003 conciliação medicamentosa; 004 sumário de alta; 005 plano de continuidade; 006 publicação; 007 contrarreferência; 008 pendências e achados críticos; 009 representantes; 010 suporte; 011 incidentes; 012 contingência; 013 auditoria. Cada código manterá histórico único.

O POP deve registrar proprietário, versão, vigência, revisores, formulário associado, treinamento obrigatório e intervalo de revisão. A retirada de versão obsoleta do posto de trabalho é condição de implantação; versões antigas permanecerão arquivadas apenas para reconstruir decisões e evidências em auditoria.

36.03 Mapa ponta a ponta do episódio clínico até o acesso

O processo começa no cadastro e na admissão, passa por avaliação, exames, terapias, preparação de alta, revisão do conjunto clínico, assinatura médica, publicação e orientação ao paciente. A etapa externa de contrarreferência tem status próprio e não pode ser inferida a partir de uma mensagem enviada.

Cada transição de estado produzirá evento com identificadores do paciente e episódio, data/hora, agente, artefato envolvido e resultado. O fluxograma institucional diferenciará tarefas automáticas de deliberações clínicas, para impedir que a integração aprove um documento apenas porque o arquivo existe.

36.04 POP de identificação do paciente e reconciliação de episódio

A equipe que inicia a entrega exigirá pelo menos dois identificadores institucionais independentes, conferência do vínculo com o episódio e verificação de situação do representante quando presente. CPF e CNS funcionam como identificadores, não como prova de posse da conta. Homonímia e divergência de cadastro gerarão bloqueio da publicação equivocada.

Correções serão executadas pelo cadastro mestre, com revisão quando houver risco de cruzamento de documentação. O procedimento deve preservar o histórico de unificação ou desmembramento de registros e testar que documento de outro paciente não apareça no portal após sincronização tardia.

36.05 POP de conciliação medicamentosa e alergias

A conciliação distinguirá medicamentos de uso prévio, administrados na internação, suspensos e prescritos após a alta. A equipe farmacêutica poderá apoiar o levantamento, mas a prescrição final e sua validação obedecerão às responsabilidades profissionais aplicáveis; alergias e reações serão documentadas com substância, manifestação e grau de certeza.

A lista exposta no Passaporte será vinculada à prescrição de alta validada e identificada com data. Se um fármaco de uso apenas intra-hospitalar reaparecer como domiciliar, o fluxo suspenderá a divulgação dessa lista e acionará prescritor e farmácia antes da reemissão [2].

36.06 POP de elaboração e assinatura do Sumário de Alta

O médico responsável confirmará motivo de internação, diagnósticos relevantes, procedimentos, evolução, condição de alta, medicamentos, resultados pendentes e recomendações. O documento final exigirá identificação e assinatura válidas, sem assinatura automática indevida. Campos informacionais seguirão os requisitos aplicáveis do modelo nacional de Sumário de Alta [3].

O cirurgião titular permanece responsável por decisões cirúrgicas, evolução diária e alta do paciente cirúrgico; o hospitalista colabora na cogestão clínica e o intensivista responde pelos cuidados intensivos conforme atribuições. Conflitos ou lacunas de responsabilização impedirão atribuição automática de titularidade à clínica médica.

36.07 POP de Plano Individual de Continuidade Assistencial

O PICA traduzirá orientações em compromissos verificáveis: problemas ativos, medicamentos, cuidado domiciliar, retornos, exames pendentes, responsável pelo resultado, sinais de alerta, contato adequado e suporte de cuidador. Na alta, o profissional designado fará orientação em linguagem compreensível e conferirá entendimento com estratégia de retorno explicativo.

O plano deverá identificar pendência que continua sob responsabilidade do hospital e o que dependerá de serviço externo ou agendamento regulado. Informação sem destino ou prazo não estará concluída. Falta de internet exige versão impressa ou orientação assistida com equivalente conteúdo clínico [2,4].

36.08 POP de disponibilização e prova de entrega

Antes da publicação, verificar autorização, paciente, episódio, versão, assinatura e permissões por objeto. A publicação será atômica: o conjunto de documentos não deve aparecer parcialmente como alta concluída quando componentes clínicos essenciais permanecem inválidos. Links de consulta terão expiração e restrição de compartilhamento compatíveis com risco.

A evidência de disponibilização não substitui prova de compreensão. Quando o paciente não conseguir entrar no portal, oferecer via não digital, registrar orientação dada e encaminhar problema ao suporte sem expor conteúdos clínicos em mensagens abertas.

36.09 POP de resultados pendentes e achados críticos

O médico ou equipe formalmente designada manterá fila ativa de exames aguardando liberação, com previsão, criticidade, titular da revisão e protocolo de contato. Laudos retificados ou críticos exigirão avaliação clínica e comunicação adequada, independentemente de o paciente ter aberto o portal [4].

Mensagens automáticas poderão alertar para consulta segura ao documento, mas não serão consideradas substitutas da comunicação médico-paciente quando o resultado demandar decisão imediata. A fila só será encerrada após registro do desfecho, das tentativas de contato e do encaminhamento assistencial apropriado.

36.10 POP de contrarreferência e circuito fechado

Definir origem, serviço de destino, documento, finalidade, base legal, canal autorizado e estado do encaminhamento: preparado, enviado, recebido, aceito e atendimento realizado, quando houver confirmação confiável. A ausência de integração com UBS ou rede municipal impede afirmar que o atendimento externo aconteceu.

Resultados críticos e retornos pós-operatórios ficam sob responsabilidade clínica designada até transferência efetivamente pactuada. A RNDS e a integração municipal são metas técnicas condicionadas à autorização, credenciamento e homologação, não canais presumidos como disponíveis [5].

36.11 POP de nova urgência e consulta assistencial

A consulta ao Passaporte em UPA/PS deve priorizar dados essenciais recentes: alergias, medicamentos de alta, diagnósticos, cirurgias, dispositivos, sumário de alta e alertas. O atendimento de urgência não deve aguardar autenticação nem carregamento de arquivo quando decisões emergenciais são necessárias.

O prontuário histórico terá data e origem, de modo que prescrição de seis meses atrás não seja interpretada como uso atual. Profissionais externos só terão acesso ao que for legal e tecnicamente disponibilizado, sem prometer permissões inexistentes.

36.12 POP de chat, chamadas e escalonamento

Mensagens de pacientes serão triadas por categoria e gravidade antes de distribuição. Sinais de dor torácica aguda, dispneia importante, déficit neurológico novo, sangramento intenso ou instabilidade exigirão orientação imediata para serviço de urgência, não permanência em fila de chat. Prazo interno e cobertura horária devem estar divulgados.

O registro deverá identificar conteúdo recebido, resposta, profissional responsável, transferência de prioridade e desfecho. Orientação por telemedicina, quando prestada, seguirá regulamentação profissional própria; mensagens administrativas não devem simular uma consulta médica.

36.13 POP de representação e alternativas não digitais

A concessão de acesso a familiar ou cuidador exige verificação de titularidade, capacidade e poderes de representação conforme contexto legal. Perfis terão prazo, escopo e revogação. O recebimento de receita em um episódio não autoriza visualizar todo o histórico ou alterar dados cadastrais.

Paciente com deficiência, baixa alfabetização ou acesso precário à internet poderá receber impressos legíveis, ajuda presencial, tradução ou outra mediação proporcional, sem perda de autonomia. A equipe registrará a escolha, não um consentimento genérico forçado [6].

36.14 POP de retificação, cancelamento e republicação

Erro documental detectado após a alta seguirá fluxo de abertura de ocorrência, análise do médico autor, retificação no sistema fonte, invalidação da versão anterior e emissão de nova versão identificada. Não é admissível alterar silenciosamente um sumário assinado ou remover o rastro histórico.

O mesmo processo deve acionar revisão de compartilhamentos já ocorridos, incluindo eventuais documentos baixados ou transmitidos. A comunicação ao paciente dependerá do risco clínico; correção de um CID incorreto potencialmente relevante terá prioridade superior à correção cosmética.

36.15 POP de indisponibilidade tecnológica e continuidade assistencial

Na falha de PEP, portal, energia ou rede, a equipe ativará procedimento assistencial alternativo validado, com identificação segura, prescrição contingencial, registro em papel

controlado quando aplicável e reconciliação após restauração. A assistência não pode depender da disponibilidade do Passaporte.

O plano deve especificar responsabilidades por decidir migração e retorno, como preservar informações críticas e como evitar duplicidade após restauração. Cada ocorrência de contingência gerará revisão de risco e oportunidades de melhoria com participação da engenharia clínica e TI [1].

36.16 Controle de pontos críticos e bloqueios automáticos

Serão parametrizados bloqueios para identidade incongruente, assinatura ausente, representante revogado, documento de outro episódio, receita não conciliada, laudo cancelado e conflito entre versão exibida e versão vigente. O bloqueio terá motivo legível, trilha e mecanismo de resolução por responsável.

A administração não poderá “liberar por urgência” controle técnico relacionado a autoria clínica. Exceções aprovadas terão prazo, justificativa, compensação, responsável nominal e validação de segurança; circunstâncias de risco crítico impõem suspensão seletiva da funcionalidade.

36.17 Gestão de desvios, não conformidades e eventos adversos

Falhas serão registradas em sistema de qualidade com classificação de gravidade, detectabilidade, dano, processo e causa provável. O NSP analisará eventos relacionados à segurança do paciente e definirá planos corretivos; incidentes de privacidade e tecnologia acionarão também encarregado e segurança da informação.

A discussão de ocorrência terá foco em mecanismos e controles, sem substituir análise de responsabilidade individual quando cabível. Melhorias precisarão de evidências de eficácia, com reteste posterior; fechar chamado administrativo não significa demonstrar eliminação do risco.

36.18 Governança de mudanças em POPs

Toda modificação relevante de protocolo, dado obrigatório, ferramenta, fornecedor ou escala demanda análise de impacto, revisão do POP, treinamento e versão controlada. Para mudanças de alto risco, exigir teste prático com cenário negativo e aceite do responsável técnico antes de liberar nova rotina.

O Comitê do Passaporte deverá reunir representante da direção técnica, qualidade, enfermagem, TI, farmácia e encarregado conforme tema. Mudanças emergenciais poderão ser temporárias, com vigência curta e avaliação formal subsequente.

36.19 Validação por simulação e observação direta

A conformidade dos POPs será demonstrada por cenário simulado com dados sintéticos, execução por profissional real da função e auditor observador. O teste precisa avaliar não apenas o “caminho feliz”, mas dados duplicados, documento expirado, cuidador sem representação e queda do portal durante a alta.

As evidências conterão versão do POP, participante, data, cenário, resultado, tempo observado, desvios e reteste. O mesmo checklist será aplicado em turno noturno e fim de semana, pois um fluxo dependente de equipe diurna não está pronto para operação 24 horas.

36.20 Matriz de responsabilidades dos fluxos assistenciais

A responsabilidade pelo caso clínico permanecerá com o profissional titular e com os demais atores dentro de suas atribuições, independentemente de quem opere o botão de disponibilização. A secretaria pode entregar documento, mas não validar alta; TI pode corrigir fila, mas não decidir que um exame é clinicamente irrelevante.

Será obrigatório designar substituto em férias, plantões e afastamentos; atividades críticas sem cobertura efetiva representarão bloqueio de implantação até haver escala assinada. Serviços terceirizados receberão tarefas contratualmente delimitadas, com supervisão institucional.

36.21 Auditoria de aderência e eficácia dos procedimentos

A auditoria combinará amostra de prontuários, logs de publicação, observação de atendimento, pesquisa com pacientes e eventos de não conformidade. Percentual de passos concluídos não representa, isoladamente, segurança; é necessário medir erros de identificação, correções, perda de exames pendentes e entendimento do plano.

Os achados serão analisados em reunião periódica com plano de ação e proprietário definido. Repetição do mesmo modo de falha ou violação grave exige revisão da arquitetura ou do processo, não apenas nova orientação verbal.

36.22 Critérios para uso assistencial e revisão permanente

O POP só entrará em vigor após assinatura da instância competente, treinamento demonstrado, material de apoio disponível, rotina de contingência testada e evidência dos controles obrigatórios. A direção técnica terá autoridade para suspender operação que comprometa segurança do paciente.

A aprovação editorial deste capítulo não constitui aprovação do serviço em produção. A cada implantação ou mudança de integração, será necessária nova rodada proporcional de validação e aceite, mantendo rastreabilidade para auditorias sanitárias e institucionais.

Matriz de requisitos e instrumentos de implementação

O quadro deve ser convertido em registros controlados, vinculados ao identificador de episódio, ao POP ou requisito correspondente e à evidência de teste. Nenhum proprietário de processo deve ser presumido sem designação nominal.

Item	Responsável ou definição	Critério de controle	Evidência de aceite
POP-PAS-001 identificação	Cadastro e equipe de alta	Paciente / episódio compatíveis	Log de conferência e divergências
POP-PAS-003 conciliação	Médico prescritor + farmácia	Receita domiciliar coerente	Conciliação assinada
POP-PAS-004 sumário	Médico responsável	Campos clínicos e assinatura	Documento com versão
POP-PAS-006 publicação	Sistema e conferente	Objeto/paciente/ representante	Evento com hash ou referência
POP-PAS-008 resultado pendente	Médico designado	Fila com responsável e prazo	Confirmação de ação clínica
POP-PAS-012 contingência	Direção técnica + TI	Plano testado por turno	Ata de simulado

Matriz RACI e responsabilidades de governança

R significa executor, A a autoridade que presta contas, C o consultado. A atribuição operacional não altera automaticamente a responsabilidade médica pelo caso, nem os deveres de controlador e operador de dados. A direção formalizará substituições, plantão e escalonamento.

Ator	Papel	Responsabilidade ou evidência
Médico titular / cirurgião	A clínica	Valida alta e decisões cirúrgicas nos pacientes sob sua responsabilidade
Hospitalista	R/C	Cogestão diária e prescrições de rotina conforme atribuições
Intensivista	R/C	Condutas intensivas e passagem segura de informações
Enfermagem / alta	R	Conferência, orientação e registro da entrega
Farmácia clínica	R/C	Revisão da conciliação e alertas de risco
NSP / Qualidade	A processo	Padroniza, audita e acompanha eventos adversos
TI / Integrações	R técnico	Publicação, logs, versão e contingência
Encarregado / Jurídico	C	Bases legais, representação e privacidade

Matriz de riscos, gravidade e barreiras de prevenção

A classificação inicial abaixo é proposta para debate; gravidade, probabilidade, exposição e detecção deverão ser reavaliadas com dados locais. Falha crítica com potencial de dano ao paciente ou divulgação indevida justifica bloqueio da atividade afetada até correção demonstrada.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira recomendada
Paciente homônimo recebe documentos de outro	Crítico	Bloquear publicação; reconciliar cadastro

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira recomendada
Medicação de uso hospitalar divulgada como domiciliar	Crítico	Conferir conciliação e validar receita
Achado crítico sem dono	Crítico	Fila clínica com substituto e escalonamento
Representante revogado mantém acesso	Alto	Revogação ativa e teste de sessão
POP desatualizado no plantão	Alto	Repositório único e controle de versão
Contingência sem registro posterior	Alto	Reconciliação auditável

Testes de segurança clínica, processo e homologação

Cenário de verificação	Resultado exigido
Alta cirúrgica com hospitalista	Cirurgião titular permanece responsável pela decisão de alta
CPF igual e episódio divergente	Documento bloqueado até reconciliação
Medicação suspendida na internação	Não aparece como prescrição domiciliar vigente
Laudo anatomopatológico após alta	Fila com médico e plano de contato identificados
Familiar tenta visualizar prontuário sem poder	Acesso negado e evento registrado
Queda de internet durante alta	Via impressa e prontuário de contingência operantes
Sumário alterado após assinatura	Nova versão com rastreabilidade

Indicadores, fórmula e interpretação operacional

Indicador	Definição, cálculo ou base de medida
Adesão ao POP essencial	Altas com checklist completo ÷ altas elegíveis
Incidentes de identificação	Ocorrências confirmadas ÷ documentos publicados × 1.000
Acompanhamento de resultados pendentes	Pendências resolvidas no prazo pactuado ÷ pendências vencidas no período
Retrabalho de documento	Sumários retificados ÷ sumários emitidos
Compreensão do plano	Pacientes com teach-back adequado ÷ pacientes avaliados

Instrumento operacional 36-A — transições de estado e decisões

O fluxo abaixo vincula estados a travas, evitando que tarefas administrativas sejam confundidas com autorização clínica. Cada transição deverá conter carimbo temporal, assinatura aplicável, usuário responsável e ligação ao episódio.

Estado do fluxo	Gatilho e exigência	Próximo estado / exceção
Rascunho clínico	Campos em construção, sem acesso público	Em validação / devolvido
Em validação	Conferência de identificação e conciliação	Assinável / bloqueado
Assinado	Médico responsável autentica e assina	Aguardando publicação
Publicado	Permissões e versão corrente confirmadas	Disponível ao paciente
Contrarreferenciado	Envio externo com base legal, se pactuado	Aguardando recebimento
Retificado	Novo documento substitui versão exibida	Revisar destinatários

Estado do fluxo	Gatilho e exigência	Próximo estado / exceção
Suspenso	Erro crítico, acesso indevido ou versão inválida	Reprocessar após aceite

Plano de execução e controle em cinco etapas

Etapa	Ação, requisito e evidência
1. Diagnóstico e inventário	Mapear realidade institucional, unidade, equipe, sistemas, documentos, responsáveis, riscos e dependências de contrato.
2. Desenho controlado	Aprovar escopo, POPs, dados, acessibilidade, materiais, RACI, comunicação, testes negativos e plano de contingência.
3. Treinamento e homologação	Realizar simulações com dados sintéticos, registro formal de erros, avaliação de prática e retestes.
4. Piloto supervisionado	Monitorar casos, equipe e indicadores em escopo limitado, com autoridade clínica de suspensão.
5. Avaliação e expansão	Corrigir falhas, comparar resultados com critérios pactuados e registrar decisão de go/no-go para a onda seguinte.

Casos clínicos e operacionais para decisão segura

Situação realista	Conduta institucional esperada
Alta de cirurgia de coluna com novo déficit	Acionar avaliação médica imediata e registrar conduta; a publicação do documento não substitui assistência
Paciente sem smartphone após UTI	Entregar resumo impresso e plano compreensível; registrar acompanhante autorizado e teach-back
Laudo terceirizado liberado 10 dias após alta	Profissional designado revisa, decide e documenta comunicação; não basta publicar no portal

Checklist para aceite institucional — go/no-go

☐ Requisitos, responsabilidades nominais e versões documentais formalizados.

☐ Segurança da identificação, assinatura e vínculo do episódio demonstrada.

☐ Prescrição de alta, pendências e sinais de alerta validados clinicamente.

☐ Representantes, perfis de acesso e LGPD avaliados por responsável competente.

☐ Cenários negativos e contingência testados com evidência reproduzível.

☐ Equipe coberta em todos os turnos envolvidos e aptidão prática registrada.

☐ Indicadores têm fontes, denominadores, proprietários e limites definidos.

☐ Alternativa não digital disponível e validada com usuários elegíveis.

☐ Condições contratuais e eventuais integrações externas verificadas.

☐ Riscos críticos corrigidos ou escopo afetado formalmente suspenso.

Referências técnico-científicas, sanitárias e de governança

Fontes consultadas em novembro de 2026. Verificar redações consolidadas e atualizações na fase de contratação ou homologação. Guias de melhoria e segurança de entidades internacionais não constituem exigências legais brasileiras por si sós.

1. Anvisa. Resolução RDC nº 36/2013, ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013.

2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html.

3. Ministério da Saúde. Legislação da RNDS, Modelo de Informação do Sumário de Alta, Portaria GM/MS nº 8.026/2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao.

4. AHRQ. Tool 3: How to Deliver the Re-Engineered Discharge at Your Hospital. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool3.html.

5. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=9882&cod_modulo=310&desItem=&desItemFim=&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00012301&orgao=GM%2FMS&seqAto=000&tipo=POR&valorAno=2026.

6. Brasil. Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.381/2024 e normas de emissão de documentos médicos. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/.

Registro de validação, ressalvas e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência
Direção técnica e chefias assistenciais	Pendente — parecer sobre segurança clínica, tarefas e responsabilidades.
NSP / Qualidade	Pendente — revisão de riscos, procedimentos e indicadores.
Tecnologia e segurança	Pendente — validação de sistemas, acesso, logs e continuidade.
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — análise de bases legais, privacidade e contratos.
Direção institucional	Pendente — decisão formal sobre recursos, implantação e expansão.
Controle editorial	v0.1 — minuta, 02/11/2026; sem autorização de operação produtiva.

Termo de deliberação final e condicionantes

A aprovação do texto como capítulo do manual é distinta da homologação assistencial, tecnológica e contratual. A autorização de operação exige demonstração do controle do paciente correto, autoria, prescrição, pendências pós-alta, proteção de dados, equipe treinada, contingência e capacidade de corrigir falhas.

Questão para deliberação	Campo de registro
Riscos críticos pendentes	( ) Não ( ) Sim. Medidas/escopo afetado: _____
Testes documentados	Relatório, versão, data e aprovador: _____
Cobertura de equipe e suporte	Unidades, turnos e responsáveis: _____
Dependências de fornecedor ou rede pública	Status e alternativa segura: _____
Decisão	( ) Aprovar ( ) Aprovar com condições ( ) Devolver para revisão
Data de revisão	___/___/_____ | Próxima avaliação: ___/___/_____

Assinaturas de responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ___/___/_____

Coordenação de Qualidade / NSP: _____ Data: ___/___/_____

Tecnologia / Segurança da Informação: _____ Data: ___/___/_____

Jurídico / Encarregado LGPD: _____ Data: ___/___/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ___/___/_____

Histórico: v0.1 — minuta técnico-institucional submetida à revisão editorial; registrar alterações de critérios, bibliografia, papéis e testes em versões sucessivas.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 37

EQUIPES, COMPETÊNCIAS, TREINAMENTO, SUPORTE E GESTÃO DA MUDANÇA

Plano de organização de pessoas, competências assistenciais e digitais, capacitação por perfil, suporte multicanal, gestão da mudança e sustentação operacional do Passaporte Digital Canaã.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 37 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–35 aprovados; capítulos 36–39 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Plano de organização de pessoas, competências assistenciais e digitais, capacitação por perfil, suporte multicanal, gestão da mudança e sustentação operacional do Passaporte Digital Canaã. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

Este capítulo integra a Parte VIII — Processos, Implantação e Avaliação. As medidas propostas devem ser pactuadas na realidade do Hospital Canaã; obrigações legais, diretrizes científicas e escolhas internas não são equivalentes. Este texto editorial não autoriza início de serviço ou integração com dados reais. O prontuário eletrônico permanece como fonte primária das decisões clínicas, e toda funcionalidade digital depende de prova de segurança e aprovação institucional.

37.01 Princípios de gestão de pessoas na implantação

A implantação do Passaporte Digital modifica trabalho clínico, comunicação com a rede e experiência do paciente. O programa não poderá ser apresentado como obrigação apenas

da equipe de TI: exige liderança clínica, enfermeiros, farmacêuticos, atendimento, qualidade, privacidade e suporte com competências definidas.

A governança deverá dimensionar carga adicional real, cobertura de turnos e tempo para treinamento e resposta a dúvidas. AHRQ recomenda atribuir responsabilidades explícitas e reservar tempo protegido às atividades da alta; adotar tecnologia sem condições de execução tende a transferir trabalho informal para plantonistas [1].

37.02 Mapa de funções e capacidade mínima

A matriz de pessoal incluirá diretor técnico, líderes de clínica, cirurgia e UTI, enfermagem de alta, farmacêutico, gestão de leitos, assistente social, qualidade/NSP, administradores de acesso, TI, encarregado de dados, atendimento digital e multiplicadores de turno. A composição efetiva dependerá do volume e da operação contratada.

Não se estabelecerá quantitativo obrigatório de profissionais do Passaporte sem estudo de demanda; a norma de pessoal da unidade hospitalar e as responsabilidades legais próprias permanecem válidas. O plano apresentará necessidade por horário, número estimado de altas, sazonalidade e capacidade de contingência.

37.03 Patrocínio e liderança clínica

A direção técnica patrocinará segurança, padronização do conteúdo clínico e decisões de go/no-go; a direção institucional aprovará recursos e contratos. Chefias clínicas sustentarão o uso correto no trabalho diário, sem delegar ao fornecedor decisões sobre documentação ou orientações de saúde.

O comitê manterá atas, responsáveis por riscos e periodicidade de acompanhamento. Lideranças devem responder a demandas concretas do serviço, como prescrições inconciliadas, atrasos de patologia e suporte noturno, em vez de apenas promover campanhas de adesão.

37.04 Competências para médicos titulares e especialistas

A trilha médica abordará preenchimento de campos essenciais, distinção entre hipótese e diagnóstico final, medicamentos de alta, análise de exames pendentes, assinatura, retificação e comunicação de achados críticos. Requer interpretação da informação exibida ao paciente e conhecimento do impacto de uma omissão na continuidade.

O cirurgião titular acompanha, decide e assina a alta dos pacientes cirúrgicos; hospitalista participa da cogestão e o intensivista das condutas da UTI. Treinamento deve evitar interpretação de que simples publicação transfere a titularidade ou elimina responsabilidade pelo seguimento clínico.

37.05 Competências de enfermagem na preparação e educação

Enfermagem precisa dominar identificação segura, checagem de documentos, educação de sinais de alerta, feridas, dispositivos, orientações de rotina e confirmação de compreensão. O profissional não deve responder por validar diagnóstico médico ou alterar prescrições por conveniência operacional.

A capacitação deve contemplar linguagem simples, reconhecimento de barreiras sociais, alternativas acessíveis e registro do treinamento do paciente. Pacientes com baixa alfabetização ou déficits após UTI podem exigir repetição, material visual ou participação de cuidador autorizado.

37.06 Competências da farmácia e conciliação

Farmácia clínica deverá reconhecer discrepâncias entre prescrições de internação e alta, medicamentos de risco, duplicidades, alergias e acesso ao tratamento no domicílio. O protocolo delimita revisão farmacêutica versus ato médico prescricional e define caminho de correção do documento.

Caso um medicamento seja suspenso após o sumário já estar disponível, a trilha deve ensinar interrupção de exposição desatualizada e republicação segura. A equipe observará de perto anticoagulantes, insulina, opioides e antimicrobianos, conforme perfil e risco clínico.

37.07 Competências de recepção e navegação do paciente

A equipe de atendimento ensinará como acessar o portal, recuperar credenciais, visualizar arquivos e solicitar ajuda sem revelar dados de saúde em balcão público. Conferência de identidade não autoriza discutir diagnóstico diante de terceiros nem entregar documentos a familiar sem poderes verificados.

O treinamento incluirá scripts neutros, mediação de dificuldades digitais, registro do canal preferido e encaminhamento de dúvidas clínicas à equipe profissional adequada. Jamais se utilizará CPF como senha ou se solicitará envio de fotografias de receitas por canal não autorizado.

37.08 Competências de suporte técnico e integrações

Suporte tecnológico deverá entender diferença entre erro de login, indisponibilidade de PACS, documento ainda não assinado, dado de paciente incorreto e mensagem externa rejeitada. Somente os dois primeiros se resolvem predominantemente com ação técnica; conteúdo clínico depende de avaliação profissional.

As escalas definirão quem mantém sistemas, monitora filas, revoga credenciais, ativa contingência e emite comunicado de falha. A formação incluirá proteção de segredos,

acesso mínimo, registro de chamados e proibição de copiar dado sensível para ferramentas pessoais.

37.09 Competências de encarregado, jurídico e qualidade

O encarregado orientará direitos dos titulares, compartilhamento de dados, incidentes e contratos, em cooperação com jurídico. O NSP e qualidade desenvolverão métodos de análise de risco, avaliação de eventos de segurança e melhoria dos procedimentos.

A equipe deve saber distinguir incidente clínico de indisponibilidade técnica e violação de dados pessoais, inclusive quando os três se sobrepõem. A classificação inicial não poderá atrasar comunicação assistencial urgente para proteção do paciente [2,3].

37.10 Matriz de competências por níveis de proficiência

Cada função receberá competência em três níveis: reconhecer (explicar quando e a quem encaminhar), executar (realizar tarefa padrão em ambiente simulado) e supervisionar (auditar, corrigir e ensinar). A certificação não será somente presença em palestra; requer demonstração prática.

A matriz será ligada ao perfil de acesso digital. Privilégios de edição, assinatura ou administração de representante não serão liberados a profissional ainda não habilitado, mesmo que ele tenha credencial institucional válida.

37.11 Diagnóstico inicial de prontidão e resistências

Antes do piloto, entrevistas de curta duração, observação do processo de alta e análise de chamados identificarão obstáculos: excesso de telas, documentação duplicada, lentidão da assinatura, falta de equipamento e indisponibilidade de apoio no plantão.

A gestão da mudança distinguirá resistência decorrente de percepção subjetiva de falha concreta. Intervenções podem incluir revisão de interface, simplificação de campos, integração, reforço de escala ou apoio à beira do leito; não se resolve tudo exigindo mais treinamento.

37.12 Desenho curricular por perfil e cenário

O currículo combinará conteúdos centrais e módulos por função. Núcleo comum: privacidade, identificação, direitos do paciente, impacto do Passaporte, contingência e reporte de falhas. Núcleo clínico: sumário, medicamentos, resultados e seguimento. Núcleo técnico: dados, autenticação, integração e evidências de publicação.

Exercícios usarão dados sintéticos e cenários reais anonimizados adequadamente, com critérios de competência predefinidos. O treinamento de cirurgia e UTI incluirá, respectivamente, seguimento pós-operatório e transição de paciente complexo.

37.13 Capacitação prática e simulações de alto risco

Estações de simulação deverão reproduzir homônimo, prescrição incorreta, alergia grave, laudo retificado, cuidador sem autorização, dúvida de urgência e indisponibilidade do portal. O facilitador observará tempo para reconhecer, decisão clínica ou administrativa, comunicação e registro.

Erros críticos de identificação, divulgação indevida e comunicação de resultado crítico serão eliminatórios até novo treinamento e reteste. O profissional receberá devolutiva formativa e oportunidade de melhoria; registro e certificação permanecerão auditáveis.

37.14 Treinamento por turno e educação permanente

O hospital deverá contemplar equipes do período noturno, finais de semana, feriados, plantões de UTI e substitutos. Cronogramas diurnos exclusivos criam dependências e risco de abandono de rotina fora do horário comercial.

Novo colaborador receberá onboarding com avaliação antes de acessar funções críticas. Mudanças de versão do software ou protocolo desencadearão treinamento direcionado, e o ciclo de educação permanente revisitará os erros reais detectados em auditoria [4].

37.15 Rede de multiplicadores e superusuários

Multiplicadores de enfermagem, medicina, farmácia e atendimento poderão apoiar a adoção no próprio setor, sobretudo nas primeiras semanas do piloto. O papel não autoriza alterar política clínica; superusuários devem escalar dúvidas e registrar melhorias de interface e processo.

A seleção será baseada em competência demonstrada, habilidade de comunicação e cobertura dos turnos, evitando centralização numa única pessoa. A escala de multiplicadores contemplará substitutos e clareza de canal de consulta.

37.16 Suporte em três níveis e roteamento de chamados

Nível 1 resolve navegação e acesso não clínico; nível 2 executa ações técnicas e integrações; nível 3 compreende especialistas clínicos, direção técnica, segurança da informação ou fornecedor em incidentes complexos. Sinais de alerta clínico jamais ficam presos à fila de help desk.

Cada chamado terá categoria, prioridade, agente, identificação técnica minimizada, SLA proposto, evidências e resultado. A equipe de suporte não deverá receber laudos ou senhas além do necessário para diagnosticar falha; acesso assistido precisará de autorização e registro.

37.17 Suporte ao paciente e canal alternativo

Apoio ao usuário será oferecido por canais definidos, em linguagem simples e horários publicados. Pessoas sem internet, com deficiência ou com baixa capacidade digital devem poder receber a mesma informação clínica essencial em suporte humano e material impresso.

O canal de suporte não é substituto de consulta nem plantão de emergência. Scripts deverão orientar corretamente quando o problema é administrativo, quando depende de retorno clínico e quando há indicação de procura imediata de pronto-socorro.

37.18 Gestão de comunicação e engajamento da equipe

A comunicação interna explicará o propósito do Passaporte, as tarefas que substitui ou adiciona e os benefícios esperados sem prometer redução automática de trabalho. Demonstrações com casos clínicos e relatos de equipe tendem a ser mais úteis do que mensagens genéricas de inovação.

Boletim semanal inicial poderá informar correções implantadas, incidentes resolvidos, dificuldades por turno e resultados do piloto. Comentários de profissionais serão registrados e avaliados com retorno público sobre o que mudou ou por que não foi possível mudar.

37.19 Monitoramento de fadiga, sobrecarga e segurança

O programa medirá tempo adicional para preparar alta, retrabalho documental, chamados por plantão, sensação de suporte, alertas excessivos e horas fora da jornada. A expansão só é justificável se a operação puder absorver a demanda com qualidade.

Quando indicadores mostrarem aumento persistente de trabalho manual ou erros por interrupções, o comitê proporá redesenho, simplificação, automação segura ou reforço de pessoal. Não se deve recompensar velocidade quando ela decorre da omissão de orientação ao paciente.

37.20 Revisão de cargos, escalas e contratos

O plano de implantação identificará atividades novas, necessidade de contratação e responsabilidade por cobertura. Atendimentos por terceiros e fornecedores deverão ter escopo, governança de acesso, confidencialidade, métricas e mecanismo de substituição pactuados.

O cálculo de equipe deverá usar dados de volume de altas, percentil de tempo por atendimento e sazonalidade. Valores apresentados no piloto constituirão estimativas locais, não parâmetros nacionais automáticos para todas as unidades.

37.21 Critérios de habilitação e recertificação

A credencial de uso dependerá de treinamento necessário à função, teste prático e vinculação institucional ativa. Funções privilegiadas exigirão reforço em segurança, revisão de acesso e validação de casos adversariais; educação recorrente será pautada por falhas detectadas.

A recertificação poderá ocorrer após alteração relevante de escopo, retorno de afastamento prolongado ou incidente de uso, com periodicidade definida pela análise de risco. Registro central incluirá data, instrutor, resultado, área e versão do conteúdo.

37.22 Estratégia de mudança por ondas assistenciais

Recomenda-se piloto com área clínica e cirúrgica definidas, antes de expandir a todos os andares e às três UTIs. A escolha dependerá de prontidão de equipe e segurança documental; populações mais complexas exigem vigilância adicional de pendências e educação.

Cada nova onda receberá apoio intensivo por período determinado, revisão de indicadores e autorização formal. Erros críticos na onda anterior suspendem a ampliação até haver contenção, análise de causa e teste de eficácia.

37.23 Cultura de reporte e aprendizagem institucional

A equipe deve poder relatar quase erros de acesso, inadequação de instruções, falhas no portal e perda de resultados sem receio de exposição desnecessária. O reporte será direcionado ao NSP, qualidade e segurança conforme natureza do risco, com proteção de dados.

Reuniões de aprendizagem usarão fatos e linhas do tempo, produzindo decisão concreta, responsável e prazo. Uma política de melhoria contínua não substitui os deveres individuais previstos em normas profissionais e contratos.

37.24 Aceite assistencial e maturidade da equipe

O comitê autorizará a operação de cada unidade quando os profissionais essenciais estiverem habilitados, turnos cobertos, canal de suporte funcional, casos críticos simulados e controles de contingência ensaiados. Taxa elevada de presença em treinamento é necessária, porém insuficiente.

O relatório de prontidão será assinado pelos líderes assistenciais e de tecnologia. Situações não resolvidas serão tratadas como riscos residuais com responsável, prazo, compensação e decisão explícita de manter, restringir ou adiar o início.

Matriz de requisitos e instrumentos de implementação

O quadro deve ser convertido em registros controlados, vinculados ao identificador de episódio, ao POP ou requisito correspondente e à evidência de teste. Nenhum proprietário de processo deve ser presumido sem designação nominal.

Função	Conteúdo	Proficiência	Prova prática
Médico titular	Sumário, receita e pendências	Executar e supervisionar	Assinatura e caso adversarial
Enfermagem de alta	Conferência e teach-back	Executar	Simulação de orientação
Farmácia	Conciliação e alergias	Executar/revisar	Revisão de receita discrepante
Recepção	Acesso e alternativa não digital	Executar	Verificação de identidade simulada
TI / suporte	Integrações e logs	Executar/supervisionar	Incidente simulado e recuperação
NSP / qualidade	Risco e indicadores	Supervisionar	Auditoria de caso
DPO / jurídico	LGPD e representação	Supervisionar	Parecer e tratamento de incidente

Matriz RACI e responsabilidades de governança

R significa executor, A a autoridade que presta contas, C o consultado. A atribuição operacional não altera automaticamente a responsabilidade médica pelo caso, nem os deveres de controlador e operador de dados. A direção formalizará substituições, plantão e escalonamento.

Ator	Papel	Responsabilidade ou evidência
Direção institucional	A	Recursos, estrutura, contratos e decisão de expansão
Direção técnica	A clínica	Validação de competências e práticas médicas
Coordenadores assistenciais	R	Escalas, supervisão e prática no setor
Educação permanente / RH	R	Currículo, registro e certificação
NSP / qualidade	C/R	Simulação, auditoria e melhoria
TI / suporte	R	Capacitação tecnológica e plataforma de chamados
Encarregado	C	Treinamento de privacidade, dados e incidentes
Fornecedor	C/R contratual	Material técnico e correções sem assumir decisões clínicas

Matriz de riscos, gravidade e barreiras de prevenção

A classificação inicial abaixo é proposta para debate; gravidade, probabilidade, exposição e detecção deverão ser reavaliadas com dados locais. Falha crítica com potencial de dano ao paciente ou divulgação indevida justifica bloqueio da atividade afetada até correção demonstrada.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira recomendada
Profissional não habilitado assina alta	Crítico	Perfil restrito + prova de competência
Treinamento só diurno	Alto	Cobertura de turnos e substitutos
Suporte técnico responde dúvida médica	Alto	Árvore de roteamento e limite de atuação
Aumento de carga causa omissão de orientação	Crítico	Tempo protegido e redesenho do fluxo
Dependência de um superusuário	Médio	Plano de substituição e documentação
Treinamento com prontuário real indevido	Alto	Dados sintéticos e acesso minimizado

Testes de segurança clínica, processo e homologação

Cenário de verificação	Resultado exigido
Médico realiza emissão, correção e nova assinatura	Conclui sem violar autoria e versionamento
Enfermeiro orienta cuidador e identifica risco neurológico	Escala corretamente, usa linguagem simples e registra
Atendimento recebe familiar sem autorização	Não revela dados e abre procedimento correto
Suporte recebe notícia de resultado crítico	Encaminha imediatamente ao responsável clínico
Queda do portal em plantão noturno	Ativa processo não digital com responsáveis disponíveis
Atualização do software altera campo obrigatório	Treinamento e teste precedem ativação

Indicadores, fórmula e interpretação operacional

Indicador	Definição, cálculo ou base de medida
Cobertura de treinamento	Profissionais habilitados ÷ profissionais elegíveis
Aptidão em casos críticos	Aprovados em simulação crítica ÷ avaliados
Chamados por 100 altas	Chamados do período ÷ altas elegíveis × 100
Tempo até resolução por prioridade	Mediana e P90 do tempo de atendimento
Sobrecarga percebida	Escore de pesquisa de equipe e horas de retrabalho

Instrumento operacional 37-A — matriz curricular e verificação de proficiência

A matriz curricular é proposta para planejamento, não uma determinação legal de carga horária. Cada módulo terá versão, duração estimada ajustável, instrutor, modalidade, aprovação prática e necessidade de reciclagem.

Módulo	Público prioritário	Prova de competência
Identificação e privacidade	Todos os perfis	Impedir caso de homônimo e acesso sem poder
Sumário e assinatura	Médicos	Documento seguro com retificação testada
Conciliação farmacológica	Médicos e farmácia	Detectar discrepância relevante
Plano pós-alta e teach-back	Enfermagem e assistentes	Paciente consegue explicar sinais de alerta
Suporte e recuperação de conta	Recepção e TI	Recuperação sem exposição
Falha crítica e contingência	Plantonistas e suporte	Ativação em simulação de indisponibilidade

Plano de execução e controle em cinco etapas

Etapa	Ação, requisito e evidência
1. Diagnóstico e inventário	Mapear realidade institucional, unidade, equipe, sistemas, documentos, responsáveis, riscos e dependências de contrato.
2. Desenho controlado	Aprovar escopo, POPs, dados, acessibilidade, materiais, RACI, comunicação, testes negativos e plano de contingência.
3. Treinamento e homologação	Realizar simulações com dados sintéticos, registro formal de erros, avaliação de prática e retestes.
4. Piloto supervisionado	Monitorar casos, equipe e indicadores em escopo limitado, com autoridade clínica de suspensão.
5. Avaliação e expansão	Corrigir falhas, comparar resultados com critérios pactuados e registrar decisão de go/no-go para a onda seguinte.

Casos clínicos e operacionais para decisão segura

Situação realista	Conduta institucional esperada
Alta de paciente com baixa visão	Oferecer fonte ampliada, linguagem oral e alternativa segura; comprovar entendimento
Farmacêutico identifica anticoagulante em duplicidade	Acionar prescritor e bloquear lista domiciliar inconciliada
Início de operação na UTI sem treinamento noturno	Adiar expansão da UTI até cobertura integral das atividades críticas

Checklist para aceite institucional — go/no-go

☐ Requisitos, responsabilidades nominais e versões documentais formalizados.

☐ Segurança da identificação, assinatura e vínculo do episódio demonstrada.

☐ Prescrição de alta, pendências e sinais de alerta validados clinicamente.

☐ Representantes, perfis de acesso e LGPD avaliados por responsável competente.

☐ Cenários negativos e contingência testados com evidência reproduzível.

☐ Equipe coberta em todos os turnos envolvidos e aptidão prática registrada.

☐ Indicadores têm fontes, denominadores, proprietários e limites definidos.

☐ Alternativa não digital disponível e validada com usuários elegíveis.

☐ Condições contratuais e eventuais integrações externas verificadas.

☐ Riscos críticos corrigidos ou escopo afetado formalmente suspenso.

Referências técnico-científicas, sanitárias e de governança

Fontes consultadas em novembro de 2026. Verificar redações consolidadas e atualizações na fase de contratação ou homologação. Guias de melhoria e segurança de entidades internacionais não constituem exigências legais brasileiras por si sós.

1. AHRQ. Tool 2: How to Begin the Re-engineered Discharge Implementation at Your Hospital. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool2.html.

2. AHRQ. Tool 3: How to Deliver the Re-Engineered Discharge at Your Hospital. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool3.html.

3. Anvisa. Resolução RDC nº 36/2013, ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013.

4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=9882&cod_modulo=310&desItem=&desItemFim=&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00012301&orgao=GM%2FMS&seqAto=000&tipo=POR&valorAno=2026.

5. Brasil. Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

6. W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Disponível em: https://www.w3.org/TR/WCAG22/.

7. NIST. Cybersecurity Framework 2.0, governança, identificação, proteção, detecção, resposta e recuperação. Disponível em: https://www.nist.gov/cyberframework.

Registro de validação, ressalvas e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência
Direção técnica e chefias assistenciais	Pendente — parecer sobre segurança clínica, tarefas e responsabilidades.
NSP / Qualidade	Pendente — revisão de riscos, procedimentos e indicadores.
Tecnologia e segurança	Pendente — validação de sistemas, acesso, logs e continuidade.
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — análise de bases legais, privacidade e contratos.
Direção institucional	Pendente — decisão formal sobre recursos, implantação e expansão.
Controle editorial	v0.1 — minuta, 02/11/2026; sem autorização de operação produtiva.

Termo de deliberação final e condicionantes

A aprovação do texto como capítulo do manual é distinta da homologação assistencial, tecnológica e contratual. A autorização de operação exige demonstração do controle do paciente correto, autoria, prescrição, pendências pós-alta, proteção de dados, equipe treinada, contingência e capacidade de corrigir falhas.

Questão para deliberação	Campo de registro
Riscos críticos pendentes	( ) Não ( ) Sim. Medidas/escopo afetado: _____
Testes documentados	Relatório, versão, data e aprovador: _____
Cobertura de equipe e suporte	Unidades, turnos e responsáveis: _____
Dependências de fornecedor ou rede pública	Status e alternativa segura: _____
Decisão	( ) Aprovar ( ) Aprovar com condições ( ) Devolver para revisão
Data de revisão	___/___/_____ | Próxima avaliação: ___/___/_____

Assinaturas de responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ___/___/_____

Coordenação de Qualidade / NSP: _____ Data: ___/___/_____

Tecnologia / Segurança da Informação: _____ Data: ___/___/_____

Jurídico / Encarregado LGPD: _____ Data: ___/___/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ___/___/_____

Histórico: v0.1 — minuta técnico-institucional submetida à revisão editorial; registrar alterações de critérios, bibliografia, papéis e testes em versões sucessivas.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 38

INDICADORES CLÍNICOS, OPERACIONAIS, DE QUALIDADE, SEGURANÇA E EXPERIÊNCIA

Dicionário institucional de indicadores do Passaporte Digital, governança de denominadores e fontes, monitoramento de processos e desfechos, auditoria, equidade, análise estatística e melhoria contínua.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 38 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–35 aprovados; capítulos 36–39 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Dicionário institucional de indicadores do Passaporte Digital, governança de denominadores e fontes, monitoramento de processos e desfechos, auditoria, equidade, análise estatística e melhoria contínua. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

Este capítulo integra a Parte VIII — Processos, Implantação e Avaliação. As medidas propostas devem ser pactuadas na realidade do Hospital Canaã; obrigações legais, diretrizes científicas e escolhas internas não são equivalentes. Este texto editorial não autoriza início de serviço ou integração com dados reais. O prontuário eletrônico permanece como fonte primária das decisões clínicas, e toda funcionalidade digital depende de prova de segurança e aprovação institucional.

38.01 Objetivos do sistema de mensuração

O painel de indicadores deverá identificar falhas preveníveis, melhorar a qualidade da alta e avaliar se o Passaporte ajuda a continuidade do cuidado. Não servirá apenas para

celebrar acessos ao portal. O desenho combinará segurança, processos clínicos, experiência, equidade, disponibilidade, custos e desfechos observáveis.

Uma tendência favorável em número de documentos publicados não prova redução de readmissões. Todos os indicadores precisam explicitar pergunta de gestão, população elegível, fonte, janela, responsável, limitações, periodicidade e gatilho de ação; a interpretação será clínica e metodologicamente supervisionada [1,2].

38.02 Referencial científico de qualidade e melhoria

A instituição adotará estrutura de processo, resultado e equilíbrio: processo mede execução de etapas; resultado avalia efeito observado; equilíbrio busca efeitos adversos de intervenção, como aumento do tempo de alta e sobrecarga de equipe. Ciclos de melhoria deverão gerar hipótese, pequena mudança testada, medida e análise de segurança.

A RDC Anvisa nº 36/2013 sustenta a organização do NSP e o gerenciamento sistemático de riscos; os métodos de melhoria contínua da IHI podem apoiar a execução, mas não substituem obrigações sanitárias, protocolos ou julgamento profissional [3,4].

38.03 Governança e dicionário de dados dos indicadores

Cada indicador terá ID, definição, finalidade, fórmula, unidade, numerador, denominador, inclusão, exclusão, frequência, estratificações, proprietário, mecanismo de coleta, método de auditoria e periodicidade de revisão. A mudança de fórmula gera nova versão e anotação do ponto de quebra da série temporal.

Sistemas HIS, PEP, LIS, RIS/PACS, portal e canais de suporte terão reconciliação com base em identificadores de episódio e timestamps. Não se aceitará relatório comercial sem transparência dos campos originais e sem possibilidade de recontagem por auditor autorizado.

38.04 Definição de coortes e população elegível

O programa deve definir população de internações elegíveis para Passaporte, diferenciando alta para domicílio, transferência, óbito, evasão, internação em UTI, ambulatório e day clinic. A contagem de altas pode diferir do número de pessoas únicas, pois um paciente pode internar mais de uma vez.

Métricas de seguimento consideram somente casos que têm possibilidade de seguimento e dados mínimos observáveis. Excluir pacientes sem internet pode inflar artificialmente a adesão digital; por isso, o denominador de cobertura deve incluir a oferta não digital e estratificar barreiras.

38.05 Integridade do cadastro e correspondência de paciente

O indicador de divergência de identidade contará ocorrências confirmadas de associação incorreta entre paciente, episódio ou documento; classificará quase erros e exposições efetivas. A medida por 1.000 documentos publicados não dispensa avaliação imediata de qualquer ocorrência grave.

Auditorias amostrais precisam confrontar os dois identificadores, o episódio, o número do pedido de exame e a titularidade do documento. Falhas sistêmicas exigem bloqueio e investigação mesmo quando a taxa agregada aparenta ser baixa.

38.06 Completude do Sumário de Alta e do plano de continuidade

Medir a proporção de sumários assinados com campos clínicos obrigatórios e de planos individuais com retorno, medicamentos, sinais de alerta e responsável por pendências. Campos vazios por legítima inaplicabilidade devem possuir código estruturado, e não ser confundidos com ausência acidental.

A completude formal não garante conteúdo correto: a amostra clínica deverá verificar pertinência de diagnóstico, conciliação, orientação e sequência de decisões. O modelo de informação do Sumário de Alta integra as referências para o esquema de dados, respeitado seu escopo de aplicação [5].

38.07 Conciliação medicamentosa e segurança farmacológica

O indicador primário será a taxa de altas com conciliação verificada, com decomposição por alta clínica, cirúrgica e pós-UTI. Complementar com discrepâncias relevantes detectadas após publicação, erros de dose e coexistência de medicamentos suspensos como se fossem domiciliares.

Casos confirmados de dano potencial grave não devem aguardar fechamento mensal. O programa precisa registrar se houve ação no PEP, notificação ao paciente e prevenção de recorrência, com supervisão do prescritor e farmácia clínica.

38.08 Acompanhamento de exames e resultados críticos

Medir o percentual de pendências com profissional responsável, previsão de liberação e registro de revisão, além do tempo entre disponibilização do resultado e decisão clínica documentada. Achados críticos terão análise separada por risco e prazos pactuados; uma média global pode ocultar demora inaceitável.

Na ausência de confirmação de leitura do portal, não se deve classificar resultado como comunicado. A metodologia AHRQ recomenda atribuir quem revisará os exames pendentes e como o paciente receberá a informação [6].

38.09 Qualidade da contrarreferência e circuito fechado

O sistema distinguirá documentos preparados, enviados, aceitos pelo destino, recebidos e consultas realmente realizadas quando essa evidência existir. Uma API com resposta 200 não demonstra que o médico da UBS consultou o sumário, nem que o paciente compareceu.

A estratificação por serviço de destino e linha de cuidado indicará gargalos, mas o hospital não deve assumir disponibilidade de integração municipal ou regulatória. Denominadores de atendimento efetivo só incluirão pacientes com fonte externa confiável autorizada e rastreável.

38.10 Segurança do paciente e eventos adversos

Os indicadores de risco abrangerão acessos indevidos, documentos de paciente errado, falha de comunicação de resultado crítico, perda de rastreabilidade de laudo retificado, descontinuidade de medicamento e recomendações inseguras. A classificação de gravidade será baseada em consequência clínica e exposição.

Eventos graves deverão ser avaliados pelo NSP e pelos responsáveis clínicos de forma imediata, independentemente de meta ou fechamento do painel. A análise de tendência empregará gráficos de controle ou métodos apropriados, com cautela diante de poucos casos [3].

38.11 Compreensão do paciente e educação pós-alta

O método de retorno explicativo permite verificar se o paciente consegue descrever medicações, sinais de alerta e próximos passos. O indicador avaliará proporção de pessoas elegíveis com verificação documentada, incluindo modalidade com cuidador quando autorizada.

Para evitar viés, a amostra deve incluir pessoas com baixa escolaridade, acesso não digital e dificuldades sensoriais. A qualidade não é demonstrada pelo fato de o paciente ter recebido um folheto ou clicado em “li e concordo” [6].

38.12 Experiência reportada pelo paciente e cuidador

Pesquisas após a alta usarão perguntas curtas sobre clareza das orientações, facilidade de acesso, sensação de segurança e resolução de dúvidas. A avaliação poderá combinar PREMs, análise de demandas e entrevistas qualitativas, observando consentimento ou outra base legal apropriada e privacidade.

Respostas de usuários digitais não devem representar toda a população atendida. O relatório incluirá taxa de resposta, distribuição por canal, idioma ou necessidade de apoio e limites de generalização; reclamações clínicas exigem circuito de resposta separado.

38.13 Adoção digital, cobertura e acesso alternativo

Cobertura do programa será expressa por pacientes elegíveis que receberam informação em canal digital ou alternativo, não apenas logins. Indicadores complementares medirão ativação, primeiro acesso útil, consulta de sumário, download de documento e sucesso em recuperar conta sem ajuda.

Contar logins repetidos ou notificações disparadas pode aumentar o número sem gerar benefício. A análise fará distinção entre paciente único, sessão e evento; uso por representante será sinalizado sem duplicar artificialmente cobertura.

38.14 Eficiência operacional e tempos de ciclo

O painel poderá medir tempo entre assinatura e publicação, tempo entre alta e disponibilização, idade de filas de integração, tempo até resposta de suporte e tempo de resolução de retificação. Reportar mediana, percentis e proporção acima do SLA interno é mais informativo que somente média.

Tempos são resultado de desenho de processo e capacidade instalada; metas iniciais serão aprovadas após medir baseline. A redução de tempo de assinatura nunca pode ocorrer às custas de omitir revisão clínica e orientação do paciente.

38.15 Disponibilidade tecnológica e confiabilidade das integrações

Os indicadores incluirão disponibilidade por função, falhas de autenticação, integrações em atraso, divergência entre versões, sucesso de recuperação e resultado de testes de restauração. O tempo total do portal no ar não deve ocultar indisponibilidade de visualização PACS ou exportação de laudos.

O relatório de confiabilidade separará indisponibilidade planejada, incidente não planejado e impacto assistencial. Para cada falha importante haverá comunicação, contingência e análise de causa, vinculada ao Plano de Continuidade Tecnológica do Capítulo 35.

38.16 Indicadores de segurança da informação e privacidade

Medir eventos confirmados de acesso não autorizado, solicitações de titulares respondidas, tentativas de acesso cruzado impedidas, permissões revisadas, credenciais revogadas e incidentes avaliados. Proporções não devem levar a esconder ocorrências; são métricas de detecção e prevenção.

A LGPD exige governança proporcional ao tratamento de dados de saúde. Incidentes passíveis de comunicação serão avaliados conforme os critérios e prazos da Resolução CD/ANPD nº 15/2024, com distinção entre incidente confirmado e suspeita técnica [7,8].

38.17 Desfechos clínicos e atribuição causal responsável

Readmissão em 7 ou 30 dias, retorno não planejado a urgência, comparecimento a seguimento e eventos adversos pós-alta podem ser analisados, desde que haja definição de população, janela, eventos planejados e capacidade de observação. Readmissões fora da rede podem não ser captadas.

Comparações antes/depois são vulneráveis a composição dos casos, sazonalidade, mudanças de serviço e maturidade do hospital. Uma queda de readmissão não pode ser atribuída automaticamente ao Passaporte sem desenho de avaliação adequado e ajustes de risco.

38.18 Estratificação por linha de cuidado e complexidade

A governança deverá observar UTI, clínica médica, cirurgia geral, neurocirurgia, vascular e demais linhas, respeitando volume mínimo e proteção contra reidentificação. Pacientes com múltiplos diagnósticos e longa internação podem ter maior probabilidade de retorno, mesmo com processo de alta excelente.

A avaliação incorporará complexidade clínica e destino de alta ao comparar grupos. Painéis públicos ou compartilhados não deverão expor pequenos grupos que permitam inferir condição de paciente específico.

38.19 Equidade e acessibilidade como dimensões mensuráveis

Monitorar disponibilidade de alternativa impressa, resolução assistida, sucesso por dispositivo, necessidade de cuidador, acessibilidade para deficiência e acesso por área de destino, quando legalmente apropriado. Barreiras de acesso devem disparar melhoria, não exclusão silenciosa do denominador.

A PNISD de 2026 enfatiza saúde digital centrada no cidadão, letramento e equidade. A informação de condição social ou deficiência deverá ser tratada sob regras de minimização, finalidade e proteção reforçada [9].

38.20 Qualidade do dado, auditoria e reconciliação

Faltas de timestamp, duplicidade, diferenças entre alta administrativa e alta clínica, documentos de versão antiga e perdas de log precisam de indicador próprio. A amostragem mensal verificará contagens em fontes independentes, com rastreamento da transformação de dados até o painel.

Quando uma fonte falhar, o painel mostrará “dado indisponível” e período afetado, evitando registrar zero como se não houvesse evento. Cada correção de histórico terá versão do cálculo e nota de revisão.

38.21 Metas, limites de controle e alertas gerenciais

Metas iniciais serão propostas após linha de base e análise de risco; percentuais arbitrários criam incentivo a alterar denominadores. Eventos-sentinela críticos exigem ação mesmo quando a métrica agregada fica dentro do alvo. Indicadores técnicos poderão ter alertas automatizados e auditoria humana.

O painel mensal distinguirá sinal estatístico de ruído e apresentará explicações de tendências, medidas aplicadas e responsáveis. Um semáforo por si só não substitui avaliação clínica nem análise da variação de processos.

38.22 Ciclo PDSA e pactuação das melhorias

O comitê escolherá problema prioritário, formulará hipótese, planejará intervenção restrita, observará resultado e efeitos colaterais, estudará variações e decidirá adaptação, abandono ou expansão. Os registros incluirão data, serviço piloto, medidas e aprendizado.

Exemplo: após constatar muitos retornos sem orientação medicamentosa, testar checklist farmacêutico em uma enfermaria, medir compreensão e tempo de alta e só então ampliar. Toda intervenção mantém caminho de contingência e segurança clínica [4].

38.23 Relatórios, prestação de contas e confidencialidade

A gestão institucional receberá painel executivo de riscos e resultados; coordenações assistenciais terão relatórios de melhoria; direção técnica terá alertas de segurança. Eventuais relatórios para administração pública obedecerão contrato, indicadores pactuados, confidencialidade e informação validada.

Não publicar dados pessoais ou pequenas células em apresentações abertas. O painel deve explicitar se a unidade está em projeto, piloto ou operação, e evitar prometer desempenho não medido.

38.24 Critérios de aceite do sistema de indicadores

A homologação exige cálculo reproduzível, fonte confiável, competência para interpretação, dicionário versionado, testes com casos de borda e impossibilidade de manipular denominadores sem registro. Cada indicador contará com proprietário e plano de auditoria.

O uso gerencial só começará depois de validar dados de teste e, quando adequado, um período inicial de observação. Indicadores inconclusivos permanecerão identificados, sem transformar estimativas preliminares em evidência científica de benefício.

Matriz de requisitos e instrumentos de implementação

O quadro deve ser convertido em registros controlados, vinculados ao identificador de episódio, ao POP ou requisito correspondente e à evidência de teste. Nenhum proprietário de processo deve ser presumido sem designação nominal.

Código	Indicador	Fórmula resumida	Periodicidade	Proprietário
PAS-IND-01	Altas com sumário válido	Sumários assinados e completos ÷ altas elegíveis	Mensal	Direção técnica
PAS-IND-02	Conciliação de alta	Altas com revisão documentada ÷ altas elegíveis	Mensal	Farmácia / médico
PAS-IND-03	Pendências com dono	Exames pendentes com responsável e prazo ÷ total pendente	Semanal	Coordenação clínica
PAS-IND-04	Compreensão demonstrada	Teach-back adequado ÷ pacientes avaliados	Mensal	Enfermagem
PAS-IND-05	Cobertura efetiva	Pacientes com acesso digital ou alternativa ÷ elegíveis	Mensal	Experiência
PAS-IND-06	Publicação íntegra	Documentos íntegros ÷ documentos amostrados	Mensal	Qualidade + TI

Matriz RACI e responsabilidades de governança

R significa executor, A a autoridade que presta contas, C o consultado. A atribuição operacional não altera automaticamente a responsabilidade médica pelo caso, nem os deveres de controlador e operador de dados. A direção formalizará substituições, plantão e escalonamento.

Ator	Papel	Responsabilidade ou evidência
Direção técnica	A clínica	Valida interpretação e ações sobre indicadores assistenciais
NSP / Qualidade	R/A método	Padroniza dicionário, audita e lidera melhoria
TI / BI	R	Extrai, integra e documenta transformações
Farmácia / enfermagem	R/C	Valida indicadores de medicação e educação
Coordenação de atendimento	R/C	Valida suporte, acesso e experiência
Encarregado de dados	C	Minimização, agregação e controle de acesso
Direção institucional	A gerencial	Aprova metas, recursos e plano corretivo

Matriz de riscos, gravidade e barreiras de prevenção

A classificação inicial abaixo é proposta para debate; gravidade, probabilidade, exposição e detecção deverão ser reavaliadas com dados locais. Falha crítica com potencial de dano

ao paciente ou divulgação indevida justifica bloqueio da atividade afetada até correção demonstrada.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira recomendada
Denominador exclui paciente sem internet	Alto	Definir elegibilidade universal e estratificação
Média mascara atrasos graves	Alto	Usar mediana, P90 e eventos extremos
Série muda após atualização de sistema	Médio	Versionar cálculo e registrar quebra
Pequenos grupos permitem reidentificar	Alto	Supressão e governança de divulgação
Meta incentiva publicação sem revisão	Crítico	Indicadores de equilíbrio e auditoria
Readmissão atribuída sem controle adequado	Alto	Método e limitações explícitos

Testes de segurança clínica, processo e homologação

Cenário de verificação	Resultado exigido
Paciente tem duas internações no mês	Contagem de alta por episódio; pessoa única separada
Sumário assinado mas sem medicação final	Não conta como completo na métrica clínica
Exame pendente marcado concluído sem revisão	Métrica não dá crédito sem evento clínico
Paciente recebe via impressa sem login	Conta na cobertura assistencial, não na adesão digital
Falha de LIS produz ausência de dado	Painel registra indisponível, não zero
Readmissão planejada em 30 dias	Classificação coerente com definição pactuada
Indicador reprocessado após correção	Histórico de versão e rastreabilidade

Indicadores, fórmula e interpretação operacional

Indicador	Definição, cálculo ou base de medida
Incidentes identificatórios	Ocorrências confirmadas ÷ documentos publicados × 1.000
Falha de comunicação crítica	Achados críticos sem registro de ação ÷ achados críticos
Tempo de publicação	Mediana e P90 entre assinatura e portal disponível
Uso clínico relevante	Pacientes únicos que abriram sumário ÷ elegíveis digitais
Carga de suporte	Chamados por 100 altas e P90 de resolução

Instrumento operacional 38-A — dicionário mínimo e interpretação

O dicionário deve ser homologado em planilha ou catálogo controlado antes do BI. As fórmulas abaixo são propostas institucionais; a ficha completa estabelecerá inclusões, exclusões, população, janela e regra de reprocessamento.

Código	Definição resumida	Cuidado metodológico
SA-01	Sumário clinicamente completo e assinado	Auditoria amostral da correção do conteúdo
MED-02	Conciliação documentada antes da saída	Distinguir revisão administrativa de clínica

Código	Definição resumida	Cuidado metodológico
PEN-03	Pendência revisada com ação registrada	Não equivaler leitura do portal a contato
EDU-04	Paciente compreende sinais de alerta	Registrar modalidade/apoio do cuidador
TEC-05	Disponibilidade da função crítica	Medição por serviço e canal
EQ-06	Cobertura por alternativa não digital	Não excluir grupo vulnerável do denominador

Plano de execução e controle em cinco etapas

Etapa	Ação, requisito e evidência
1. Diagnóstico e inventário	Mapear realidade institucional, unidade, equipe, sistemas, documentos, responsáveis, riscos e dependências de contrato.
2. Desenho controlado	Aprovar escopo, POPs, dados, acessibilidade, materiais, RACI, comunicação, testes negativos e plano de contingência.
3. Treinamento e homologação	Realizar simulações com dados sintéticos, registro formal de erros, avaliação de prática e retestes.
4. Piloto supervisionado	Monitorar casos, equipe e indicadores em escopo limitado, com autoridade clínica de suspensão.
5. Avaliação e expansão	Corrigir falhas, comparar resultados com critérios pactuados e registrar decisão de go/no-go para a onda seguinte.

Casos clínicos e operacionais para decisão segura

Situação realista	Conduta institucional esperada
100 altas e 95 sumários disponíveis; cinco com receita incorreta	Não declarar completude de 95%; validar requisitos clínicos e medir discrepâncias
Taxa de acesso digital cai porque aumentaram pacientes idosos	Estratificar sem punir grupo; avaliar inclusão e oferta de alternativa
Readmissão cai após melhora geral da assistência hospitalar	Não atribuir causalidade isolada ao Passaporte; exigir comparação adequada

Checklist para aceite institucional — go/no-go

☐ Requisitos, responsabilidades nominais e versões documentais formalizados.

☐ Segurança da identificação, assinatura e vínculo do episódio demonstrada.

☐ Prescrição de alta, pendências e sinais de alerta validados clinicamente.

☐ Representantes, perfis de acesso e LGPD avaliados por responsável competente.

☐ Cenários negativos e contingência testados com evidência reproduzível.

☐ Equipe coberta em todos os turnos envolvidos e aptidão prática registrada.

☐ Indicadores têm fontes, denominadores, proprietários e limites definidos.

☐ Alternativa não digital disponível e validada com usuários elegíveis.

☐ Condições contratuais e eventuais integrações externas verificadas.

☐ Riscos críticos corrigidos ou escopo afetado formalmente suspenso.

Referências técnico-científicas, sanitárias e de governança

Fontes consultadas em novembro de 2026. Verificar redações consolidadas e atualizações na fase de contratação ou homologação. Guias de melhoria e segurança de entidades internacionais não constituem exigências legais brasileiras por si sós.

1. World Health Organization. Quality health services: planning guide / quality-of-care measurement approaches. Disponível em: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-health-services.

2. AHRQ. Tool 3: How to Deliver the Re-Engineered Discharge at Your Hospital. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool3.html.

3. Anvisa. Resolução RDC nº 36/2013, ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013.

4. Institute for Healthcare Improvement. Model for Improvement / Plan-Do-Study-Act cycles. Disponível em: https://www.ihi.org/library/model-for-improvement.

5. Ministério da Saúde. Legislação da RNDS, Modelo de Informação do Sumário de Alta, Portaria GM/MS nº 8.026/2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao.

6. AHRQ. Tool 3: How to Deliver the Re-Engineered Discharge at Your Hospital. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool3.html.

7. Brasil. Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

8. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024, Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis.

9. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=9882&cod_modulo=310&desItem=&desItemFim=&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00012301&orgao=GM%2FMS&seqAto=000&tipo=POR&valorAno=2026.

Registro de validação, ressalvas e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência
Direção técnica e chefias assistenciais	Pendente — parecer sobre segurança clínica, tarefas e responsabilidades.
NSP / Qualidade	Pendente — revisão de riscos, procedimentos e indicadores.
Tecnologia e segurança	Pendente — validação de sistemas, acesso, logs e continuidade.
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — análise de bases legais, privacidade e contratos.
Direção institucional	Pendente — decisão formal sobre recursos, implantação e expansão.
Controle editorial	v0.1 — minuta, 02/11/2026; sem autorização de operação produtiva.

Termo de deliberação final e condicionantes

A aprovação do texto como capítulo do manual é distinta da homologação assistencial, tecnológica e contratual. A autorização de operação exige demonstração do controle do paciente correto, autoria, prescrição, pendências pós-alta, proteção de dados, equipe treinada, contingência e capacidade de corrigir falhas.

Questão para deliberação	Campo de registro
Riscos críticos pendentes	( ) Não ( ) Sim. Medidas/escopo afetado: _____
Testes documentados	Relatório, versão, data e aprovador: _____
Cobertura de equipe e suporte	Unidades, turnos e responsáveis: _____
Dependências de fornecedor ou rede pública	Status e alternativa segura: _____
Decisão	( ) Aprovar ( ) Aprovar com condições ( ) Devolver para revisão
Data de revisão	___/___/_____ | Próxima avaliação: ___/___/_____

Assinaturas de responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ___/___/_____

Coordenação de Qualidade / NSP: _____ Data: ___/___/_____

Tecnologia / Segurança da Informação: _____ Data: ___/___/_____

Jurídico / Encarregado LGPD: _____ Data: ___/___/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ___/___/_____

Histórico: v0.1 — minuta técnico-institucional submetida à revisão editorial; registrar alterações de critérios, bibliografia, papéis e testes em versões sucessivas.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 39

IMPLANTAÇÃO POR FASES, PRODUTO MÍNIMO VIÁVEL, PILOTO, TESTES E HOMOLOGAÇÃO

Plano técnico-assistencial de implantação incremental do Passaporte Digital Canaã, com escopo mínimo viável, arquitetura de ambientes, critérios de aceite, piloto monitorado, go/no-go, contingência e expansão responsável.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 39 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–35 aprovados; capítulos 36–39 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Plano técnico-assistencial de implantação incremental do Passaporte Digital Canaã, com escopo mínimo viável, arquitetura de ambientes, critérios de aceite, piloto monitorado, go/no-go, contingência e expansão responsável. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

Este capítulo integra a Parte VIII — Processos, Implantação e Avaliação. As medidas propostas devem ser pactuadas na realidade do Hospital Canaã; obrigações legais, diretrizes científicas e escolhas internas não são equivalentes. Este texto editorial não autoriza início de serviço ou integração com dados reais. O prontuário eletrônico permanece como fonte primária das decisões clínicas, e toda funcionalidade digital depende de prova de segurança e aprovação institucional.

39.01 Princípios da implantação segura

A implantação seguirá fases curtas com evidência, não uma ativação integral baseada em demonstração de fornecedor. O produto mínimo viável (MVP) deverá alcançar segurança

clínica real: identificação, sumário assinado, medicamentos de alta, orientações, acesso seguro e suporte não digital. Recursos complementares só serão adicionados após estabilidade comprovada.

Inovação tecnológica não autoriza divulgação de informação clínica incompleta ou prescrição não validada. A direção técnica poderá impedir ou suspender funcionalidade quando houver risco; o projeto manterá continuidade assistencial por meios alternativos e trilha de decisões [1,2].

39.02 Governança de projeto e instâncias deliberativas

O programa terá patrocinador institucional, diretor técnico como autoridade clínica, gerente de projeto, líderes de TI/segurança, qualidade/NSP, farmácia, enfermagem e encarregado de dados. Comitê de implantação receberá cronograma, riscos, dependências, evidências de teste e plano de comunicação.

As decisões de fase registrarão quem recomenda e quem aprova, com critérios claros para não aprovação. Fornecedor pode comprovar funcionalidade técnica, mas não substitui aceite institucional da semântica clínica, da segurança e dos processos assistenciais.

39.03 Fase zero: diagnóstico de prontidão do Hospital Canaã

Antes de especificar funcionalidades, inventariar sistemas existentes ou pretendidos, estado da infraestrutura, disponibilidade de internet, HIS/PEP, LIS, RIS/PACS, prescrição, autenticação, contratos e conformidade de dados. O edifício e a capacidade planejada não comprovam que interfaces já existam.

Documentar gaps, proprietários de sistemas, fontes de verdade e restrições contratuais. A implantação prevista no Hospital Canaã em São Paulo é cenário de projeto e dependerá de licenças, autorizações, contratação, integração e testes efetivos.

39.04 Fase um: escopo clínico do MVP

O MVP deve entregar cadastro seguro, vinculação de episódio, Sumário de Alta médico validado, diagnóstico e evolução essencial, prescrição domiciliar conciliada, alergias, plano de continuidade e sinalização de pendências. A visualização exige indicação de data, autoria, estado e versão para não confundir informação antiga com conduta atual.

MVP não é sinônimo de portal de login vazio, PDF sem assinatura ou captura automática de prontuário indiscriminado. O comitê definirá campos obrigatórios por categoria de alta e caminho assistido para pacientes sem acesso digital [3].

39.05 Fase um: exclusões deliberadas do MVP

Integração RNDS produtiva, aplicativo próprio, chat clínico 24 horas, interoperabilidade municipal e DICOMweb completo poderão ficar fora da primeira versão quando dependências ou riscos não estiverem resolvidos. Exclusão deve ser explícita, com alternativa segura, responsável e cronograma condicional.

Nunca anunciar como serviço disponível algo apenas contratado, desenhado ou testado em sandbox. A comunicação institucional e o consentimento/avisos de privacidade usarão capacidades reais, com atualização após cada ativação.

39.06 Requisitos clínicos mínimos de segurança

A ficha de aceite clínico contemplará concordância paciente-episódio, autoria e assinatura, medicamentos corretos, alertas de alergias, exames pendentes com dono, orientação de sinais de alerta, acessibilidade e fluxo de correção. Falha de um requisito crítico bloqueará o go-live da funcionalidade correspondente.

A equipe medirá adequação em clínica médica e cirurgia, incluindo alta da UTI. A titularidade do paciente cirúrgico permanece do cirurgião, com cogestão do hospitalista e responsabilidades próprias do intensivista durante a terapia intensiva.

39.07 Arquitetura de ambientes segregados

Desenvolvimento, teste, homologação, treinamento e produção serão separados. Cenários funcionais terão dados sintéticos; uso excepcional de dado real em teste demanda justificativa, análise de risco, base legal e salvaguardas, com aprovação institucional. A segregação de credenciais, certificados e repositórios é obrigatória por política local.

Ambientes espelho sem controle de acesso ampliam exposição desnecessária. Logs de teste, capturas de tela e relatórios precisarão de proteção proporcional e prazo de retenção definido. O controle de alteração de versão deverá indicar exatamente o código e as configurações submetidos ao teste [4].

39.08 Catálogo de requisitos e rastreabilidade de testes

Cada requisito receberá ID, origem, prioridade, responsável, risco, cenário de teste, evidência, resultado e versão. Requisitos clínicos serão vinculados aos POPs; os requisitos técnicos às interfaces, autenticação, disponibilidade e contratos. A ficha não se considerará concluída com um “funciona” sem reprodução documentada.

Exemplo: requisito PAS-ALTA-016 exige que laudo retificado não apareça como vigente; cenário simulado com dois laudos testa a regra, com registro do evento, captura segura e validação médica. O catálogo permite auditoria de regressão e impacto de mudanças.

39.09 Testes unitários, contratuais e de integração

Os testes unitários inspecionam validações de campo e permissões; os contratuais garantem compatibilidade de APIs; os integrados confirmam origem de dados, versionamento, mapeamento semântico e disponibilidade de documento. Cada fornecedor deverá identificar responsabilidades em falha de dados ou conectividade.

Cenários obrigatórios: paciente homônimo, médico sem assinatura, receita desatualizada, estudo de TC pertencente a outro episódio, resultado crítico pós-alta e falha parcial em fila. A integração não estará homologada se apenas a interface visual funcionar.

39.10 Testes adversariais de segurança e privacidade

A homologação exigirá tentativa de acesso cruzado, alteração manual de ID em URL, sessão expirada, representante revogado, força bruta, troca de contato, download com link antigo e proteção de API. Incidentes e respostas deverão ser reproduzíveis, com evidência de correção e novo teste.

Recomendações técnicas do OWASP e da ANPD orientam a avaliação. Tratamento de dados de saúde requer minimização e controle de acesso, tanto em infraestrutura própria como em nuvem terceirizada [5,6].

39.11 Testes de assinatura, versão e integridade documental

Um Sumário de Alta só pode ser exibido como definitivo após autoria e assinatura compatíveis com o regime aplicável. O teste demonstrará emissão, correção formal, invalidação da versão anterior, rastreamento de cópias e impossibilidade de substituição silenciosa.

A mesma lógica será aplicada a prescrição, laudo anatomopatológico e imagem vinculada ao estudo correto. Quando um documento estiver pendente, a interface deve descrevê-lo como tal, e não ocultar incerteza nem presumir conclusão automática.

39.12 Testes de acessibilidade e alternativa não digital

As tarefas essenciais deverão ser executáveis por usuários com necessidades de acessibilidade, incluindo navegação por teclado, contraste, leitores de tela e linguagem clara. O guia WCAG 2.2 oferece referencial técnico; critérios legais específicos serão verificados na contratação.

O teste incluirá paciente sem smartphone, ausência de e-mail, baixo letramento, representante autorizado e paciente sem acesso à internet. O atendimento assistido e a entrega impressa devem permitir continuidade do tratamento sem imposição de ferramenta digital [7].

39.13 Teste de segurança clínica com simulação multiprofissional

O piloto funcional deverá incluir médico, enfermagem, farmácia, atendimento, TI, qualidade e um avaliador clínico. Cada simulação percorrerá da alta à entrega e à eventual ligação pós-alta, observando não apenas o sistema mas a decisão humana e o fluxo real de comunicação.

Casos de alto risco incluem alta após UTI, cirurgia de coluna, anticoagulação, alergia grave e anatomopatológico pendente. O roteiro definirá resposta esperada, decisão segura e razão de reprovação; falhas que exponham o paciente exigem correção antes de novos ciclos [1].

39.14 Seleção da unidade piloto e elegibilidade

A unidade inicial poderá incluir enfermaria clínica e amostra cirúrgica de baixa complexidade documental, a depender da prontidão. A seleção não exclui pacientes vulneráveis; prevê alternativa segura e apoio reforçado. Amostras de validação precisam cobrir situações de risco embora o volume inicial seja limitado.

O desenho deverá estabelecer início e encerramento do piloto, número estimado de altas, equipe de apoio, disponibilidade de auditor e critérios de parada. Nenhum limite numérico deve ser apresentado como obrigação legal; a escolha será justificada pelo risco e capacidade.

39.15 Operação assistida e hiperacompanhamento

Durante a fase piloto, superusuários, suporte técnico e supervisor clínico acompanharão cada turno e registrarão falhas, dúvidas e retrabalho. Auditoria poderá revisar integralmente uma amostra de altas para identificar ausência de medicamentos, divergências e problemas de acesso.

Toda ocorrência terá prioridade, responsável, prazo e decisão. A direção técnica receberá comunicação imediata de riscos críticos, podendo suspender publicação ou canal afetado sem interromper cuidados de rotina.

39.16 Critérios de go/no-go e veto de segurança

O comitê poderá aprovar, aprovar com condições, restringir escopo ou não aprovar a fase. Veto absoluto à função afetada ocorrerá diante de documento de paciente errado, prescrição exposta sem validação, acesso indevido confirmado, ausência de responsável por resultado crítico ou inexistência de contingência executável.

Metas quantitativas iniciais serão definidas após testes e linha de base. A aprovação exige evidência, não opinião genérica de satisfação; risco residual relevante deverá ser reconhecido pela autoridade competente e jamais reclassificado sem justificativa.

39.17 Roteiro de contingência, reversão e saída segura

Antes de ativar, testar interrupção de internet, falha de PEP, indisponibilidade de PACS e desligamento do fornecedor. A rotina deve recuperar documentos válidos, preservar prescrições assinadas e possibilitar entrega assistida; o plano de rollback define quem decide, comunica e reconcilia informações.

Quando a reversão ocorrer após publicação, será necessário proteger versões já disponibilizadas e comunicar retificações relevantes. Não apagar trilhas nem criar documentações clínicas paralelas de difícil reconciliação [8].

39.18 Integração externa e homologação nacional

A adequação ao HL7 FHIR R4 não equivale a acesso produtivo à RNDS. A troca de dados com sistemas nacionais ou municipais dependerá de modelos oficiais, credenciais, ambiente, testes, instrumentos jurídicos, autorização e pactuação conforme o caso. O Passaporte deverá funcionar em escopo interno sem pressupor tais conexões.

O comitê deverá manter inventário de dependências e status público verdadeiro: projetado, em desenvolvimento, em testes internos, homologado tecnicamente, autorizado e operando. Nenhum paciente poderá ser induzido a acreditar que sua UBS já recebeu o sumário se não houver envio confirmado [3,9].

39.19 Escalonamento por ondas e marcos de liberação

A expansão proposta segue ondas: preparação; MVP em unidade piloto; extensão a enfermarias; integração com diagnósticos; inclusão de UTIs; canais adicionais de comunicação; interoperabilidade externa quando autorizada. A sequência real pode ser alterada por risco, maturidade e contrato.

Cada onda terá ato de abertura, metas de processo, requisitos mínimos, treinamento, janela de observação e ata de aceite. Falhas críticas na onda anterior impedem abertura da seguinte até comprovar eficácia da medida corretiva.

39.20 Gestão de versões, regressão e mudanças futuras

Toda correção de software ou alteração de campo obrigatório gera análise de impacto e conjunto mínimo de testes de regressão. Componentes clínicos exigirão inspeção por profissional de saúde, inclusive quando a modificação parecer apenas técnica ou visual.

Integrações de PEP, laboratório e PACS podem falhar de modo silencioso após atualização de fornecedor; monitoramento de versão, comparação de mensagens e amostras clínicas são controles permanentes. Registrar retirada de funcionalidades para impedir surpresa ao paciente.

39.21 Plano de comunicação institucional e com usuários

Antes do piloto, a unidade deverá explicar a pacientes e colaboradores o que o Passaporte oferece, limitações, quem pode acessar e como obter documentos sem internet. Durante indisponibilidades, informar o que está afetado, alternativas e canal responsável, sem difundir diagnóstico por mensagem aberta.

Mensagens não devem prometer monitoramento clínico contínuo, integração municipal ou atendimento de urgência por chat se esses serviços não estiverem efetivamente disponíveis e cobertos por escala. Atualizações de oferta serão vinculadas a aceite operacional.

39.22 Cronograma, orçamento e dependências críticas

O plano diretor incluirá marcos, responsáveis, caminhos críticos, contratos, tecnologia, pessoal, treinamento, acessibilidade, proteção de dados e manutenção. Custos de integração, licenças, nuvem, mensageria, suporte, auditoria e contingência serão estimados por cenário.

Não se deve assumir financiamento público, contrato municipal ou recebimento automático de dados de toda a rede. A previsão orçamentária inicial será ajustada após cotação, dimensionamento real e avaliação de benefício clínico.

39.23 Documentos obrigatórios do dossiê de homologação

O dossiê reunirá requisitos versionados, matriz de riscos, inventário de dados e fornecedores, POPs, política de acessos, evidências de assinatura, testes funcionais e negativos, simulação de contingência, avaliação de acessibilidade, indicadores de baseline e termo de aceite.

Também incluirá treinamento por turno, registro de incidentes simulados, documentação de interfaces, parecer de LGPD e autorizações de integração externas quando aplicáveis. Sem essa documentação não haverá evidência suficiente para declaração institucional de operação segura.

39.24 Avaliação após piloto e decisão de consolidação

Ao final do piloto, comparar resultados com expectativas previamente estabelecidas e documentar efeitos não previstos: tempo de alta, correção de medicação, acesso, chamados, compreensão do paciente e eventos de segurança. Questões metodológicas e limitações de amostra serão explicitadas.

O comitê decidirá manter o escopo, corrigir, restringir ou ampliar, com ata, responsáveis, orçamento e calendário de reavaliação. A etapa seguinte é o Capítulo 40: avaliação continuada dos resultados, sustentabilidade e revisão estratégica do programa.

Matriz de requisitos e instrumentos de implementação

O quadro deve ser convertido em registros controlados, vinculados ao identificador de episódio, ao POP ou requisito correspondente e à evidência de teste. Nenhum proprietário de processo deve ser presumido sem designação nominal.

Função ou fase	Competência / finalidade	Evidência de execução
0 — Prontidão institucional	Inventário, contratos e responsabilidades	Mapa de lacunas e riscos
1 — MVP interno	Identificação, sumário, medicação e plano	Teste clínico e assinatura
2 — Piloto assistido	Unidade definida e equipe treinada	Auditoria dos casos e suporte
3 — Expansão de internações	Clínica/cirurgia com critérios de aceite	Indicadores e contingência
4 — Diagnósticos e UTI	LIS/RIS/PACS e equipes complexas	Testes de retificação e risco
5 — Integrações externas	Somente após credenciamento e pacto	Evidência de homologação e autorização

Matriz RACI e responsabilidades de governança

R significa executor, A a autoridade que presta contas, C o consultado. A atribuição operacional não altera automaticamente a responsabilidade médica pelo caso, nem os deveres de controlador e operador de dados. A direção formalizará substituições, plantão e escalonamento.

Ator	Papel	Responsabilidade ou evidência
Direção institucional	A	Decisão de recursos, fase e aceite final
Direção técnica	A clínica	Autoridade para liberar ou suspender por risco assistencial
Gerente de projeto	R	Cronograma, riscos e dossiê de homologação
Enfermagem / farmácia / médicos	R/C	Testes de alta real e verificação de conteúdo
TI / segurança	R	Arquitetura, interfaces, testes e contingência
NSP / qualidade	C/R	Avaliação de risco, incidentes e monitoramento
Encarregado / jurídico	C	LGPD, contratos e compartilhamentos
Fornecedor	R técnico limitado	Correção do produto e evidências contratuais

Matriz de riscos, gravidade e barreiras de prevenção

A classificação inicial abaixo é proposta para debate; gravidade, probabilidade, exposição e detecção deverão ser reavaliadas com dados locais. Falha crítica com potencial de dano ao paciente ou divulgação indevida justifica bloqueio da atividade afetada até correção demonstrada.

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira recomendada
Abrir portal sem sumário assinado	Crítico	Veto clínico de publicação
Teste só com dados corretos e casos fáceis	Crítico	Cenários negativos e equipe multiprofissional

Modo de falha	Severidade inicial	Barreira recomendada
Piloto sem suporte noturno	Alto	Cobertura e contingência por turno
Homologação técnica confundida com autorização RNDS	Alto	Status explícito e validação formal
Atualização rompe integração silenciosamente	Alto	Regressão automatizada e amostra clínica
Expansão antes de corrigir falha grave	Crítico	Go/no-go com autoridade de veto

Testes de segurança clínica, processo e homologação

Cenário de verificação	Resultado exigido
Homônimo e episódio trocado	Bloqueia publicação e aciona reconciliação
Sumário sem assinatura	Portal não rotula nem libera como definitivo
Paciente sem internet	Recebe plano e sumário por via alternativa
Laudo crítico liberado após alta	Aciona responsável clínico; não basta alerta push
Representante revogado tenta abrir link antigo	Backend bloqueia a operação
PACS indisponível em dia de alta	Contingência e comunicação fiel
Falha após alteração de fornecedor	Rollback ou correção antes de ampliar
Aplicação declara integração externa	Evidência de credenciamento/aceite e autorização

Indicadores, fórmula e interpretação operacional

Indicador	Definição, cálculo ou base de medida
Aceite de testes críticos	Cenários críticos aprovados ÷ executados
Defeitos bloqueantes em aberto	Contagem e idade por risco
Cobertura de capacitação	Profissionais habilitados ÷ elegíveis
Completude de alta	Altas com sumário, receita e plano adequados ÷ elegíveis
Segurança e confiabilidade	Incidentes críticos e disponibilidade por função

Instrumento operacional 39-A — matriz de portas de qualidade (quality gates)

As portas são decisões clínicas, técnicas e institucionais verificáveis. A aprovação de requisitos mínimos deve preceder qualquer piloto com dados reais; as evidências serão anexadas ao dossiê e assinadas por responsáveis.

Porta de qualidade	Critérios mínimos de liberação	Autoridade principal
G0 Escopo	Projeto, recursos, matriz legal e fontes de dados	Direção institucional
G1 Dados e segurança	Identidade, autorização e versões verificadas	TI, encarregado e diretor técnico
G2 Alta clínica	Sumário, receita, PICA, resultado pendente	Direção técnica
G3 Usuário real	Acessibilidade, apoio e alternativa impressa	Coordenação assistencial
G4 Contingência	Falha e recuperação demonstradas	Direção técnica + TI
G5 Piloto	Equipe treinada, risco crítico corrigido, monitoramento	Comitê de implantação
G6 Expansão	Indicadores, incidentes e aceite da onda anterior	Direção institucional

Plano de execução e controle em cinco etapas

Etapa	Ação, requisito e evidência
1. Diagnóstico e inventário	Mapear realidade institucional, unidade, equipe, sistemas, documentos, responsáveis, riscos e dependências de contrato.
2. Desenho controlado	Aprovar escopo, POPs, dados, acessibilidade, materiais, RACI, comunicação, testes negativos e plano de contingência.
3. Treinamento e homologação	Realizar simulações com dados sintéticos, registro formal de erros, avaliação de prática e retestes.
4. Piloto supervisionado	Monitorar casos, equipe e indicadores em escopo limitado, com autoridade clínica de suspensão.
5. Avaliação e expansão	Corrigir falhas, comparar resultados com critérios pactuados e registrar decisão de go/no-go para a onda seguinte.

Casos clínicos e operacionais para decisão segura

Situação realista	Conduta institucional esperada
Fornecedor demonstra interface com dados sintéticos, sem assinatura	Produto não atende MVP clínico; reprovar a porta de alta
Paciente de cirurgia de coluna não sabe sinais de alerta	Reforçar educação, teach-back e plano antes de encerrar fluxo
Portal está estável, mas PACS retorna exames de outro episódio	Suspender visualização de imagem e corrigir identidade e mapeamento

Checklist para aceite institucional — go/no-go

☐ Requisitos, responsabilidades nominais e versões documentais formalizados.

☐ Segurança da identificação, assinatura e vínculo do episódio demonstrada.

☐ Prescrição de alta, pendências e sinais de alerta validados clinicamente.

☐ Representantes, perfis de acesso e LGPD avaliados por responsável competente.

☐ Cenários negativos e contingência testados com evidência reproduzível.

☐ Equipe coberta em todos os turnos envolvidos e aptidão prática registrada.

☐ Indicadores têm fontes, denominadores, proprietários e limites definidos.

☐ Alternativa não digital disponível e validada com usuários elegíveis.

☐ Condições contratuais e eventuais integrações externas verificadas.

☐ Riscos críticos corrigidos ou escopo afetado formalmente suspenso.

Referências técnico-científicas, sanitárias e de governança

Fontes consultadas em novembro de 2026. Verificar redações consolidadas e atualizações na fase de contratação ou homologação. Guias de melhoria e segurança de entidades internacionais não constituem exigências legais brasileiras por si sós.

1. Anvisa. Resolução RDC nº 36/2013, ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013.

2. AHRQ. Tool 2: How to Begin the Re-engineered Discharge Implementation at Your Hospital. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool2.html.

3. Ministério da Saúde. Legislação da RNDS, Modelo de Informação do Sumário de Alta, Portaria GM/MS nº 8.026/2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao.

4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301, de 27/10/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&cod_menu=9882&cod_modulo=310&desItem=&desItemFim=&nomeTitulo=codigos&numeroAto=00012301&orgao=GM%2FMS&seqAto=000&tipo=POR&valorAno=2026.

5. Brasil. Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

6. OWASP. API Security Top 10 — 2023 Disponível em: https://api-security.owasp.org/editions/2023/en/0x11-t10/.

7. W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Disponível em: https://www.w3.org/TR/WCAG22/.

8. NIST. Cybersecurity Framework 2.0, governança, identificação, proteção, detecção, resposta e recuperação. Disponível em: https://www.nist.gov/cyberframework.

9. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS; HL7 FHIR R4 e modelos específicos Disponível em: https://fhir.saude.gov.br/.

Registro de validação, ressalvas e aprovação institucional

Instância	Situação e evidência
Direção técnica e chefias assistenciais	Pendente — parecer sobre segurança clínica, tarefas e responsabilidades.
NSP / Qualidade	Pendente — revisão de riscos, procedimentos e indicadores.
Tecnologia e segurança	Pendente — validação de sistemas, acesso, logs e continuidade.
Jurídico / encarregado de dados	Pendente — análise de bases legais, privacidade e contratos.
Direção institucional	Pendente — decisão formal sobre recursos, implantação e expansão.
Controle editorial	v0.1 — minuta, 02/11/2026; sem autorização de operação produtiva.

Termo de deliberação final e condicionantes

A aprovação do texto como capítulo do manual é distinta da homologação assistencial, tecnológica e contratual. A autorização de operação exige demonstração do controle do paciente correto, autoria, prescrição, pendências pós-alta, proteção de dados, equipe treinada, contingência e capacidade de corrigir falhas.

Questão para deliberação	Campo de registro
Riscos críticos pendentes	( ) Não ( ) Sim. Medidas/escopo afetado: _____
Testes documentados	Relatório, versão, data e aprovador: _____
Cobertura de equipe e suporte	Unidades, turnos e responsáveis: _____
Dependências de fornecedor ou rede pública	Status e alternativa segura: _____
Decisão	( ) Aprovar ( ) Aprovar com condições ( ) Devolver para revisão
Data de revisão	___/___/_____ | Próxima avaliação: ___/___/_____

Assinaturas de responsabilização

Direção técnica: _____ Data: ___/___/_____

Coordenação de Qualidade / NSP: _____ Data: ___/___/_____

Tecnologia / Segurança da Informação: _____ Data: ___/___/_____

Jurídico / Encarregado LGPD: _____ Data: ___/___/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ___/___/_____

Histórico: v0.1 — minuta técnico-institucional submetida à revisão editorial; registrar alterações de critérios, bibliografia, papéis e testes em versões sucessivas.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL DE IMPLANTAÇÃO, GOVERNANÇA, OPERAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 40

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS, SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA E REVISÃO DO PROGRAMA

Marco integrado para avaliar resultados clínicos e sociais, demonstrar sustentabilidade, prestar contas, corrigir riscos e atualizar continuamente o Passaporte Digital de Saúde Canaã.

VERSÃO 0.1 | MINUTA TÉCNICO-INSTITUCIONAL PARA APROVAÇÃO

São Paulo/SP • 02 de novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Campo	Registro
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade-piloto	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação planejada)
Documento	Capítulo 40 do Manual Institucional
Versão e status	0.1 — minuta sujeita a revisão clínica, TI, segurança, jurídico e aprovação formal
Natureza do texto	Modelo de requisitos e governança; não representa funcionalidade já implantada
Estado do programa	Capítulos 01–39 aprovados; Capítulo 40 em avaliação
Controle de mudanças	Revisar antes de contratação, homologação, go-live e mudanças normativas

Resumo executivo e delimitação

Marco integrado para avaliar resultados clínicos e sociais, demonstrar sustentabilidade, prestar contas, corrigir riscos e atualizar continuamente o Passaporte Digital de Saúde Canaã. A implementação exigirá levantamento de arquitetura real, pactuação contratual, avaliação de impacto assistencial, testes com dados sintéticos, controle de acesso por finalidade e aprovação da direção técnica e institucional. Onde forem descritas metas, tempos e desenhos de API, estes serão propostas internas, não imposições normativas automáticas.

Objetivos de implantação e evidências de entrega

Dimensão	Produto esperado	Evidência mínima
Segurança assistencial	Dado correto, na pessoa correta, no momento correto	Cenários clínicos e negativos assinados
Governança	Papel definido para cada processo e contrato	RACI, termo de aceite e ata de risco
Tecnologia	Interfaces rastreáveis, seguras e reversíveis	Teste integrado, logs e documentação de versão
Proteção de dados	Base legal, minimização e direitos do titular	Mapeamento de tratamentos e parecer do encarregado

Capítulo de encerramento da Parte VIII — Processos, Implantação e Avaliação. Este documento integra as diretrizes institucionais, mas não configura autorização de início de operação, comprovação de resultados ou validação de contrato público. Indicadores, metas, orçamentos e períodos definidos como propostas internas exigem pactuação e linha de base antes de utilização gerencial.

Premissas essenciais para avaliação e decisão

Princípio	Regra de aplicação	Evidência de aceitação
Valor assistencial antes da tecnologia	Não usar uso do portal como substituto de benefício clínico.	Indicadores clínicos e de processo estratificados.

Princípio	Regra de aplicação	Evidência de aceitação
Resultado observado ≠ efeito causal	Declarar desenho de estudo, confundidores e limitações.	Relatório metodológico e série histórica.
Segurança como veto	Risco crítico bloqueia expansão apesar de melhoria de produtividade.	Ata do NSP e Direção Técnica.
Sustentabilidade sem mercantilização	Não comercializar dados ou restringir direito a documentos.	Parecer jurídico/LGPD e orçamento.
Rede SUS apenas se pactuada	Não declarar envio/recebimento externo sem evidência.	Instrumentos, testes e logs homologados.

40.01 Propósito do encerramento do ciclo de implantação

Este capítulo consolida os capítulos 1 a 39 como um sistema institucional de prestação de contas clínica, operacional, tecnológica e econômica. O objetivo não é demonstrar que o portal existe, mas verificar se sua utilização melhora a qualidade da alta, reduz falhas na transição do cuidado, facilita o acesso do paciente à informação e sustenta decisões seguras na rede. Resultados serão avaliados somente após definição de população, período, indicador, qualidade de dados e responsabilidade por sua interpretação.

O Programa Passaporte Digital de Saúde Canaã permanece proposto, não implantado por este documento. Os resultados, custos e metas apresentados a seguir são critérios e modelos de análise, e não números reais de desempenho do Hospital Canaã. A avaliação deverá integrar a Direção Técnica, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), corpo clínico, enfermagem, farmácia, TI, governança de dados, área financeira, representantes de usuários e, quando pactuado, a gestão pública [1–3].

40.02 Teoria da mudança e cadeia lógica de valor

A intervenção combina documentos clínicos assinados, plano individual de continuidade, medicação de alta conciliada, controle de resultados pendentes, educação personalizada, apoio pós-alta e acesso seguro ao histórico. Supõe-se que tais componentes aumentem compreensão e disponibilidade de informações úteis, favoreçam seguimento oportuno e reduzam falhas evitáveis. Essa cadeia é hipótese avaliável, jamais garantia automática de redução de reinternação ou mortalidade.

Na cadeia lógica devem ser distintos insumos (pessoas, processos, sistema), produtos (altas documentadas, entregas e contatos), resultados intermediários (conciliação correta, retorno confirmado, exame crítico tratado) e resultados finais (eventos adversos, reinternações e experiência). O efeito poderá ser afetado por gravidade clínica, oferta da UBS, transporte, condição socioeconômica e mudanças simultâneas no hospital [2–4].

40.03 Escopo assistencial e população denominadora

Os indicadores terão universo explícito: altas elegíveis do Hospital Canaã, estratificadas por clínica médica, cirurgia, UTI, comorbidade, permanência, complexidade, condição de

alta e capacidade de acesso digital. Separar internações, episódios de pronto-socorro, transferências externas e óbitos é indispensável para não criar denominadores inconsistentes. É vedado utilizar contagem de acessos ao site como substituto de quantidade de pacientes assistidos.

Cada ficha terá regras de inclusão e exclusão, fonte e identificação do episódio, data do evento e critérios de censura. Se houver episódios repetidos, a contagem por paciente e por internação será informada separadamente. A análise de pacientes vulneráveis exige estratos que preservem confidencialidade, com supressão ou agregação de pequenas células quando necessário [3,5].

40.04 Governança da avaliação e independência técnica

O Comitê Institucional de Avaliação do Programa deverá aprovar previamente metodologia, indicadores, metas internas, orçamento, parâmetros de risco e periodicidade de revisão. A Direção Técnica responde pelo julgamento assistencial; Qualidade/NSP coordena segurança; TI garante integridade e extração; finanças estima custos; encarregado de dados e jurídico analisam finalidades e compartilhamentos; a direção executiva delibera sobre continuidade e escala.

Para evitar conflito de interesses, o fornecedor do portal poderá apresentar desempenho técnico e registros, mas não será avaliador exclusivo dos resultados. Análises de custo ou alegações de efetividade usadas em proposta pública devem revelar premissas, limitações, fontes, conflitos de interesse e as dependências contratuais. Deliberações e dissensos serão registrados em ata e versão controlada [1,3,6].

40.05 Conjunto mínimo de indicadores e dicionário de dados

A avaliação combinará indicadores de estrutura, processo, resultado, equilíbrio e experiência: completude do sumário assinado, concordância de identidade e episódio, reconciliação de medicamentos, tratamento de exames pendentes, retorno assistencial, acesso e compreensão do paciente, incidentes de privacidade, disponibilidade do portal e custo unitário por alta elegível. Nenhuma dimensão isolada representará qualidade integral.

O dicionário de dados conterá nome, código, pergunta de gestão, fórmula, unidade, janela temporal, fonte primária, responsável, atualização, estratificações, valor basal, meta, limites de qualidade e ação diante de desvios. O Capítulo 38 mantém a definição operacional; o Capítulo 40 estabelece o método de análise, crítica e revisão [2,4].

40.06 Confiabilidade, auditoria de dados e versões

A extração deverá reproduzir os eventos do PEP e demais fontes autorizadas, distinguindo hora clínica, hora de registro, publicação e consulta. Será necessária avaliação de campos

nulos, duplicidade, inconsistência temporal, mudança de cadastro, retificação de laudos e erro de denominador. Toda série mensal manterá versão do dicionário, script de cálculo, responsável e data do fechamento.

Auditoria amostral por prontuário verificará se o numerador realmente corresponde ao evento definido. Se a qualidade dos dados for insuficiente, o indicador será classificado como não interpretável, em vez de apresentado como sucesso. Revisões retroativas deverão publicar série corrigida e justificativa, sem apagar a versão anteriormente deliberada [2].

40.07 Linha de base e comparação temporal

Antes da implantação serão medidos, quando disponíveis, os indicadores equivalentes sob o processo tradicional de alta: disponibilidade do sumário, tempo de publicação, revisão de exames pendentes, retorno assistencial e experiência. A linha de base deve ter período e volume suficientes para capturar variação de sazonalidade e composição de casos. Quando o serviço for recém-inaugurado, a ausência de linha de base será declarada.

Após o piloto, a comparação antes/depois deverá ser interpretada com cautela, especialmente se houver mudanças simultâneas em leitos, especialidades, fluxo de urgência, sistema eletrônico ou rede de referência. Sempre que viável, usar séries temporais, grupo comparável ou implantação escalonada; descrever riscos de viés de seleção, confusão e maturação da equipe [2,7].

40.08 Segurança do paciente e eventos clínicos sentinela

O painel de segurança monitorará publicação vinculada a paciente incorreto, prescrição domiciliar inconsistente, resultado crítico sem profissional responsável, alta sem informação essencial, orientação contraditória e atraso de comunicação com potencial de dano. A gravidade será classificada pelo NSP e pela Direção Técnica, seguindo a política institucional e a RDC Anvisa nº 36/2013 [8].

Não serão admitidas metas que incentivem reduzir notificações ou esconder eventos. O aumento inicial de notificações pode refletir melhoria da cultura de segurança. Incidentes graves desencadearão revisão de causa sistêmica, ação imediata, validação da correção e decisão de continuar, restringir ou suspender o componente afetado. Nenhum ganho financeiro justifica ocultar risco assistencial.

40.09 Resultados pós-alta, reinternações e atendimentos não programados

Reinternações em 7 e 30 dias e novos atendimentos de urgência podem ser relevantes, mas não representam, isoladamente, efeito causal do Passaporte. É necessário distinguir

retorno programado, readmissão por doença distinta, agravamento de alta complexidade e complicações potencialmente evitáveis. Denominadores, janela de acompanhamento, completude do vínculo entre serviços e critérios de exclusão serão declarados.

O usuário pode procurar outro hospital ou UPA, gerando subcaptura caso não exista integração contratada e homologada. Na ausência de dados externos confiáveis, apresentar apenas eventos observados no sistema institucional e declarar a limitação. Ajuste por gravidade, comorbidade e linha de cuidado é condição para comparação justa entre períodos e equipes [3,4].

40.10 Processos de continuidade: contrarreferência e retorno

O envio de documentos, a confirmação de recebimento e o atendimento de fato realizado na UBS ou ambulatório são estados distintos. O painel medirá percentuais por etapa, prazos, mensagens rejeitadas e pendências com titular definido, mantendo evidência da origem de cada informação. Aceite técnico de API não equivale a consulta ou resolução clínica.

Quando não houver integração com sistemas municipais, poderão ser medidos comprovantes internos de disponibilização, orientação ao paciente e informações de seguimento coletadas por contato autorizado. Não serão inventadas confirmações da rede. A meta deverá considerar capacidade territorial, disponibilidade de agenda e pactuação com gestor público [1,3].

40.11 Experiência do paciente, compreensão e equidade

A experiência será avaliada em amostra de altas elegíveis por instrumento claro e acessível, abrangendo entendimento dos medicamentos, sinais de alerta, retorno, facilidade de acesso, idioma, suporte e percepção de respeito. Taxa de resposta, perdas e características dos não respondentes acompanharão os resultados, pois respostas apenas de usuários digitalmente ativos produzem viés.

Comparações deverão incluir pacientes sem smartphone, baixa escolaridade, deficiência, idosos, cuidadores autorizados e pessoas que optaram por versão impressa. A oferta de alternativa não digital será indicador positivo de equidade, não falha de adoção. Informações agregadas não poderão permitir reidentificação de grupos pequenos [1,5,9].

40.12 Adoção digital e efetividade do acesso

Distinguir usuários convidados, ativados, autenticados, capazes de abrir o documento, capazes de compreender o conteúdo e usuários com pendência resolvida. Visitas, cliques e downloads medem uso de interface, não benefício clínico. O painel deve observar disponibilidade dos documentos assinados, suporte prestado, rejeição de autenticação e solicitações de correção.

Taxas de ativação serão estratificadas por elegibilidade e acesso assistido; metas somente serão fixadas após experiência real. Aumentar adesão não deve depender de comunicação insistente ou restrição da via impressa. Alertas e pesquisas devem permitir preferências e respeitar finalidade e minimização previstas na LGPD [5].

40.13 Avaliação econômica: perspectiva, horizonte e comparador

A avaliação seguirá as Diretrizes Metodológicas de Avaliação Econômica em Saúde do Ministério da Saúde/Conitec, 3ª edição (2026), adequando método à maturidade do programa [7]. A perspectiva institucional incluirá custos suportados pelo Hospital/Instituto; uma análise sob a perspectiva do SUS exigirá dados e critérios próprios, inclusive de serviços fora do hospital.

Para cada análise declarar comparador (processo de alta sem Passaporte ou alternativa digital), horizonte temporal, preços-base, inflação, escopo, tratamento de custos compartilhados e incerteza. Sem dados de efetividade e de custo comparáveis, uma alegação de custo-efetividade não será apresentada como demonstrada. A fase inicial priorizará custo de implantação, custo por entrega segura e impacto orçamentário.

40.14 Inventário de investimento inicial — CAPEX e despesas de implantação

O orçamento inicial separará especificação clínica e jurídica, desenho de experiência, aquisição ou desenvolvimento, interfaces PEP/LIS/RIS/PACS, autenticação, infraestrutura, hardening, testes de intrusão, treinamento, conteúdo educativo e homologação. Distinguir investimento capitalizável, quando critérios contábeis aplicáveis o permitirem, de serviços consumidos durante a implantação; classificação contábil exige parecer financeiro.

Cada item terá quantidade, unidade, cotação ou contrato, premissa, centro de custo, responsável, evento de pagamento, contingência e dependência técnica. Gastos para eventual integração RNDS ou municipal serão precificados apenas após escopo e condições oficiais; o presente manual não presume credenciamento ou parceria já obtidos [1,6].

40.15 Custeio operacional recorrente — OPEX e custo total de propriedade

A operação recorrente inclui licenças, nuvem, armazenamento de documentos/imagens, tráfego, monitoramento, suporte em horários definidos, atualização de segurança, manutenção de API, backups, auditorias, call center, revisões clínicas de conteúdo e capacitação periódica. A análise separará custos fixos, variáveis por alta e custos de novas funcionalidades.

O custo total de propriedade (TCO) em 36 ou 60 meses somará implantação, operação, substituição tecnológica, reajustes, contingências e eventual descontinuação ou migração de dados. Evitar custos ocultos de interfaces, mecanismos de assinatura e dependência contratual. A continuidade deverá permanecer financeiramente possível mesmo com crescimento de utilização [7,10].

40.16 Microcusteio e custo unitário por alta acompanhada

O microcusteio poderá medir tempo de pessoal por atividade, volume de mensagens, material impresso, infraestrutura alocada e procedimentos adicionais efetivamente gerados. Definir unidade analítica: alta elegível, alta com Sumário publicado, alta com PICA entregue, alta com acompanhamento concluído ou episódio com pendência resolvida. Denominadores não são intercambiáveis.

Modelo básico: custo unitário por alta elegível = [custos recorrentes atribuíveis ao período + amortização gerencial do investimento, se adotada] ÷ número de altas elegíveis no período. Apresentar em paralelo custo marginal estimado por alta adicional. Quando um item pertencer também ao HIS ou à gestão hospitalar geral, repartir somente a parcela justificada, com critério de rateio explícito [7,10].

40.17 Orçamento por cenários, volume e sensibilidade

Modelar três cenários documentados: conservador (menor número de altas elegíveis, maior suporte manual), referência (volume e adesão de planejamento) e expansão (maior escala, novas interfaces e aumento de exigências de segurança). Custos fixos e variáveis não crescerão necessariamente na mesma proporção; infraestrutura e equipe podem exigir degraus de capacidade.

Teste de sensibilidade variará volume de altas, adesão, custo de licença, carga de contatos, proporção de pacientes que usam a via impressa, volume de documentos/imagens, tempo por orientação e reajuste de fornecedor. Os resultados devem expor faixa de custo unitário, pontos de saturação e gatilhos de revisão, sem inventar economias de reinternação [7].

40.18 Modelo de valor público e benefícios não financeiros

O Passaporte pretende produzir valor em direitos informacionais, continuidade assistencial, segurança, transparência, equidade e eficiência do trabalho. Parte desses benefícios será mensurável em indicadores de processo; outra exigirá avaliação qualitativa. Atribuir valor monetário a cada evento evitado só é defensável quando metodologia, ocorrência contrafactual, custo evitável e dados de origem forem verificáveis.

O cálculo de retorno sobre investimento deve separar economia orçamentária real, custo evitado plausível, produtividade liberada e benefício não monetizado. Tempo de equipe poupado não corresponde automaticamente a redução de despesa: pode representar maior capacidade assistencial ou redistribuição do trabalho. Relatório anual apresentará resultados com incertezas e limitações [2,7].

40.19 Sustentabilidade institucional e fontes de financiamento

O Instituto Canaã é uma associação sem fins lucrativos. A sustentabilidade do programa poderá depender de recursos próprios, contratos de prestação de serviços, instrumentos de parceria compatíveis com sua natureza jurídica, projetos de inovação e possíveis pactuações com gestores públicos, conforme legislação e objeto contratado. Nenhuma fonte será descrita como autorizada ou captada sem instrumento formal.

A análise deve separar financiamento de implantação, custeio ordinário, inovação e integração externa. MROSC (Lei nº 13.019/2014), qualificação como OS e contratos públicos possuem regimes, requisitos e vedações específicos; não são vias automaticamente intercambiáveis. Qualquer proposta de financiamento pelo SUS exigirá demonstração de interesse público, objeto, metas, custos e instrumento apropriado [1,11].

40.20 Proteção contra incentivos econômicos inadequados

Indicadores de eficiência não poderão premiar altas prematuras, omitir exames, restringir medicamentos clinicamente indicados ou suprimir o contato com pacientes de maior risco. O programa não deverá condicionar acesso a documentos clínicos a pagamento, nem monetizar dados pessoais de saúde ou utilizá-los para publicidade comportamental.

Redução de uso de recursos somente será considerada benefício se coexistir com segurança clínica, estabilidade do cuidado, condições de alta adequadas e respeito ao direito do titular. O Comitê de Ética, a Direção Técnica e o encarregado de dados revisarão modelos de incentivo e eventuais mudanças contratuais com potencial de conflito [5,8,11].

40.21 Viabilidade de fornecedores, licenças e propriedade dos dados

Cada fornecedor deverá evidenciar custo total, direitos de acesso e portabilidade de dados, níveis de serviço, tratamento de incidentes, manutenção de interfaces, dependências de licença, suboperadores, localização e transferência internacional, suporte, exportação em formato utilizável e prazo de término contratual. O contrato deve impedir retenção indevida dos dados clínicos na rescisão.

Avaliar risco de aprisionamento tecnológico e plano de saída antes do go-live. A segurança e continuidade devem ser financiadas mesmo quando não geram visibilidade comercial. A

propriedade, a guarda e a responsabilidade pelo prontuário não são transferidas ao portal por cláusula genérica de fornecimento [5,6].

40.22 Gestão orçamentária mensal e fechamento trimestral

O centro de custo do Passaporte deverá demonstrar previsão versus realizado por rubrica, comprometimento, notas e contratos, horas de profissionais atribuíveis, gastos por unidade e taxa de execução. Variações relevantes serão acompanhadas de explicação sobre volume, mudança de escopo, reajuste, incidente ou despesa extraordinária.

O fechamento trimestral cruzará finanças com entregas assistenciais e qualidade, evitando concluir que reduzir custo unitário é bom quando a cobertura caiu. Quando houver recurso público vinculado, o regime de prestação de contas seguirá o instrumento pactuado e a legislação aplicável; o relatório do programa não substitui as obrigações formais de prestação de contas [6,11].

40.23 Avaliação de impacto: desenho, confundimento e causalidade

Na implantação escalonada, avaliar a possibilidade de comparação entre ondas ou unidades com critérios equivalentes, sempre sem negar cuidado indicado. A análise controlará modificadores relevantes como gravidade, UTI, idade, complexidade cirúrgica, sazonalidade, mudanças de equipe e acesso ambulatorial. Séries temporais interrompidas podem ser úteis quando há observações suficientes e intervenção datada.

Associações temporais não serão apresentadas como causalidade. A avaliação publicará diagrama causal simplificado, fontes, perdas, dados faltantes e testes de robustez. Desfechos raros ou amostras pequenas poderão exigir período maior ou análise descritiva. Pesquisas com seres humanos deverão ser submetidas à apreciação ética quando aplicável, em distinção da avaliação gerencial rotineira [2,7].

40.24 Avaliação qualitativa e participação dos usuários

Além dos números, o programa manterá entrevistas ou oficinas de melhoria com pacientes, cuidadores, médicos, enfermeiros, profissionais de UBS/UPA quando pactuado, e trabalhadores de suporte. Os relatos serão analisados por temas: compreensão, confiança, dificuldade de login, utilidade do resumo, barreira de idioma e capacidade de agir diante de sinais de alerta.

O processo deverá distinguir manifestação espontânea, reclamação, evento clínico e sugestão. Não publicar depoimentos identificáveis sem fundamento e autorização apropriados. Usuários com pouca familiaridade digital devem participar dos testes para evitar que a melhoria seja orientada apenas pelos mais conectados [3,9].

40.25 Revisão clínica, normativa, editorial e de conteúdo educativo

O programa manterá inventário de documentos, fluxos, POPs, conteúdos educativos, modelos informacionais, contratos, termos de privacidade e versões dos capítulos. Revisões ordinárias serão programadas no mínimo anualmente como meta interna, e extraordinárias ocorrerão após mudança legal, incidente relevante, alteração de linha de cuidado, integração, medicamento ou evidência científica com repercussão assistencial.

Toda revisão terá abertura de mudança, análise de impacto clínico/LGPD/TI/finanças, decisão colegiada, teste, treinamento quando necessário, data de vigência e arquivamento da versão substituída. Atualizar página do portal não autoriza alterar retrospectivamente o documento médico original; adendos e retificações seguirão processo próprio [1,5].

40.26 Ciclo de melhoria contínua e análise de causas

Adotar ciclos Plan-Do-Study-Act (PDSA) como instrumento de aprendizagem, com hipótese, pequena escala, medida, resultado e decisão documentados. Não confundir PDSA com autorização para experimentar recursos de alto risco em pacientes sem controle ou consentimento quando exigível. Segurança clínica, ambiente de homologação e governança de dados permanecem obrigatórios [12].

Falhas recorrentes merecerão análise de causa sistêmica, evitando culpar profissionais por deficiência de processo. A instituição poderá priorizar mudanças com matriz de impacto assistencial, frequência, detectabilidade, custo de implementação e capacidade de mitigação. A correção deverá ser reavaliada por dados antes de ser declarada eficaz.

40.27 Critérios formais de continuidade, ajuste, expansão ou suspensão

Decisões de go/no-go terão quatro saídas: continuar como está; continuar com ação corretiva e prazo; limitar escopo e impor contingência; ou suspender componente diante de risco crítico. A liberação para ampliar a outras linhas de cuidado dependerá de qualidade dos dados, resultados mínimos de segurança, equipe treinada, disponibilidade de suporte, teste de recuperação e financiamento suficiente.

Crise de segurança, publicação cruzada de paciente, resultados críticos sem fluxo de resposta, falha persistente de identidade ou acesso indevido exigem decisão imediata independente do calendário trimestral. A suspensão da funcionalidade não interromperá o direito a documentos ou a assistência: a alternativa segura não digital deverá permanecer disponível [5,8].

40.28 Painel de governança e comunicação à direção

O painel executivo combinará cinco blocos: segurança clínica; efetividade de transição; equidade e experiência; maturidade digital; custo e sustentabilidade. Cada bloco apresentará série histórica, meta interna quando pactuada, variação, denominador, limitação e proposta de intervenção. Indicadores críticos terão canal de escalonamento imediato, não apenas exposição mensal em gráfico.

A reunião mensal de acompanhamento deverá produzir ata com decisão, responsável e prazo. A revisão trimestral terá parecer conjunto clínico, financeiro, TI/segurança e jurídico; a avaliação anual decidirá manutenção de escopo, inovação e orçamento do ciclo seguinte. Relatórios públicos serão agregados, sem informações identificáveis e sem alegar benefício não demonstrado [1,2,5].

40.29 Integração planejada com a rede pública e limites de atribuição

O Passaporte poderá facilitar a apresentação do histórico pelo paciente e futuramente compartilhar dados com a RNDS ou sistemas da Prefeitura de São Paulo, desde que existam base jurídica, credenciamento, pactuação, homologação e autorização operacional. Compatibilidade FHIR, protocolo de teste ou mensagem enviada não comprova intercâmbio efetivo ou consulta clínica realizada.

A avaliação do benefício para o SUS exigirá dados autorizados sobre acompanhamento na rede e indicadores com definição comum; se indisponíveis, registrar a limitação. A representação do programa à Secretaria Municipal de Saúde deverá distinguir capacidade instalada, funcionalidade projetada, homologação concluída e resultado observado [1,13].

40.30 Articulação com as linhas assistenciais do Hospital Canaã

A análise deverá observar as particularidades do hospital de 122 leitos planejados, incluindo 30 leitos de UTI adulto, assistência clínica, cirúrgica e pacientes com necessidades complexas após alta. No paciente cirúrgico, o cirurgião titular permanece nominalmente responsável por evolução, decisões e alta; o hospitalista colabora na cogestão e a UTI exerce responsabilidades próprias, sem transferência automática da titularidade.

Indicadores serão estratificados por saída de UTI, cirurgia, clínica e diagnósticos de maior risco. A comparação financeira entre grupos não autoriza reduzir intervenções clinicamente indicadas. O programa deve manter rastreabilidade da autoria, recomendação de seguimento e pendências pós-alta, inclusive quando diferentes equipes participaram do cuidado [3,8].

40.31 Agenda de avaliação de 12 meses — proposta adaptável

No ciclo 0, anterior ao piloto, completar ficha de indicador, linha de base possível, orçamento e testes. Nos meses 1–3, monitorar semanalmente segurança, completude, suporte e barreiras digitais. Nos meses 4–6, estabilizar auditoria, captar experiência e acompanhar custos. Nos meses 7–9, analisar tendências e estratos; nos meses 10–12, consolidar avaliação e proposta de expansão ou ajuste.

Os prazos são parâmetros gerenciais sugeridos, não obrigações impostas pela norma. A direção poderá adaptar frequência à criticidade, volume de altas e exigências contratuais, desde que preserve gatilhos imediatos para eventos graves. Todo fechamento deverá conter lacunas e o plano para saná-las [2,4].

40.32 Entregáveis do encerramento anual e critérios de demonstração

Ao final do período, o programa produzirá relatório técnico de desempenho, relatório econômico com cenários e premissas, registro de auditoria clínica e de LGPD, relatório de acessibilidade, inventário atualizado de contratos e interfaces, lista de riscos residuais, análise de incidentes, revisão documental e ata de deliberação institucional. A apresentação poderá ter versão executiva e anexos de evidência.

Todo achado deverá trazer fonte, intervalo, denominador, responsáveis e interpretação. Resultados desfavoráveis serão reportados juntamente com providências. Uma declaração institucional de eficiência não substituirá a demonstração. A versão para parceiros públicos não divulgará dados sensíveis nem prometerá integração ou economia inexistentes [1,2,7].

40.33 Critérios de encerramento do manual e transição aos anexos

A aprovação deste Capítulo 40 finaliza o corpo editorial dos 40 capítulos do manual, mas não equivale à implantação do portal ou à aprovação automática dos procedimentos. Os 18 anexos técnicos deverão materializar instrumentos operacionais: formulários, fichas de indicadores, matrizes de riscos, modelos de alta, checklists de homologação, fluxos, orçamento e registros de auditoria.

Após a conclusão dos anexos, o conjunto será submetido a revisão cruzada, padronização de referências, atualização normativa, harmonização entre capítulos, índice consolidado e aprovação pelas instâncias competentes. O manual final distinguirá documentação aprovada editorialmente de processos efetivamente homologados em operação [1,5].

Matriz integrada de indicadores e avaliação

Indicador	Numerador / denominador e janela	Análise e ação
SUM-01 · Sumário final na alta	Altas elegíveis com sumário assinado e disponibilizado / altas elegíveis; mensal	Auditar ausência, atraso e assinatura
MED-02 · Conciliação segura	Altas auditadas sem discrepância clinicamente relevante não resolvida / altas auditadas; mensal	Revisar prescrições, corrigir falhas críticas
PEN-03 · Pendências pós-alta	Pendências revisadas no prazo e com titular / pendências que venceram no período; semanal	Escalonar atraso e contato clínico
CTR-04 · Contrarreferência	Altas com destino documentado e plano fornecido / altas que exigem seguimento; mensal	Separar envio, recebimento e atendimento
EDU-05 · Compreensão	Pacientes da amostra que reproduzem corretamente orientações essenciais / entrevistados; mensal	Comparar presencial, assistido e digital
DIG-06 · Consulta disponível	Altas com acesso válido ao conjunto documental correto / altas elegíveis; mensal	Inspecionar erro de identidade e permissão
EQU-07 · Equidade de entrega	Altas elegíveis com orientação em formato acessível / altas elegíveis; mensal	Estratificar barreira digital e vulnerabilidade
SEG-08 · Evento crítico	Eventos graves atribuídos ao processo / 1.000 altas elegíveis; mensal e imediato	Avaliar gravidade sem meta de subnotificação
RET-09 · Retorno em 30 dias	Altas com retorno documentado no escopo observável / altas com seguimento recomendado; trimestral	Relatar perda de seguimento externo
ECO-10 · Custo por alta	Custos atribuíveis ao período / altas elegíveis; mensal/trimestral	Interpretar junto à segurança e cobertura
TEC-11 · Disponibilidade	Minutos de operação do portal / minutos previstos de operação; mensal	Usar janela e exceções publicadas

Matriz de avaliação econômica e transparência das premissas

Componente	Medida e fórmula gerencial	Cuidados de interpretação
Implantação inicial	Planejamento + integração + testes + treinamento + contingência	Não misturar desembolso com valor contábil de ativo
Operação recorrente	Licenças + infraestrutura + suporte + segurança + capacitação	Separar custos fixos e variáveis
Custo por alta elegível	(Custo atribuível do período) ÷ (altas elegíveis do período)	Expor critério de rateio e volume
Custo por alta concluída	(Custo atribuível) ÷ (altas com jornada concluída)	Não confundir com custo por elegível
Impacto orçamentário	Custo futuro com programa − custo futuro sem programa	Requer cenário comparador rastreável
Economia realmente realizada	Despesas evitadas identificáveis e não apenas tempo liberado	Não deduzir reinternações hipotéticas
TCO 36/60 meses	Implantação + manutenção + reajustes + migração + encerramento	Cenário de troca de fornecedor
Análise de sensibilidade	Variar volume, custo unitário, suporte, cloud e treinamento	Registrar intervalo e cenário de referência

Matriz RACI — decisão sobre resultados e sustentabilidade

Atividade	A (autoridade)	R (executor)	C / revisão
Segurança clínica e suspensão	Direção Técnica	NSP + chefias assistenciais	Jurídico, TI e área operacional
Dicionário e auditoria de indicadores	Comitê de Qualidade	Analista BI + Qualidade	Direção Técnica e áreas-fonte
Orçamento, microcusteio e cenários	Direção Executiva	Financeiro / Controladoria	TI, assistência e contratos
Privacidade e transferência de dados	Controlador institucional	Encarregado + Segurança TI	Jurídico e Direção Técnica
Relatórios de benefício e limitações	Direção Institucional	Qualidade + BI + avaliação	Assistência, financeiro, usuários
Revisão do manual e conteúdos	Direção Técnica	Comissão editorial multidisciplinar	NSP, TI, jurídico e usuários
Go/no-go de expansão	Direção Institucional + Técnica	Comitê do Programa	NSP, TI, finanças e encarregado

Matriz de riscos econômicos e assistenciais

Risco	Impacto inicial	Prevenção / resposta
Incentivo a alta precoce por meta de custo	Crítico	Balancear indicadores e preservar decisão médica
Dado externo incompleto interpretado como ausência de retorno	Alto	Declarar limite observacional e não inferir cuidado não realizado
Subnotificação mascarada como segurança	Crítico	Auditoria independente e cultura não punitiva
Fusão de pacientes altera denominadores	Alto	Auditoria de identidade mestre e séries reprocessadas
Fornecedor eleva preços após integração	Alto	Análise TCO, portabilidade e plano de saída
Corte de suporte aos pacientes vulneráveis	Alto	Reservar capacidade presencial e via impressa
ROI calculado com benefício hipotético	Alto	Cenários explícitos e fontes auditáveis
Quebra de privacidade durante avaliação	Crítico	Minimização, segregação, anonimização quando possível

Instrumento 40-A — roteiro de relatório trimestral

Bloco	Conteúdo obrigatório	Responsável
01 · Cobertura	Altas elegíveis, exclusões, cobertura do piloto e casos por linha de cuidado	Coordenação assistencial
02 · Segurança	Eventos, gravidade, correções, pendências e riscos residuais	NSP / Direção Técnica
03 · Continuidade	Resumo, conciliação, exames pendentes, retornos e rede observável	Qualidade / chefias
04 · Experiência e equidade	Amostra, taxa de resposta, compreensão, barreiras e suporte	Ouvidoria / apoio ao paciente
05 · Tecnologia e privacidade	Disponibilidade, incidentes, autenticação, acessibilidade, mudanças	TI e encarregado

Bloco	Conteúdo obrigatório	Responsável
06 · Orçamento	Previsto-realizado, TCO, custo por alta e premissas	Financeiro / controladoria
07 · Decisões	Ações, responsáveis, prazos, evidências e go/no-go	Direção institucional

Instrumento 40-B — cenários financeiros sem valores fictícios

Premissa	Conservador	Referência	Expansão
Altas elegíveis por mês	Preencher volume local baixo	Preencher plano-base	Preencher ampliação
Taxa de ativação assistida	Alta necessidade de apoio	Média aferida no piloto	Ajustada por nova população
Custos de suporte	Mais minutos por atendimento	Medidos no piloto	Novos turnos e capacidade
Integração externa	Não implantada	Somente se autorizada	Novos serviços homologados
Risco de fornecedor	Preço com contingência	Preço contratual-base	Escalabilidade e renegociação
Indicador de resultado	Relatar sem imputar efeito	Comparar séries qualificadas	Auditar nova composição de casos

Instrumento 40-C — calendário de revisão e gatilhos

Periodicidade	Produtos de controle	Gatilho fora de ciclo
Imediata	Alerta e gestão de falha grave; proteção do paciente e informação	Risco crítico, acesso indevido, erro de medicação
Semanal no piloto	Qualidade das altas, erros de autenticação, resultados pendentes	Tendência de atraso ou reincidência
Mensal	Painel, custo por alta, reclamações e cobertura	Meta de segurança descumprida
Trimestral	Relatório integrado, cenários financeiros, ata de ações	Quebra contratual ou novo requisito regulatório
Anual	Revisão de benefícios, orçamento, POPs e versão do manual	Mudança de serviço, nova evidência clínica
Quando houver mudança	Análise de impacto, teste regressivo e treinamento	API, contrato, medicamento, norma ou interface alterados

Casos clínicos e administrativos — decisão baseada em valor

Cenário	Interpretação correta e conduta
Reinternações 30 dias caem, mas a taxa de UTI também cai	Controlar gravidade, case mix e sazonalidade antes de atribuir efeito
Acesso ao portal sobe, compreensão de medicamentos não muda	Revisar educação e linguagem, não comemorar cliques
Paciente sem smartphone recebe versão impressa e compreende a alta	Contar como entrega bem-sucedida e equidade, não exclusão digital
Exame crítico liberado após alta, paciente não abre mensagem	Ativar responsabilidade clínica e contato direto; não encerrar por push enviado
Custo por alta diminui porque não há follow-up telefônico	Medir segurança e continuidade; corte pode produzir falsa economia
Fornecedor propõe monetizar histórico para reduzir licença	Rejeitar uso incompatível e submeter ao jurídico/LGPD; não vender dados clínicos

Cenário	Interpretação correta e conduta
UBS não confirma recebimento pois integração não foi pactuada	Reportar disponibilização ao paciente, sem alegar contrarreferência concluída

Instrumento 40-D — critérios de decisão de continuidade e expansão

Condição	Continuar / expandir	Corrigir / suspender
Identidade e vínculo com episódio	Testes negativos reproduzíveis aprovados	Acesso cruzado ou inconsistência sem barreira
Documentos clínicos de alta	Assinados e versão correta para elegíveis	Ausência sistemática de validação clínica
Pendências e achados críticos	Profissional, prazo e comunicação registrados	Pendência crítica órfã ou atrasada sem resposta
Equidade e suporte	Alternativa assistida/impresso disponível	Barreira relevante sem contingência
Segurança e LGPD	Parecer, logs e mitigação aceitos	Incidente não mitigado ou exposição indevida
Sustentabilidade	Orçamento, fontes e TCO aprovados	Custeio sem fonte ou risco contratual insustentável
Relação com SUS	Integração declarada apenas com pactuação	Alegação pública de conexão não homologada

Checklist executivo de aprovação e fechamento de ciclo

☐ Direção Técnica e NSP validaram riscos, desfechos, metodologia e regras de suspensão.

☐ Dicionário de indicadores contém fórmulas, denominadores, fontes, janelas e limitações.

☐ Os dados de linha de base existem ou a ausência foi formalmente declarada.

☐ Foram calculados cenários de custo inicial, OPEX, TCO e custo por alta elegível.

☐ Não há promessa de economia ou impacto causal sem demonstração metodológica.

☐ A equidade foi examinada, com alternativa para pacientes não digitais.

☐ Incidentes de segurança e LGPD tiveram gestão, comunicação e registro adequados.

☐ Obrigações públicas ou contratos de parceria foram avaliados separadamente.

☐ Existe plano de revisão clínica, tecnológica, normativa, editorial e financeira.

☐ A direção registrou decisão: manter, corrigir, limitar, ampliar ou suspender.

Referências normativas, científicas e metodológicas

Fontes consultadas em novembro de 2026. Orientações metodológicas e recomendações internacionais não se confundem com obrigações legais. Verificar textos consolidados no momento da execução. As citações numéricas do capítulo remetem à enumeração abaixo.

[1] Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital (PNISD). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus.

[2] Organização Mundial da Saúde. Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A Practical Guide (2016). Disponível em: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241511766.

[3] AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit: planejamento da alta, comunicação, acompanhamento e avaliação. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html.

[4] AHRQ. Tool 6 — How to Monitor RED Implementation and Outcomes. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html.

[5] Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

[6] ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 e regras de comunicação de incidentes de segurança. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis.

[7] Ministério da Saúde/Conitec. Diretrizes Metodológicas de Avaliação Econômica em Saúde, 3ª edição (2026). Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/diretrizes-metodologicas.

[8] Anvisa. Resolução RDC nº 36/2013 — ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf.

[9] W3C. Web Content Accessibility Guidelines — WCAG 2.2. Disponível em: https://www.w3.org/TR/WCAG22/.

[10] Ministério da Saúde/Conitec. Diretrizes de microcusteio e análise de impacto orçamentário. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/diretrizes-metodologicas.

[11] Brasil. Lei nº 13.019/2014 — parcerias com organizações da sociedade civil; Lei nº 9.637/1998 — organizações sociais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm ; https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm.

[12] Institute for Healthcare Improvement. Model for Improvement e ciclos PDSA. Disponível em: https://www.ihi.org/library/model-for-improvement.

[13] Ministério da Saúde. Legislação da RNDS e Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Sumário de Alta. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao.

[14] AHRQ. Tool 5: Postdischarge Followup Phone Call. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html.

Controle de aprovação institucional e consolidação

Instância revisora	Parecer / registro exigido
Direção Técnica e chefias clínicas	Pendente — método, resultados clínicos, limitações e segurança.
NSP / Qualidade	Pendente — matriz de eventos, indicadores e governança da auditoria.
Financeiro / Controladoria	Pendente — custos, rateios, cenários, TCO e fontes.
TI / Segurança / Encarregado	Pendente — confiabilidade, proteção e ciclo de vida de dados.
Jurídico / Governança	Pendente — conformidade com fontes de financiamento e pactuações.
Direção Institucional	Pendente — deliberação de programa e fechamento do corpo do manual.
Controle editorial	Minuta v0.1 — 02/11/2026; capítulos 1 a 39 aprovados editorialmente.

Termo de deliberação do Capítulo 40

Aprovação editorial do capítulo não constitui aprovação de operação real, financiamento, integração externa ou declaração de impacto. A conclusão do corpo de 40 capítulos dependerá da aprovação formal desta minuta. A implantação do Passaporte somente será deliberada com plano de recursos, homologação clínica e tecnológica, responsabilidade pelos dados, documentação de segurança e avaliação institucional.

Deliberação	Campo para registro
Situação editorial	( ) Aprovar ( ) Aprovar com ressalvas ( ) Devolver para revisão
Data, versão e responsável	_____
Limitações críticas e ações	_____
Avaliação financeira e orçamento	_____
Cronograma de anexos e consolidação	_____

Direção Técnica: _____ Data: ____/____/_____

NSP / Qualidade: _____ Data: ____/____/_____

Financeiro / Controladoria: _____ Data: ____/____/_____

Segurança / Encarregado LGPD: _____ Data: ____/____/_____

Direção do Instituto Canaã: _____ Data: ____/____/_____

Histórico: v0.1 — texto de fechamento submetido à validação. Acompanhar futuras alterações por controle documental, sem substituir retrospectivamente documentos clínicos já assinados.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 01

MODELO PADRONIZADO DE SUMÁRIO DE ALTA

Documento médico formal de síntese do episódio de internação, com campos operacionais, validação e publicação segura.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 01: Modelo padronizado de Sumário de Alta
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, fronteiras e instruções de uso

O Sumário de Alta sintetiza dados do episódio de internação para assegurar continuidade assistencial; constitui documento médico distinto da Ficha do Passaporte (Anexo 02) e do Plano Individual de Continuidade Assistencial (Anexo 04). Sua elaboração e assinatura cabem ao médico competente, observados os registros do prontuário e a governança de titularidade. O portal não pode substituir ou modificar silenciosamente o documento assinado. [1–4]

Utilizar um exemplar por internação/episódio; conferir a identidade do paciente por no mínimo dois identificadores, validar CNES e identificação do episódio na origem; vincular cada evento à data/hora real; preencher apenas informações verificadas. Se campo estiver não aplicável, registrar essa condição em vez de fabricar valor. O conjunto de campos abaixo inclui dados exigidos pelo modelo nacional e dados adicionais internos para continuidade do cuidado; a obrigatoriedade técnica final seguirá o guia oficial vigente.

2. Correspondência com as 17 categorias nacionais — Portaria GM/MS nº 8.026/2025

Item	Categoria informacional	Local no modelo	Regra de preenchimento
I	Identificação do prontuário de origem	Campo A.2	Obrigatório no modelo nacional
II	CPF ou CNS do indivíduo	Campo A.1	Conferência e tratamento de exceções
III	CNES da unidade de internação	Campo A.2	Validar unidade responsável

Item	Categoria informacional	Local no modelo	Regra de preenchimento
IV	Procedência / origem do acesso	Campo A.3	Codificar conforme modelo
V	Caráter da internação	Campo A.3	Classificação de prioridade
VI	Data e hora da internação	Campo A.3	Fuso e consistência temporal
VII	Modalidade assistencial	Campo A.3	Codificação conforme modelo
VIII	Motivo da internação, conforme CID	Campo B.1	Distinguir do diagnóstico final
IX	Problemas/diagnósticos e atributos	Campo B.2	Código, categoria, presença na admissão, resolução
X	Restrição funcional/incapacidade, se houver	Campo B.4	Status e restrição, quando aplicável
XI	Procedimentos realizados/solicitados e atributos	Campo C.1	Diagnóstico, código e status
XII	Evolução clínica resumida	Campo C.2	Cronologia e desfecho clínico
XIII	Alergias e reações adversas, se houver	Campo D.1	Categoria e substância; terminologia oficial
XIV	Prescrição, quando houver	Campo D.2	Conforme modelo vigente de prescrição
XV	Data e hora do desfecho da alta	Campo A.3	Distinguir da geração do documento
XVI	Desfecho da internação	Campo A.3	Codificar segundo perfil homologado
XVII	Identificação do responsável pela alta	Campo E.1	CPF/CNS + código de ocupação; assinatura/registro

O mapeamento é um apoio de implementação. A Portaria 8.026/2025 revogou a Portaria SAES/MS nº 701/2022; não reproduzir perfis antigos sem conferir as especificações técnicas publicadas para recebimento na RNDS. Os campos de seguimento, resultados pendentes e assinatura digital exibidos adiante são complementos institucionais de segurança.

3. FORMULÁRIO-MESTRE — SUMÁRIO DE ALTA

Identificação do documento: [ID imutável] | Versão: [n] | Estado: [Rascunho / Validado / Assinado / Retificado] | Data/hora de emissão: [dd/mm/aaaa hh:mm]

A.1 — Identificação do paciente

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Nome civil completo / nome social (quando aplicável)	[Preencher, com a forma de tratamento pertinente]
Data de nascimento	[dd/mm/aaaa]
CPF e/ou CNS	[Número validado; motivo de ausência se aplicável]
Identificador mestre no PEP	[ID do paciente]
Segundo identificador conferido	[Data de nascimento / identificador institucional]
Representante ou responsável legal	[Nome / vínculo / comprovação / escopo, se pertinente]

A.2 — Estabelecimento e vínculo ao prontuário

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Estabelecimento / CNES	Hospital Canaã — CNES: [preencher após cadastro]
Prontuário e identificador de episódio	[Número do prontuário] / [ID da internação]
Setor(es) e leitos relevantes	[PS, enfermaria, UTI, CC — sem informações desnecessárias]
Médico titular do episódio	[Nome, CRM/UF, especialidade]
Equipe ou serviço responsável pela alta	[Nome da equipe / contato institucional autorizado]

A.3 — Caracterização da internação e desfecho

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Origem / procedência	[Demanda espontânea; UBS; UPA; outro, conforme classificação]
Caráter e modalidade assistencial	[Preencher segundo classificação oficial vigente]
Admissão — data/hora	[dd/mm/aaaa hh:mm]
Saída / desfecho — data/hora	[dd/mm/aaaa hh:mm]
Desfecho do episódio	[Alta para domicílio / transferência / óbito / outro conforme codificação]
Destino e modalidade de seguimento	[Domicílio; serviço; transferência; outras orientações aplicáveis]

B.1 — Razão da internação

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Queixa ou apresentação inicial	[Texto breve, factualmente comprovado]
Motivo da internação / CID	[Código, descrição e versão terminológica]
Gravidade e achados iniciais relevantes	[Resumo conciso, quando pertinentes ao seguimento]

B.2 — Problemas e diagnósticos avaliados

Diagnóstico / código	Categoria / presente na admissão	Situação / resolução	Implicação para seguimento
[Diagnóstico e CID]	[Principal / Sim–Não–Ignorado]	[Ativo / Resolvido / Em avaliação]	[Conduta ou vigilância]
[Diagnóstico e CID]	[Secundário / Sim–Não–Ignorado]	[Ativo / Resolvido / Em avaliação]	[Conduta ou vigilância]
[Acrescentar linhas]	[Preencher]	[Preencher]	[Preencher]

B.3 — Comorbidades relevantes e situações clínicas especiais

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Condições crônicas que interferem na continuidade	[Preencher; não duplicar codificação sem critério clínico]
Infecções, dispositivos, precauções ou necessidades especiais	[Informações estritamente necessárias à segurança e seguimento]

B.4 — Capacidade funcional e restrições na alta

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Mobilidade / autonomia / cognição	[Estado funcional ao desfecho]
Incapacidades e restrições	[Tipo, intensidade, status e duração estimada, se indicada]
Apoio domiciliar / dispositivos	[Cadeira, oxigênio, curativos, cuidados, se indicado]

C.1 — Procedimentos, cirurgias e exames relevantes

Data	Procedimento / exame e código	Status / resultado sintético	Documento de origem
[dd/mm/aaaa]	[Nome + código da terminologia]	[Concluído / Solicitado / Suspenso; achados]	[Laudo / relatório / ID]
[dd/mm/aaaa]	[Nome + código]	[Status e observação relevante]	[ID / link controlado]
[adicionar]	[preencher]	[preencher]	[preencher]

C.2 — Resumo da evolução clínica

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Curso clínico / resposta terapêutica	[Linha temporal objetiva com intervenções e evolução]
Eventos adversos ou complicações relevantes	[Ocorrência, manejo e estado no desfecho; não omitir fatos assistenciais]
Internação em UTI, quando aplicável	[Motivo, intervenções e condição de saída]
Cirurgia, quando aplicável	[Diagnóstico, procedimento, intercorrências, orientações cirúrgicas]
Condição na alta	[Estabilidade, sinais/sintomas persistentes, achados clínicos relevantes]

D.1 — Alergias e reações adversas

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Status de reconciliação	[Sem alergias conhecidas / Alergia identificada / Não verificado]
Agente / categoria / reação	[Categoria, substância, tipo de reação e gravidade, conforme avaliação]
Fonte, data e responsável pela validação	[Prontuário, relato, avaliação / profissional]

Não converter “não consta alergia no sistema” em “sem alergias”. O status não verificado deve permanecer explícito até conferência. Reação adversa não imunológica não deve ser automaticamente rotulada como alergia.

D.2 — Prescrição medicamentosa na alta

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Prescrição médica válida vinculada	[ID da prescrição assinada / data/hora / prescritor]
Alterações essenciais em relação ao tratamento habitual	[Iniciados, suspensos, mantidos, doses modificadas]
Conciliação multiprofissional	[Responsável, data e discrepâncias resolvidas]
Orientações de segurança	[Uso, monitoramento e atenção aos efeitos relevantes]

A lista estruturada de medicamentos deverá ser derivada de prescrição válida e conciliada, sem copiar automaticamente medicamentos de uso exclusivamente hospitalar. A emissão da receita e do Sumário preserva a autoria e os requisitos legais próprios de cada documento.

D.3 — Resultados pendentes e ações depois da alta (complemento institucional)

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Exames ou laudos ainda não definitivos	[ID, tipo, pedido, previsão]
Médico/equipe titular da revisão	[Nome, registro, contato de trabalho]
Como será feita a comunicação clínica	[Canal seguro, plano alternativo e prazo definido pelo risco]
Status da pendência	[Aberta / Em avaliação / Comunicada / Encerrada + data]

D.4 — Recomendações para continuidade (complemento institucional)

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Cuidados e restrições na recuperação	[Curativos, dieta, mobilidade, dispositivos, reabilitação — conforme indicação]
Sinais de alerta individualizados	[Sintomas que exigem avaliação imediata, conforme risco clínico]
Seguimento sugerido / retorno	[Especialidade ou UBS, prazo clínico, condição de agendamento]
Encaminhamento e destino	[Orientado / Enviado / Recebido / Agendado / Realizado; não presumir confirmação]
Referência ao PICA	[ID/versão do Anexo 04 associado à alta]
Orientação ao paciente e cuidador	[Data; interlocutor; compreensão demonstrada; necessidade de intérprete]

E.1 — Médico responsável e validação final

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Médico responsável pela alta	[Nome completo / CRM-UF / CPF ou CNS e CBO segundo regra RNDS]
Participação clínica no documento	[Médico titular e coautores/consultores quando aplicável]
Assinatura e carimbo digital / identificação	[Mecanismo aprovado; certificado/autenticidade; data/hora]
Identificador e hash / versão do documento	[Gerado pelo sistema; não preencher manualmente em produção]
Revisão clínica concluída	[Sim/Não + assinatura, data/hora]
Publicação ao paciente	[Data/hora / canal / versão, após assinatura]

4. Regras de autoria e titularidade no Hospital Canaã

Em internação cirúrgica, o cirurgião responsável mantém a titularidade nominal do caso, faz avaliação diária, define as decisões cirúrgicas e a alta. O hospitalista visita diariamente em cogestão e pode prescrever a rotina clínica dentro de atribuições formalizadas, sem transferência automática da titularidade. O intensivista conduz a assistência crítica no ambiente de UTI. Mudança de titularidade para clínica médica é excepcional, motivada e documentada. O fluxo de assinatura do Sumário deve refletir o profissional efetivamente responsável pela alta e as normas vigentes de documentos médicos.

5. Validação antes de assinatura e publicação

Barreiras de validação

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Identificação do paciente e episódio correspondem ao prontuário e a outro identificador.	[ ]	[Preencher]
CNES, admissão, desfecho e datas são coerentes; nenhuma alta pertence a episódio diferente.	[ ]	[Preencher]
Motivo de internação não foi confundido com diagnóstico principal estabelecido após estudo.	[ ]	[Preencher]
Problemas e diagnósticos pertinentes têm código, classificação e estado de resolução adequados.	[ ]	[Preencher]
Procedimentos, cirurgias, intercorrências e dispositivos críticos foram reconciliados.	[ ]	[Preencher]
Alergias foram verificadas e não confundidas com ausência de registro.	[ ]	[Preencher]
Prescrição domiciliar vincula documento válido; medicamentos suspensos não aparecem como ativos.	[ ]	[Preencher]
Resultados pendentes têm titular médico, mecanismo de revisão e comunicação documentados.	[ ]	[Preencher]
Plano de seguimento e orientações não contêm contradições entre documentos.	[ ]	[Preencher]
Médico responsável revisou conteúdo e assina em mecanismo institucional validado.	[ ]	[Preencher]
Publicação expõe apenas versão final autorizada; rascunhos e retificações são diferenciados.	[ ]	[Preencher]

Regra crítica: falha de identidade, ausência de assinatura ou discrepância medicamentosa relevante bloqueia a publicação como documento definitivo e exige correção. Isso não transforma o portal em obstáculo administrativo automático à alta médica; eventual risco assistencial deve ser reavaliado pelo médico responsável, com contingência documental segura.

6. Retificação, versões e preservação do histórico

Evento	Conduta no prontuário	Reflexo no Passaporte
Erro antes de assinar	Corrigir rascunho com autoria e registro	Não publicar até resolução
Erro após assinatura	Emitir retificação/adendo formal, sem apagar original	Identificar nova versão, substituir exibição ativa e manter trilha
Laudo corrigido após alta	Atualizar fonte LIS/RIS, revisar impacto clínico	Alertar médico titular; sinalizar documento corrigido
Acesso por outro profissional	Verificar finalidade/autorização e perfil	Trilha de usuário, data, versão e finalidade

7. Testes de homologação e critérios de aceite

Teste	Resultado esperado	Evidência do teste
Homônimos com datas de nascimento distintas	Nenhuma troca de documento	Captura e log sintético
CPF ausente, CNS validado	Fluxo permitido segundo perfil e regra vigente	Log e validação
Médico sem assinatura válida	Impedir publicação final	Tela/registro de bloqueio
Medicamento de internação suspenso	Não reaparece na prescrição domiciliar	Conciliação auditada
Exame pendente liberado após alta	Fila para responsável identificado	Evento de teste e rastreio
Retificação assinada	Versão ativa correta e versão anterior auditável	Controle de versão
Paciente sem internet	Entrega institucional por alternativa segura	Registro de entrega

8. Indicadores e auditoria do formulário

Indicador	Definição proposta	Gestor
Completude essencial	Sumários assinados sem lacuna crítica ÷ altas elegíveis	Qualidade/NSP
Concordância identidade/episódio	Sumários corretos na amostra ÷ sumários amostrados	HIS/Qualidade
Tempo de disponibilização	Data/hora publicação − data/hora alta	TI/Assistência
Retificações clinicamente relevantes	Retificações significativas ÷ sumários emitidos	Direção Técnica
Pendências com responsável	Pendências com titular de revisão ÷ pendências identificadas	Gestão pós-alta

Referências técnicas e normativas

1. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

2. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.381/2024 — emissão de documentos médicos. Consulta: https://sistemas.cfm.org.br/normas/

3. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

4. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

5. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

6. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

Registro formal de ajustes antes da implantação

Item de revisão	Ação corretiva / documento de evidência	Responsável e prazo
[Campo, fluxo ou regra]	[Descrever alteração, evidência e revisão de risco]	[Nome, data]
[Campo, fluxo ou regra]	[Descrever alteração, evidência e revisão de risco]	[Nome, data]

Item de revisão	Ação corretiva / documento de evidência	Responsável e prazo
[Campo, fluxo ou regra]	[Descrever alteração, evidência e revisão de risco]	[Nome, data]

Decisão institucional: [ ] Modelo aprovado para parametrização [ ] Aprovado com ressalvas [ ] Devolver para revisão. O aceite editorial não equivale a homologação do sistema ou a autorização de operação.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 02

MODELO VISUAL DA FICHA DO PASSAPORTE DIGITAL CANAÃ

Protótipo textual editável da ficha de acesso do paciente, com direitos, segurança, status e jornada responsiva.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 02: Modelo visual da Ficha do Passaporte Digital Canaã
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Natureza do modelo visual

Esta ficha é a camada de leitura e navegação do paciente, não é prontuário paralelo nem Sumário de Alta. Os dados e documentos permanecem nos sistemas de origem; a interface oferece informações autorizadas e versões aprovadas, com indicação clara de data, autoria e estado. As telas a seguir constituem um wireframe institucional em Word, não uma aplicação desenvolvida, e exigem testes de usabilidade, acessibilidade e segurança antes de qualquer lançamento.

2. TELA 1 — Início do Passaporte (protótipo para smartphone / impressão)

Área visual	Conteúdo exibido ao paciente
Topo	HOSPITAL CANAÃ	PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE Ambiente seguro • Entrar / Sair • Acessibilidade • Ajuda
Identificação	Olá, [NOME DE EXIBIÇÃO] Registro de acesso: [data/hora]	Última atualização documental: [data/hora]
Cartão: Sua última internação	[Período da internação] • [unidade] • [situação: alta concluída] Médico responsável: [nome/CRM] • Documento: [assinado / indisponível]
Ações principais	[Ver meu Sumário de Alta] [Meu Plano de Cuidados] [Receitas de alta] [Exames e laudos]

Área visual	Conteúdo exibido ao paciente
Acompanhamento	[Retornos] [Resultados pendentes] [Orientações de recuperação] Status e prazos devem corresponder ao prontuário / fluxo de seguimento.
Apoio e segurança	[Como usar] [Compartilhar documento de forma segura] [Solicitar ajuda] [Preciso de cópia impressa]
Faixa de orientação	Este portal complementa, mas não substitui, atendimento médico. Em emergência, procure serviço de urgência.

Diretriz visual: linguagem clara, contraste legível, fonte escalável, navegação por teclado/leitor de tela, botões com rótulos explícitos, mensagens sem excesso de jargão. Informação relevante não poderá depender exclusivamente de cor ou ícone. [1–3]

3. TELA 2 — Ficha resumida de alta em linguagem compreensível

Cartão	Campos / frase de interface
O que aconteceu	Internação de [data] a [data] — Por: [motivo em linguagem simples validada].
Diagnósticos	[Resumo fiel do Sumário de Alta]. Ver diagnóstico e CID clínico completo (opcional).
Como estou na alta	[Estado geral / limitações / necessidades] com atualização em [data].
Medicamentos para casa	Veja a receita assinada em [data] e a orientação individual. Medicamentos do hospital não significam uso em casa.
Exames	[Disponíveis] [Aguardando resultado] [Corrigidos/retificados], com data e situação.
Cuidados e sinais de alerta	[Instruções do plano individual] e ações quando sinais de alerta ocorrerem.
Próximo atendimento	[Destino indicado e prazo] | Agendamento: [Orientado/solicitado/confirmado/não confirmado].
Origem e versão	Documento assinado por [médico] em [data/hora] — Versão [n]. Link de autenticidade sob controle.

4. TELA 3 — Exames e documentos

Elemento	Regra de exibição	Ação permitida
Resultado de laboratório	Data de coleta, data de validação e laudo assinado	Visualizar/baixar conforme permissão
Imagem/TC/RM/US	Laudo, instituição, data e link protegido ao visualizador DICOM	Visualizar; baixar quando tecnicamente permitido
Anatomopatológico	Resultado definitivo e status de liberação	Visualizar quando autorizado
Resultado pendente	“Aguardando resultado” com contato e serviço responsável	Acompanhar status sem inventar prazo
Resultado crítico	Não oferecer interpretação automática ou alerta isolado sem fluxo clínico	Acionamento profissional prioritário
Documento retificado	Identificar nova versão e data, sem esconder histórico auditável	Visualizar versão atual; histórico sob regra

5. TELA 4 — Compartilhamento seguro

Passo	Conteúdo / controle de segurança
01 — Escolher documento	A pessoa seleciona apenas os itens necessários; padrão de seleção mínima.
02 — Definir destinatário ou meio	Ex.: apresentação direta na UBS ou link temporário controlado.
03 — Conferir permissões	Prazo de validade, conteúdo, possibilidade de revogar, identificação do acesso.
04 — Confirmar	Reautenticação quando risco exigir; nunca expor documentos no corpo do QR.
05 — Receber comprovante	Data/hora, documentos, situação, política de revogação; nenhum dado sensível na notificação comum.
06 — Revisar ou revogar	Visualizar sessões e tokens vigentes; revogar quando pertinente; registrar rastreabilidade.

6. TELA 5 — Acesso alternativo, acessibilidade e cuidador

Cenário	Solução prevista	Segurança
Paciente sem smartphone	Cópia impressa do documento válido, entregue após conferência	Registro de entrega, pessoa recebedora e versão
Baixa visão ou cegueira	Leitor de tela, texto selecionável e contraste	Não usar imagem de texto para documento essencial
Baixa alfabetização digital	Apoio humano presencial/telefone institucional	Não pedir senha ao atendente; orientação guiada
Pessoa com deficiência auditiva	Fluxo textual acessível e meio de comunicação adaptado	Sigilo no atendimento
Cuidador sem representação legal	Apoio consentido/legitimado por escopo, sem presumir acesso integral	Conferência da legitimidade e registro do alcance
Representante legal	Cadastro e documentação proporcional à finalidade	Prazo, limites e revogação quando cabível
Instabilidade de internet	Orientação presencial e entrega segura alternativa	Evitar liberar acesso público ou cache indevido

7. Dicionário de componentes da interface

ID	Componente	Fonte e regra de atualização	Estado seguro
UI-01	Cabeçalho de identidade	Cadastro mestre validado	Sem exibir CPF completo por padrão
UI-02	Lista de internações	HIS com vínculo de episódios	Visível apenas após autenticação
UI-03	Sumário de Alta	PEP / documento assinado	Não publicado se rascunho
UI-04	Medicamentos de alta	Prescrição clínica válida / conciliação	Sinalizar data e revisão
UI-05	Exames	LIS/RIS/PACS / laudo validado	Status pendente ou corrigido explícito
UI-06	PICA	Plano institucional validado e versão	Mostrar responsável e data
UI-07	Compartilhar	Serviço de autorização e logs	Token opaco, curto e revogável
UI-08	Suporte	Canal institucional e categoria de dúvida	Não fazer triagem de emergência por chat comum

8. Regras de linguagem e comunicação com o paciente

Evitar	Preferir	Por quê
“Sua saúde está normal”	“Resultado liberado em [data]. Consulte a interpretação médica.”	Evita diagnóstico automático
“Consulta confirmada” sem resposta	“Retorno recomendado; agendamento ainda não confirmado”	Não cria falsa segurança
“Sem alergias” sem checagem	“Informação sobre alergias ainda não confirmada”	Diferencia ausência de registro
“Medicamentos em uso” a partir do PEP	“Receita de alta assinada em [data]”	Não confunde hospital e domicílio
“Clique no QR para visualizar tudo”	“QR para autenticação e acesso autorizado”	Evita exposição direta de dados

9. Wireframe da impressão e formato portátil

Região da folha	Conteúdo proposto
Cabeçalho	Hospital Canaã; “Ficha do Passaporte”; data de emissão; nome e 2º identificador abreviado.
Síntese	Episódio de alta, referência ao Sumário de Alta assinado e versão.
Próximos passos	Retorno, prescrições válidas, cuidados essenciais e sinais de alerta definidos por profissional.
Acesso seguro	Endereço público institucional do portal + QR de autenticação sem informações clínicas embutidas.
Ajuda	Canais institucionais válidos, horário de atendimento e alternativa sem internet.
Rodapé	“Este resumo de acesso não substitui documentos médicos assinados; cuidado urgente exige avaliação presencial”.

QR impresso deverá conter endereço/token opaco e temporal, não CPF, diagnóstico, nome, laudo, receita ou arquivo em texto aberto. Exemplo de QR não será criado enquanto autenticação e contrato não estiverem homologados.

10. Jornada do usuário e estados operacionais

Etapa	Gatilho / resposta	Falha e contingência
Ativação	Paciente recebe orientação e opta por acesso apoiado ou digital	Sem habilitação: papel e apoio humano
Primeiro acesso	Identidade confirmada; senha ou autenticação segura	Bloqueio temporário e recuperação assistida
Consulta	Mostrar última versão autorizada com proveniência	Não exibir “resultado pronto” sem liberação
Compartilhamento	Consentimentos/permissões cabíveis, registro e revogação	Token inválido e log preservado
Retificação	Exibir aviso de documento substituído	Preservar histórico com acesso controlado
Encerramento de sessão	Sair e expirar sessão por inatividade conforme risco	Invalidação de tokens sensíveis

11. Matriz de validação UX, segurança e acessibilidade

Testes obrigatórios no protótipo e no piloto

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
O usuário localiza Sumário, receita e exames sem confundir os documentos.	[ ]	[Preencher]
Leitor de tela identifica títulos, campos, links e mensagens de erro.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Navegação por teclado cobre todas as funções e mantém foco visível.	[ ]	[Preencher]
Tamanho do texto e contraste são legíveis em dispositivo móvel.	[ ]	[Preencher]
Documento retificado tem versão e data identificáveis.	[ ]	[Preencher]
O portal nunca indica confirmação de UBS ou consulta sem evidência.	[ ]	[Preencher]
QR não expõe identificadores pessoais ou documento clínico sem autenticação.	[ ]	[Preencher]
Representante não acessa dados fora do seu escopo autorizado.	[ ]	[Preencher]
Paciente sem smartphone consegue receber documento por meio seguro.	[ ]	[Preencher]
Resultados pendentes/críticos não são interpretados por algoritmo sem validação humana.	[ ]	[Preencher]
Perda de conexão não mostra documento do paciente anterior.	[ ]	[Preencher]
Links de compartilhamento vencidos deixam de funcionar e produzem log.	[ ]	[Preencher]

12. Critérios de aceite do artefato visual

Liberar somente após: (i) teste com pacientes e cuidadores diversos sem dados reais; (ii) verificação de acessibilidade com componentes reais; (iii) reconciliação entre telas e os registros autoritativos; (iv) testes de segurança e autorização; (v) plano de suporte e contingência; (vi) aprovação da Direção Técnica, TI, segurança, encarregado e representantes de usuários. O protótipo ilustrativo não prova cumprimento automático de WCAG 2.2.

Referências técnicas e normativas

1. W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

2. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

3. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

5. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

6. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 03

CHECKLIST MULTIPROFISSIONAL DE ALTA SEGURA

Ferramenta de dupla checagem e passagem de responsabilidades: médico, enfermagem, farmácia e coordenação da continuidade.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 03: Checklist multiprofissional de alta segura
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Escopo e regra de acionamento

Aplicar a cada alta hospitalar elegível do Passaporte Digital. O instrumento documenta ações clínicas, farmacêuticas, educacionais e logísticas que deverão estar resolvidas ou com plano de contingência validado. “Concluído” requer evidência; “Não aplicável” exige justificativa; “Pendente” exige dono, prazo, risco e decisão do médico. O checklist não substitui a avaliação médica da alta nem é autorização automática de saída.

A decisão sobre alta, titularidade e assinatura é clínica. Nas internações cirúrgicas, o cirurgião permanece responsável nominal pela evolução diária e pela alta; a cogestão do hospitalista apoia cuidado clínico e prescrição conforme atribuições; o intensivista responde pelo manejo da fase crítica. Nenhuma pendência administrativa do portal autoriza retenção injustificada do paciente; risco clínico não resolvido exige reavaliação assistencial.

2. Identificação do episódio e aplicação

Campo	Registro
Paciente e identificadores	[Nome completo] | [Data nascimento] | [ID prontuário]
Internação	[ID episódio] | [Setor] | [Data/hora prevista ou efetiva da alta]
Titular / responsável pela alta	[Nome, CRM/UF]
Aplicação do checklist	[Data/hora] | [Aplicador, cargo] | [Versão do formulário]
Tipo de saída	[Domicílio / transferência / outro] | [Necessidade de cuidador]

Campo	Registro
Formato de entrega	[Digital / Papel / Ambos / Acesso assistido]

3. Legenda e critérios de preenchimento

Código	Significado	Conduta
C	Concluído / realizado	Registrar evidência ou documento identificador
NA	Não aplicável	Registrar motivo clínico/logístico
P	Pendente controlada	Indicar responsável, prazo, meio de seguimento e ciência do médico
B	Bloqueio clínico ou de publicação	Acionar decisão médica ou suspender apenas publicação, conforme natureza
R	Reavaliar / corrigir	Reabrir etapa com justificativa e registro de correção

4. CHECKLIST DE ALTA — ETAPA MÉDICA

ID	Ação / condição de segurança	Status	Evidência / ação pendente
M01	Avaliação médica atual documentada; alta clinicamente justificada.	[C/NA/P/B]	[EV / profissional]
M02	Responsável nominal pela alta definido e conferido; cirurgião titular quando aplicável.	[C/NA/P/B]	[EV / CRM]
M03	Diagnósticos, motivo, complicações e evolução reconciliados com prontuário.	[C/NA/P/B]	[EV / ID]
M04	Sumário de Alta revisado, assinado e com identificação/episódio corretos.	[C/NA/P/B]	[EV / versão]
M05	Prescrição de alta válida, medicações iniciadas, suspensas e alteradas explicitadas.	[C/NA/P/B]	[EV / ID]
M06	Alergias / reações relevantes e status de verificação reconhecidos.	[C/NA/P/B]	[EV]
M07	Exames pendentes têm revisor nomeado, plano de comunicação e prazo por risco.	[C/NA/P/B]	[EV / dono]
M08	Dispositivos, feridas, restrições, reabilitação e cuidados pós-operatórios foram orientados.	[C/NA/P/B]	[EV]
M09	Sinais de alerta individualizados e conduta diante de piora estão registrados.	[C/NA/P/B]	[EV]
M10	Retorno/seguimento recomendado e destino documentados, sem falsa confirmação.	[C/NA/P/B]	[EV]

5. CHECKLIST DE ALTA — ENFERMAGEM

ID	Ação / condição de segurança	Status	Evidência / ação pendente
E01	Identificação por dois identificadores antes de entregar materiais e instruções.	[C/NA/P/B]	[EV]
E02	Educação sobre cuidados, curativos, dispositivos, mobilidade e prevenção de quedas.	[C/NA/P/B]	[EV]

ID	Ação / condição de segurança	Status	Evidência / ação pendente
E03	Cuidador/apoio identificado e orientado quando necessário; escopo de participação respeitado.	[C/NA/P/B]	[EV]
E04	Material assistencial e plano de cuidados de enfermagem entregues quando indicados.	[C/NA/P/B]	[EV]
E05	Método teach-back aplicado a orientações críticas e resultado documentado.	[C/NA/P/B]	[EV]
E06	Necessidade de transporte, apoio social ou equipamentos comunicada a setor competente.	[C/NA/P/B]	[EV]
E07	Alta à unidade receptora transferida com comunicação profissional, quando aplicável.	[C/NA/P/B]	[EV]

6. CHECKLIST DE ALTA — FARMÁCIA / CONCILIAÇÃO

ID	Ação / condição de segurança	Status	Evidência / ação pendente
F01	Lista prévia, uso real relatado e prescrição de internação foram comparados quando disponíveis.	[C/NA/P/B]	[EV]
F02	Receita de alta corresponde aos medicamentos domiciliares efetivamente indicados.	[C/NA/P/B]	[EV]
F03	Discrepâncias significativas resolvidas pelo prescritor, com registro de decisão.	[C/NA/P/B]	[EV]
F04	Medicamentos de alto risco: dose, horário, monitoramento e orientações confirmados.	[C/NA/P/B]	[EV]
F05	Acesso a medicamentos e dificuldades de obtenção avaliados e encaminhados.	[C/NA/P/B]	[EV]
F06	Paciente/cuidador consegue explicar o novo regime, quando aplicável.	[C/NA/P/B]	[EV]

7. CHECKLIST DE ALTA — CONTINUIDADE / APOIO / DIGITAL

ID	Ação / condição de segurança	Status	Evidência / ação pendente
C01	Plano Individual de Continuidade Assistencial revisado e entregue.	[C/NA/P/B]	[EV/versão]

ID	Ação / condição de segurança	Status	Evidência / ação pendente
C02	UBS/especialista/destino identificado; status de encaminhamento real registrado.	[C/NA/P/B]	[EV]
C03	Exames ainda pendentes estão em lista com responsáveis e reavaliação.	[C/NA/P/B]	[EV]
C04	Apoio social, transporte, cuidador ou barreira de comunicação têm encaminhamento.	[C/NA/P/B]	[EV]
D01	Paciente identificado no portal, se ativado; conta/acesso seguro testado, quando aplicável.	[C/NA/P/B]	[EV]
D02	Documento médico validado foi publicado na versão correta; nada de rascunhos.	[C/NA/P/B]	[EV]
D03	Alternativa impressa ou assistida oferecida ao paciente sem acesso digital.	[C/NA/P/B]	[EV]
D04	Canais institucionais e suas limitações foram explicados; emergência não depende de chat.	[C/NA/P/B]	[EV]
D05	Entrega ao paciente/representante legitimado foi registrada sem exposição indevida.	[C/NA/P/B]	[EV]

8. CHECKLIST — CIÊNCIA DO PACIENTE / CUIDADOR

ID	Pergunta de verificação da compreensão	Resposta evidenciada
P01	“Quais medicamentos usará em casa? O que mudou?”	[Resposta / necessidade de reforço]
P02	“Que cuidados precisa realizar e quais evitar?”	[Resposta / necessidade de reforço]
P03	“Quais sinais indicam procurar atendimento imediatamente?”	[Resposta / necessidade de reforço]
P04	“Onde e quando fará o retorno? Já está agendado?”	[Resposta / agendamento real]
P05	“Sabe como acessar seus documentos ou pedir cópia?”	[Digital / papel / ajuda]
P06	“Sabe quem responde pelos exames ainda pendentes?”	[Resposta / ação de reforço]

O paciente não deve ser compelido a repetir informações em público ou a utilizar aplicativo como condição de cuidado. Se a compreensão for insuficiente, reexplicar com linguagem simples e recursos acessíveis e documentar a necessidade de apoio.

9. Registro de pendências, exceções e escalonamento

ID pendência	Risco / ação de contingência	Dono e prazo clínico	Decisão e ciência
[ID / M/F/E/C]	[Descrição / risco / ação]	[Nome/contato/prazo]	[Médico / data/hora]
[ID / M/F/E/C]	[Descrição / risco / ação]	[Nome/contato/prazo]	[Médico / data/hora]
[ID / M/F/E/C]	[Descrição / risco / ação]	[Nome/contato/prazo]	[Médico / data/hora]

10. Critérios de bloqueio e segurança

Situação	Tratamento operacional	Autoridade
Paciente/episódio divergente	Suspender a entrega/publicação do documento incorreto; corrigir fonte.	Cadastro/PEP + médico responsável
Incerteza relevante de prescrição ou alergia	Reavaliar risco clínico com médico; não publicar lista contraditória.	Médico + farmácia
Resultado crítico sem revisão definida	Escalonar imediatamente e decidir conduta clínica.	Médico responsável/NSP
Sumário sem assinatura	Não publicar como versão final; fornecer documentos válidos conforme contingência.	Direção Técnica/PEP
Portal indisponível	Entrega física segura e registro de continuidade, sem bloquear alta por TI.	Enfermagem/atendimento
Pessoa sem capacidade de compreensão sem suporte	Acionar representante/cuidador legitimado e proteção social.	Equipe médica/multiprofissional

11. Termo de conclusão e passagem de responsabilidades

Registro de encerramento	Preenchimento
Alta clínica determinada por	[Médico titular, CRM, data/hora]
Itens do checklist: concluídos / NA / pendentes	[n] / [n] / [n]; justificar B ou P
Pendências com plano responsável	[IDs e vínculo ao painel de seguimento]
Documento de alta entregue	[Versão / meio / recebedor / data]
PICA entregue e compreendido	[ID, data, profissional, resultado de teach-back]
Responsável médico	[Assinatura / CRM / data]
Responsável enfermagem	[Assinatura / registro / data]
Farmácia / coordenação, quando aplicável	[Assinatura / registro / data]

12. Auditoria, treinamento e indicadores

Indicador	Cálculo operacional	Uso
Completude documental	Checklists com campos críticos preenchidos ÷ altas auditadas	Monitorar rotina sem induzir marcação automática
Pendências sem responsável	Pendências abertas sem titular ÷ pendências abertas	Ação imediata de risco
Erros de medicação detectados	Discrepâncias relevantes detectadas e corrigidas	Aprendizado de processo, não punição
Compreensão demonstrada	Pacientes aptos a explicar os pontos-chave ÷ pacientes avaliados	Revisão do material educativo

Indicador	Cálculo operacional	Uso
Inclusão não digital	Altas que precisaram e receberam alternativa segura ÷ altas com barreira	Equidade

Durante o piloto, auditar amostras de altas clínicas, cirúrgicas e pós-UTI, incluindo turnos noturnos, pacientes com baixa familiaridade digital e transferências. As pendências serão reconciliadas com o prontuário, não apenas com as marcações deste formulário. [1–4]

Referências técnicas e normativas

1. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

2. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

3. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

5. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 04

MODELO DE PLANO INDIVIDUAL DE CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

PICA — roteiro multiprofissional, individualizado e orientado ao paciente, separado do Sumário de Alta assinado.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 04: Modelo de Plano Individual de Continuidade Assistencial
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Propósito e método de elaboração

O Plano Individual de Continuidade Assistencial (PICA) é a tradução operacional do cuidado após a alta. Organiza ações, responsáveis, prazos, sinais de alerta, medicamentos prescritos, cuidados, retornos e exames pendentes em linguagem compreensível. Não constitui novo prontuário nem substitui o Sumário de Alta ou a receita assinada. Deve derivar de decisões clínicas reais e refletir a condição de saúde individual, inclusive limitações funcionais e barreiras sociais. [1–3]

O médico responsável pela alta valida o conteúdo clínico. Enfermagem, farmácia, serviço social, fisioterapia, nutrição e coordenação do seguimento contribuem segundo atribuições e necessidades. O paciente participa do plano e tem sua compreensão avaliada. Em casos cirúrgicos, o cirurgião titular mantém responsabilidade por orientações cirúrgicas e alta, com participação do hospitalista e equipe intensiva conforme cogestão formalizada.

2. FICHA DO PACIENTE — PICA (versão pronta para preenchimento)

Identificação	Preencher
Paciente e 2º identificador	[Nome completo]	[Data nascimento ou ID]
Internação e data da alta	[ID episódio]	[dd/mm/aaaa]
Versão do PICA	[v] / [data/hora de validação]
Profissional médico responsável	[Nome, CRM/UF, equipe]

Identificação	Preencher
Pessoa de apoio ou representante	[Nome/vínculo, se autorizado]
Como prefere receber orientações	[Digital, papel, ambos, comunicação assistida]
Contato institucional para dúvidas não urgentes	[Canal/hora de funcionamento; preencher após contratação]

A — O que aconteceu e o que precisa de acompanhamento

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Motivo principal da internação	[Explicar em uma ou duas frases, sem alterar o diagnóstico médico]
Diagnósticos/problemas em acompanhamento	[Situação atual em linguagem simples]
Condição na alta e capacidade funcional	[Mobilidade, autocuidado, necessidades de suporte]
Principais procedimentos, quando aplicáveis	[Procedimento, data e implicações práticas]

B — Minha lista de ações nas próximas 24–72 horas (prazo individualizado)

Campo para preenchimento	Registro / orientação
O que fazer ao chegar em casa	[Orientação específica de local, alimentação, posicionamento, apoio, equipamentos]
Quem ajuda e como obter apoio	[Pessoa/equipe; disponibilidade e contingência]
Medicamentos e prescrições	[Ver receita médica válida, anexa/vinculada: ID]
Curativos e dispositivos, se houver	[Quando, como e por quem será realizado]
Contatos importantes	[Instituição, endereço/canal, limitações e urgência]

C — Calendário de continuidade, consultas e exames

Atividade / meta	Prazo clínico	Destino / agendamento real	Responsável e situação
[Consulta com especialidade]	[data ou janela]	[UBS/ambulatório; orientação / solicitação / confirmado]	[Nome/equipe; estado]
[Exame de controle]	[data]	[Local e preparo, se confirmado]	[Nome/equipe; estado]
[Fisioterapia/ reabilitação]	[frequência individual]	[Serviço a definir ou pactuado]	[Nome/equipe; estado]
[Revisão de exames pendentes]	[prazo definido pelo risco]	[Médico revisor e canal de contato]	[Nome/equipe; estado]
[Outro]	[data]	[serviço]	[responsável]

Status admissíveis: “recomendado”, “solicitado”, “agendamento confirmado”, “comparecimento informado”, “realizado comprovado”, “não realizado”, “reagendamento necessário”. Não marcar “confirmado” com base apenas em envio digital, nem declarar recebimento pela UBS sem integração ou confirmação documentada.

D — Medicamentos: alterações que precisam ser compreendidas

Ação	Medicamento e referência à receita	Como acompanhar
INICIAR	[Nome e ID da receita; não transcrever dose sem validação]	[Orientação, modo de obtenção]

Ação	Medicamento e referência à receita	Como acompanhar
MANTER	[Nome e ID da receita]	[Sinais de atenção / monitoramento]
AJUSTAR	[Nome e ID da receita]	[Alteração confirmada com prescritor]
SUSPENDER	[Nome e justificativa clínica, se documentada]	[Evitar retorno à medicação antiga]

A prescrição assinada tem prioridade. Havendo divergência entre o PICA e a receita, suspender a orientação conflitante, comunicar o médico prescritor e corrigir a versão do plano. Dados de uso exclusivamente intra-hospitalar não representam medicamentos de uso domiciliar.

E — Cuidados individualizados, limitações e reabilitação

Domínio	Orientação individual / frequência	Responsável / como avaliar
Ferida operatória / curativo	[Se aplicável: método, frequência, restrições]	[Equipe e sinais de revisão]
Atividade e mobilidade	[Restrições e liberação por equipe]	[Cuidador/fisioterapia]
Alimentação e hidratação	[Plano autorizado, necessidades e restrições]	[Nutrição/assistência]
Sono, dor e sintomas	[Registro de sintomas, controle e sinais de alerta]	[Médico/equipe]
Cateteres, estomas e dispositivos	[Cuidados e data de reavaliação, se houver]	[Enfermagem/serviço]
Pós-UTI	[Capacidade funcional, reabilitação, atenção cognitiva]	[Equipe de referência]
Doenças crônicas	[Monitorização quando indicada e quem revisará dados]	[UBS/especialista]

F — Sinais de alerta e plano de procura de assistência

Situação	Sinal individualizado	Ação acordada
Urgência/emergência	[Sintomas específicos identificados pelo médico como sinal de gravidade]	[Procurar imediatamente serviço de urgência ou SAMU 192 conforme gravidade]
Piora que precisa de avaliação no mesmo dia	[Sinais de possível complicação]	[Avaliação clínica no serviço definido; não aguardar mensagem]
Dúvida não urgente	[Questão sobre retorno/educação/documentos]	[Contato institucional em horário informado]

Exemplos gerais de situações potencialmente graves incluem falta de ar intensa, dor torácica importante, alteração aguda de consciência, déficit neurológico súbito ou sangramento significativo. A lista não é exaustiva nem substitui sinais específicos da doença/procedimento. A plataforma ou o WhatsApp não constituem serviço de emergência nem devem retardar cuidado presencial.

G — Exames e resultados ainda pendentes

ID/Exame	Status e prazo por risco	Quem revisará	Como será comunicada a decisão
[ID / nome]	[Pendente / previsão / risco]	[Nome, CRM/equipe]	[Canal seguro + plano alternativo]
[ID / nome]	[Pendente / previsão / risco]	[Nome, CRM/equipe]	[Canal seguro + plano alternativo]

O hospital não transfere silenciosamente ao paciente a responsabilidade por identificar resultados críticos. Todo exame pendente deve ter dono clínico e forma definida de comunicar conclusões; o fechamento exige registro de revisão, ação tomada e contato quando indicado. A simples disponibilização no portal não equivale à revisão médica.

H — Passagem para a rede de atenção / UBS

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Unidade de referência pretendida	[Nome / região / canal verificado]
Ações de contrarreferência	[Sumário e PICA entregues; encaminhamento solicitado / enviado / recebido se comprovado]
Acompanhamento pela UBS	[Necessidade clínica, sem presumir vínculo nem vaga confirmada]
Especialistas e cirurgião responsável	[Orientações por área e retorno pós-operatório, se aplicável]
Barreiras de acesso	[Transporte, comunicação, custeio, limitação funcional, suporte social]

I — Metas individualizadas (modelo SMART adaptado)

Meta proposta	Forma de observar	Prazo / revisor	Risco e adaptação
[Ex.: conseguir executar cuidados com auxílio definido]	[Demonstração ou avaliação]	[Prazo personalizado / equipe]	[Barreiras e adaptação]
[Ex.: realizar retorno com equipe indicada]	[Comparecimento confirmado / evidência]	[Prazo / coordenação]	[Indisponibilidade de vaga]
[Ex.: completar revisão de resultados pendentes]	[Resultado revisado e ação documentada]	[Prazo por risco / médico]	[Escalonamento]

Uma meta de cuidado não pode implicar responsabilizar o paciente pela falta de acesso à rede. Metas exigem negociação, capacidade funcional, disponibilidade real de serviço e revisão se houver piora ou mudança clínica. Não usar metas de redução de custo como critério isolado de alta.

J — Evidência da compreensão e entrega

Verificação	Registro
Quem recebeu explicação	[Paciente / representante legitimado / cuidador autorizado]
Método e idioma	[Explicação verbal, intérprete, texto acessível, apoio]
Teach-back — uso de medicações	[Compreendeu / reforçar / inadequado por condição clínica]

Verificação	Registro
Teach-back — sinais de alerta	[Explica o que fazer diante de piora?]
Teach-back — consultas/exames	[Consegue relatar onde, quando e com quem?]
Forma de entrega	[Papel / digital / ambos / via alternativa segura]
Versão, data e responsável pela entrega	[ID PICA, versão, data/hora, registro profissional]

3. SEGUNDA VIA OPERACIONAL — PAINEL DA EQUIPE DE CONTINUIDADE

A ficha acima é destinada ao paciente e pode ser entregue em formato acessível. A segunda via é instrumento de trabalho interno, com dados minimizados, prazos e estado de cada tarefa. Sua manutenção não substitui a evolução no prontuário ou o registro de agendamento, prescrição e comunicação pelos sistemas de origem.

ID tarefa	Risco/prioridade	Dono e unidade	Prazo e evidência	Estado
[PICA-ID-01]	[Crítico/Alto/Rotina]	[Profissional / equipe]	[Data/hora / documento]	[Aberta/Executada/ Encerrada]
[PICA-ID-02]	[Crítico/Alto/Rotina]	[Profissional / equipe]	[Data/hora / documento]	[Aberta/Executada/ Encerrada]
[PICA-ID-03]	[Crítico/Alto/Rotina]	[Profissional / equipe]	[Data/hora / documento]	[Aberta/Executada/ Encerrada]

4. Regras de abertura, revisão, fechamento e reabertura

Evento	Ação e evidência necessária	Responsável
Alta autorizada	Criar PICA a partir do Sumário e receita válidos, com equipe e responsável.	Equipe assistencial / médico da alta
Orientação entregue	Registrar interlocutor, versão, formato e compreensão.	Enfermagem / educador habilitado
Resultado pendente liberado	Enviar para revisão clínica; registrar conduta e eventual comunicação.	Médico nomeado para pendência
Retorno não agendado	Manter estado “solicitado” e definir ação de apoio, sem falsa confirmação.	Navegação/coordenação
Piora clínica relatada	Aplicar fluxo seguro; orientar avaliação urgente quando indicado.	Profissional habilitado / médico
Documento clínico retificado	Revisar e republicar PICA coerente com nova versão assinada.	Equipe responsável / TI
Tarefa concluída	Fechar mediante evidência; manter histórico e data.	Dono da tarefa
Alta de seguimento / transferência	Encerrar plano com condições atendidas ou transferência formal de responsabilidade.	Médico / coordenação

5. Matriz de responsabilidade do PICA

Dimensão	Responsável por validar	Executor/apoio	Evidência
Diagnósticos, condutas e sinais clínicos	Médico responsável pela alta	Equipe assistencial	Sumário e prescrição assinados
Orientações e cuidados domiciliares	Médico para conteúdo clínico; enfermagem para cuidados próprios	Enfermagem e educador	Registro de educação/teach-back
Conciliação / medicações	Prescritor + farmácia conforme atribuições	Farmácia/assistência	Receita válida e divergências resolvidas
Exames pendentes	Médico titular da revisão	Equipe de pós-alta / laboratórios	Revisão e comunicação auditáveis
Retornos e rede SUS	Médico indica necessidade	Navegação/serviço social	Destino e status reais
Portal e entrega documental	TI / gestão documental	Atendimento e suporte	Versão, recibo e log

6. Checklist de homologação do modelo PICA

Testes da jornada do plano

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
O plano foi construído com informações de fonte clínica validada.	[ ]	[Preencher]
O cirurgião titular permanece identificado no pós-operatório.	[ ]	[Preencher]
Medicamentos não entram no plano sem correspondência com receita assinada.	[ ]	[Preencher]
Sinais de alerta são individualizados e não substituídos por texto genérico.	[ ]	[Preencher]
Cada resultado pendente tem revisor identificado e prazo por risco.	[ ]	[Preencher]
O retorno na UBS não é tratado como confirmado sem prova.	[ ]	[Preencher]
O paciente consegue explicar as ações essenciais ou recebe suporte adicional.	[ ]	[Preencher]
O formato acessível/impresso é entregue quando há barreira digital.	[ ]	[Preencher]
Nova versão do Sumário retificado gera revisão clínica do PICA.	[ ]	[Preencher]
Nenhum colaborador não habilitado realiza prescrição ou interpretação clínica.	[ ]	[Preencher]
Contato pós-alta com intercorrência grave tem escalonamento clínico seguro.	[ ]	[Preencher]
Tarefas encerradas preservam histórico e prova de execução.	[ ]	[Preencher]

7. Indicadores do plano individual

Indicador	Fórmula proposta	Interpretação
Entrega de PICA válido	Altas com plano entregue ÷ altas elegíveis	Cobertura; não atesta compreensão
Compreensão demonstrada	Pacientes que explicam os pontos-chave ÷ pacientes avaliados	Qualidade educativa, com exclusões justificadas
Pendência atribuída	Pendências com médico revisor ÷ pendências identificadas	Segurança do seguimento
Ação concluída no prazo	Tarefas encerradas no prazo ÷ tarefas vencidas	Separar risco/complexidade
Inclusão de acesso	Pacientes que receberam forma acessível ÷ pacientes com barreira	Equidade e adaptação

Referências técnicas e normativas

1. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

2. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

3. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

4. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

5. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

6. W3C. Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 05

FORMULÁRIO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA E ALERGIAS

Histórico farmacoterapêutico, discrepâncias, prescrição domiciliar validada e orientação segura para transições de cuidado.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 05: Formulário de conciliação medicamentosa e alergias
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

Legenda operacional. [Campo] = preencher; C = conforme; NC = não conforme; NA = não aplicável; P = pendente. Todos os prazos e SLAs exemplificados dependem de pactuação institucional, do risco clínico e da disponibilidade real da rede. Dados de pacientes devem permanecer no sistema autorizado; não transcrever informações reais para modelos de circulação pública.

1. Finalidade, escopo e decisão clínica

Instrumento para identificar a melhor história possível de medicamentos, confrontar uso prévio, ordens da internação e prescrição de alta, registrar discrepâncias e assegurar que o paciente receba orientação inequívoca sobre o tratamento domiciliar. A conciliação é um processo clínico multiprofissional: o farmacêutico realiza levantamento e análise no escopo de suas competências; mudanças terapêuticas e prescrição são validadas pelo prescritor responsável. Este formulário NÃO é receita e NÃO autoriza alterar doses ou suspender fármacos por conta própria.

Aplicar preferencialmente à admissão, às transferências críticas e à alta. Priorizar usuários polimedicados, idosos frágeis, insuficiência renal/hepática, anticoagulantes, insulinas, sedativos, imunossupressores, antiarrítmicos, antimicrobianos e alterações relevantes de função orgânica. A lista é exemplificativa; a classificação real depende do contexto clínico.

2. Dados de identificação e fontes consultadas

F05-A — Identificação do episódio e equipe

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Paciente e identificadores	[Nome completo] | [Data nascimento] | [Nº prontuário ou identificador seguro]
Episódio assistencial	[Nº internação] | [Data entrada] | [Data e hora alta] | [Unidade]
Médico responsável pela alta	[Nome, CRM] | [Clínico / Cirurgião titular / Outro]
Farmacêutico avaliador	[Nome, CRF] | [Data-hora]
Participante da entrevista	[Paciente / cuidador / representante] | [nome/legitimidade]
Linguagem / limitações relevantes	[Idioma, comunicação alternativa, suporte cognitivo, barreira de leitura]
Comprovação da identidade	[Dois identificadores conferidos] | [Profissional / data-hora]

Fonte da lista	Consultada?	Confiabilidade / data	Divergência
Entrevista paciente	[S/N]	[Data/hora e nível]	[ ]
Familiar/cuidador autorizado	[S/N]	[Nome e data]	[ ]
Embalagens/receitas anteriores	[S/N]	[Documento e validade]	[ ]
PEP / alta anterior	[S/N]	[Unidade e data]	[ ]
Dispensação / UBS / farmácia	[S/N]	[Origem e confirmação]	[ ]
Outras fontes verificáveis	[Especificar]	[Data/hora]	[ ]

Regra de qualidade. Dado não obtido deve constar como “não verificado”; ausência de registro não é prova de inexistência de medicamento ou alergia. Toda fonte conflitante exige esclarecimento, com tratamento proporcional ao risco.

3. Histórico medicamentoso anterior — melhor lista possível (BPMH)

Medicamento / concentração	Como era usado antes da internação	Fonte e confiança	Status na admissão
[Nome genérico, forma, concentração]	[Dose | via | horário | indicação | tempo]	[Fonte; confirmado?]	[Ativo/incerto/suspenso]
[Nome genérico, forma, concentração]	[Dose | via | horário | indicação | tempo]	[Fonte; confirmado?]	[Ativo/incerto/suspenso]
[Nome genérico, forma, concentração]	[Dose | via | horário | indicação | tempo]	[Fonte; confirmado?]	[Ativo/incerto/suspenso]
[Nome genérico, forma, concentração]	[Dose | via | horário | indicação | tempo]	[Fonte; confirmado?]	[Ativo/incerto/suspenso]
[Nome genérico, forma, concentração]	[Dose | via | horário | indicação | tempo]	[Fonte; confirmado?]	[Ativo/incerto/suspenso]

Incluir medicamentos sujeitos a controle especial, fitoterápicos, suplementos com impacto clínico, medicamentos por demanda e automedicação relevante. Informar a dose

efetivamente utilizada, mesmo que difira da receita anterior, e registrar a divergência para avaliação clínica.

4. Ficha estruturada de alergias, intolerâncias e reações adversas

Substância / classe	Categoria e reação	Gravidade / quando	Fonte / verificação
[Substância]	[Alergia suspeita/confirmada/intolerância/EA] | [manifestação]	[Leve/moderada/grave] | [data]	[Relato/documento/teste]
[Substância]	[Alergia suspeita/confirmada/intolerância/EA] | [manifestação]	[Leve/moderada/grave] | [data]	[Relato/documento/teste]
[Substância]	[Alergia suspeita/confirmada/intolerância/EA] | [manifestação]	[Leve/moderada/grave] | [data]	[Relato/documento/teste]

Estado da informação	Marcar e detalhar
Alergias pesquisadas e negadas	[ ] Negadas pelo paciente após entrevista: [data/hora / quem entrevistou]
Informação não disponível	[ ] Não foi possível pesquisar: [motivo / plano de reavaliação]
Reação grave / anafilaxia relatada	[ ] Necessita confirmação e sinalização imediata: [responsável]
Dúvida entre reação adversa e alergia	[ ] Avaliação clínica/farmacêutica indicada: [responsável]

Não substituir “alergias desconhecidas” por “sem alergias”. O rótulo de alergia não deve ser apagado ou reclassificado automaticamente pelo portal. A informação assinada e reconciliada no PEP é a referência para exibição ao paciente.

5. Reconciliação de discrepâncias por medicamento

Medicamento	Comparação prévia / internação / alta	Tipo de divergência	Ação do prescritor / evidência
[Medicamento]	[Antes] / [internação] / [alta]	[Intencional documentada / não intencional / pendente]	[Corrigir/justificar] | [Nome/CRM]
[Medicamento]	[Antes] / [internação] / [alta]	[Intencional documentada / não intencional / pendente]	[Corrigir/justificar] | [Nome/CRM]
[Medicamento]	[Antes] / [internação] / [alta]	[Intencional documentada / não intencional / pendente]	[Corrigir/justificar] | [Nome/CRM]
[Medicamento]	[Antes] / [internação] / [alta]	[Intencional documentada / não intencional / pendente]	[Corrigir/justificar] | [Nome/CRM]

Classe da discrepância	Exemplos de risco	Conduta proposta
Omissão	Medicamento crônico necessário não consta da alta	Revisar indicação e registrar decisão médica
Duplicidade	Dois produtos com mesmo princípio ou classe sem justificativa	Verificar prescrição e evitar administração duplicada
Dose/via/frequência	Dose antiga reproduzida apesar de função renal alterada	Avaliação pelo prescritor; receituário corrigido
Reinício inadvertido	Anticoagulante suspenso para cirurgia volta sem decisão	Confirmar momento e indicação de reinício
Duração/indicação	Antibiótico ou analgésico sem data de término	Documentar orientação e duração individual

Classe da discrepância	Exemplos de risco	Conduta proposta
Informação insuficiente	Nome comercial sem concentração nem dose real	Reconstruir lista e deixar pendência rastreável

6. F05-B — Prescrição de alta reconciliada (referência a documento médico)

O quadro abaixo é espelho de orientação, não prescrição autônoma. A lista deve corresponder integralmente ao documento assinado no sistema validado. Em caso de diferença, bloquear a divulgação do espelho desatualizado e remeter o caso ao prescritor.

Fármaco/força/forma	Dose, via, horário e duração	Finalidade / orientação	Documento assinado
[Nome]	[Dose / via / frequ. / até]	[Objetivo, alimentos, alerta]	[ID / versão / data]
[Nome]	[Dose / via / frequ. / até]	[Objetivo, alimentos, alerta]	[ID / versão / data]
[Nome]	[Dose / via / frequ. / até]	[Objetivo, alimentos, alerta]	[ID / versão / data]
[Nome]	[Dose / via / frequ. / até]	[Objetivo, alimentos, alerta]	[ID / versão / data]

F05-C — Mudanças explícitas para o paciente

Campo para preenchimento	Registro / orientação
CONTINUAR	[Medicamentos mantidos e razões de cautela]
INICIAR	[Fármacos novos, indicação, início, duração, acesso]
AJUSTAR	[Medicamentos com nova dose / horário; explicar diferença]
SUSPENDER	[Nome / motivo clínico comunicado / acompanhamento]
RETOMAR CONDICIONALMENTE	[Condição precisa + profissional responsável; não usar fórmula ambígua]
RETORNO E REAVALIAÇÃO	[Data/prazo indicado e unidade, status real do agendamento]

7. Educação e confirmação de compreensão — paciente/cuidador

Conferência prática antes da entrega

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Paciente identifica qual é a receita mais recente e como acessá-la em formato alternativo.	[ ]	[Preencher]
Paciente demonstra com suas palavras a dose e frequência dos medicamentos de maior risco.	[ ]	[Preencher]
Medicamentos suspensos foram destacados de forma compreensível.	[ ]	[Preencher]
Alergias e reações estão registradas sem confusão com “não verificado”.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Recebimento, guarda e eventual descarte de frascos antigos foram discutidos quando apropriado.	[ ]	[Preencher]
Foi explicado o que fazer diante de sinais graves (buscar atendimento urgente).	[ ]	[Preencher]
Necessidade de insumos, dispensação SUS e limitação financeira foi identificada.	[ ]	[Preencher]
Cuidador/representante foi envolvido apenas com legitimidade e necessidade clínica.	[ ]	[Preencher]
Farmacêutico e prescritor resolveram divergências clinicamente relevantes.	[ ]	[Preencher]
Paciente recebeu contato seguro para dúvidas não emergenciais.	[ ]	[Preencher]

Registro da orientação / teach-back

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Pessoa orientada	[Paciente / cuidador / representante] | [legitimidade]
Método e comunicação	[Presencial, telefone, material acessível / intérprete]
Dificuldades identificadas	[Compreensão, acesso, memória, visão, custo, adesão]
Pergunta de confirmação	“Mostre-me como vai tomar [medicamento] e quando pedirá ajuda.”
Resultado	[ ] Compreendeu [ ] Reexplicar [ ] Necessita suporte adicional
Profissional / data-hora	[Nome, conselho, assinatura ou registro]

8. Critérios de bloqueio, escalonamento e continuidade

Alerta	Resposta do processo	Titular / evidência
Paciente errado, homônimo ou episódio divergente	Suspender publicação da lista; corrigir identificação	Assistência + cadastro; log
Receita não assinada ou alterada sem validação	Não publicar como prescrição ativa	Médico / documentação
Alergia grave incompatível com fármaco proposto	Contato clínico prioritário com prescritor	Médico/farmácia; decisão registrada
Discrepância de medicamento de alto risco	Verificar antes de orientar; plano de contingência	Prescritor; data/hora
Paciente sem medicamento essencial disponível	Criar plano de acesso / dispensação e avaliar risco	Equipe, assistência social/farmácia
Alta cirúrgica	Cirurgião titular valida tratamento e reintrodução de terapias perioperatórias	Cirurgião / CRM
Dúvida do paciente após a alta	Triagem por canal institucional sem prescrição automática	Equipe pós-alta / médico

9. Matriz de responsabilidades

Atividade	Responsável técnico	Executor/apoio	Registro de evidência
Obter lista real de uso anterior	Farmacêutico/equipe conforme escopo	Paciente e enfermagem	Fontes consultadas
Identificar e classificar discrepâncias	Farmacêutico, com decisão de prescrição médica	Equipe multiprofissional	Quadro de divergências
Alterar prescrição terapêutica	Médico prescritor/titular	Farmácia pode recomendar	Receita assinada
Validar alta cirúrgica	Cirurgião titular	Hospitalista/farmácia co-gestores	Evolução e receita
Orientar paciente	Farmácia e enfermagem, conforme atribuições	Cuidador autorizado	Teach-back
Publicação técnica no portal	TI/governança documental	Qualidade	Versão, acesso, auditoria

10. Homologação e indicadores

Testes obrigatórios do protótipo

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Lista antiga não substitui prescrição nova assinada.	[ ]	[Preencher]
Medicamento exclusivo de internação não é exibido para uso em casa.	[ ]	[Preencher]
Dose modificada após revisão de função renal aciona nova versão.	[ ]	[Preencher]
Anticoagulante suspenso fica destacado, com reintrodução só se validada.	[ ]	[Preencher]
Ausência de informações sobre alergias não é exibida como negativa.	[ ]	[Preencher]
Retificação da receita invalida compartilhamento de versão indevida.	[ ]	[Preencher]
Usuário com barreira digital recebe documento equivalente e comprovação.	[ ]	[Preencher]
Acesso indevido a farmacoterapia sensível fica auditável.	[ ]	[Preencher]

Indicador proposto	Numerador / denominador ou medida	Uso gerencial
Conciliação concluída	Altas com processo válido / altas elegíveis	Cobertura estratificada por risco
Discrepância não intencional	Nº discrepâncias com intervenção / total conciliado	Segurança e prioridade de treinamento
Receita coerente com portal	Amostras concordantes / amostras auditadas	Qualidade documental
Compreensão confirmada	Orientados com teach-back satisfatório / orientados avaliados	Efetividade da educação

Indicador proposto	Numerador / denominador ou medida	Uso gerencial
Pendências fechadas	Pendências clínicas encerradas / pendências identificadas	Responsabilidade e rastreabilidade

Referências técnicas e normativas

1. Ministério da Saúde/Anvisa. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-seguraca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.pdf/view

2. Ministério da Saúde. Glossário do Cuidado Farmacêutico no SUS: conciliação medicamentosa. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cuidado-farmaceutico-no-sus/glossario/c

3. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

5. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

6. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

7. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 06

FLUXOGRAMA DE CONTRARREFERÊNCIA HOSPITAL–UBS–ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Circuito de transição assistencial documentada, com destinatário, situação real, ação, confirmação e encerramento seguro.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 06: Fluxograma de contrarreferência hospital–UBS–atenção especializada
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

Legenda operacional. [Campo] = preencher; C = conforme; NC = não conforme; NA = não aplicável; P = pendente. Todos os prazos e SLAs exemplificados dependem de pactuação institucional, do risco clínico e da disponibilidade real da rede. Dados de pacientes devem permanecer no sistema autorizado; não transcrever informações reais para modelos de circulação pública.

1. Definições, escopo e limites

A contrarreferência é um processo de comunicação clínica e coordenação da continuidade entre o Hospital Canaã e pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente UBS/APS e atenção especializada. O documento não constitui prova de vaga, de inserção automática em fila, de agendamento ou de atendimento concluído. A operação externa depende de pactuação com o gestor do SUS, fluxos regulatórios e meios de transmissão aprovados.

A responsabilidade pela alta e pelo conteúdo clínico permanece com o médico responsável. Nos casos cirúrgicos, o cirurgião titular decide as orientações cirúrgicas e a alta, em cogestão com hospitalista quando cabível. O hospital pode entregar sumário e plano ao paciente mesmo sem integração tecnológica, observando identificação e sigilo.

2. Fluxograma operacional — percurso principal

Etapa e decisão	Ação obrigatória / condição	Responsável	Estado gravado
1. Alta clínica definida	Sumário assinado + plano de continuidade + medicações válidas	Médico da alta / cirurgião titular	Alta validada
2. Necessidade de seguimento?	Identificar problema ativo, risco, exames e tempo clínico	Médico e equipe	Plano definido
3. Destinatário conhecido?	Identificar UBS territorial/referência e especialidade; não adivinhar vínculo	Navegação / serviço social	Destino validado ou pendente
4. Via regulada?	Conferir pactuação, solicitação e prioridade pelo fluxo municipal vigente	Regulação autorizada	Solicitado / referência orientada
5. Documentos íntegros?	Revisar identidade, minimização, versões e legitimidade do canal	Qualidade/TI/assistência	Pronto para envio
6. Transmitir/entregar	Via segura pactuada ou entrega ao paciente com registro	Equipe habilitada	Enviado / entregue
7. Houve confirmação?	Distinguir protocolo de envio, recebimento, agendamento e consulta realizada	Coordenação do seguimento	Recebido / confirmado ou sem confirmação
8. Pendência crítica?	Designar titular interno e escalonar até encerramento clínico	Médico/equipe responsável	Aberto / escalonado
9. Fechar circuito	Evidência assistencial ou transferência formal de responsabilidade	Coordenação/dono	Concluído / transferência formal

Fluxo de exceção: erro de paciente ou canal inseguro → BLOQUEAR ENVIO → corrigir → validar nova versão. Destino não conhecido → manter pendência atribuída e entregar documentos válidos ao paciente. Agravamento clínico → avaliação de urgência, jamais aguardar resposta administrativa da UBS.

3. Formulário de contrarreferência — informações essenciais

F06-A — Identificação e origem

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Paciente e dois identificadores	[Nome] | [Nascimento] | [Nº episódio/prontuário]
Contato do paciente	[Contato preferido, autorizado, acessibilidade]
Origem	Hospital Canaã | [setor] | [data de alta]
Responsável médico	[Nome, CRM, especialidade, canal institucional]
Documento de origem	Sumário de Alta [ID / versão / assinatura / data]
Plano de continuidade	PICA [ID, versão, data, responsável]

F06-B — Destinatário e finalidade

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Destino assistencial	[UBS/equipe / ambulatório/serviço especializado]
CNES / identificação verificada	[Código, quando identificado e confiável]
Território / vínculo	[Informado pelo paciente / confirmado pela rede / desconhecido]
Finalidade clínica	[Continuidade APS / manejo de crônicos / curativo / especialidade / reabilitação]
Risco / prioridade	[Classificação clínica fundamentada; não inventar prioridade regulatória]
Prazo indicado pelo médico	[Data/período necessário para segurança do paciente]
Profissional ou equipe destinatária	[Quando identificável; não atribuir aceite sem confirmação]
Canal pactuado	[Canal seguro / entrega impressa / outro autorizado]

4. Conteúdo clínico mínimo transmitido

Checagem de pertinência documental

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Identificação correta do paciente e episódio, data e motivo da internação.	[ ]	[Preencher]
Diagnóstico principal, comorbidades e problemas ativos clinicamente relevantes.	[ ]	[Preencher]
Procedimentos e complicações importantes, inclusive dispositivos ou limitações.	[ ]	[Preencher]
Tratamento em domicílio e prescrição válida; reconciliação concluída.	[ ]	[Preencher]
Alergias conhecidas ou estado real da investigação.	[ ]	[Preencher]
Exames pendentes com revisor médico identificado e canal para devolutiva.	[ ]	[Preencher]
Retornos, prazos e sinais de alerta definidos clinicamente.	[ ]	[Preencher]
Orientação do cirurgião titular incluída quando caso cirúrgico.	[ ]	[Preencher]
Dados compartilhados são proporcionais ao fim e ao canal autorizado.	[ ]	[Preencher]
Documento assinado e versão retificada, quando houver.	[ ]	[Preencher]

5. Status de contrarreferência — máquina de estados

Estado	Condição mínima de entrada	Evidência válida	O que NÃO significa
Planejado	Necessidade de continuidade identificada	PICA, solicitação médica	Que a UBS aceite o caso
Preparado	Destino/arquivos conferidos	Documentos válidos	Que houve envio
Enviado	Transmissão efetuada por meio permitido	Protocolo/log de envio	Que alguém leu
Recebido	Confirmação pelo destino/canal	Recibo confiável	Consulta agendada
Agendamento solicitado	Solicitação feita por fluxo regulado	Nº solicitação ou guia	Vaga garantida
Agendado	Data/hora efetivamente confirmadas	Comprovação de agendamento	Atendimento realizado
Atendimento realizado	Registro/retorno documental confiável	Confirmação da unidade ou usuário	Encerramento de outras pendências
Sem confirmação	Tentativas sem prova de recebimento	Log + plano de contingência	Transferência de responsabilidade
Encerrado	Necessidade satisfeita/transferida formalmente	Evidência + responsável	Descarte da trilha de auditoria

6. F06-C — Protocolo de envio, confirmação e tentativas

Evento e hora	Canal e destinatário	Nº protocolo / evidência	Responsável / próximo passo
[Envio data/hora]	[Canal e identificação]	[ID / hash / recibo]	[Nome / prazo]
[Tentativa contato]	[Unidade/pessoa autorizada]	[Registro]	[Nome / prazo]
[Confirmação ou falha]	[Origem do retorno]	[Comprovante real]	[Nome / reenvio]
[Consulta relatada]	[Fonte da confirmação]	[Se confirmada / pendente]	[Responsável]

7. Gestão de exceções: casos que não podem se perder

Cenário	Conduta operacional segura	Responsável titular
Paciente sem UBS conhecida	Orientar busca territorial e registrar tentativa de verificação; não inventar equipe	Navegação/serviço social
Alta para outro município	Confirmar referência real e documento entregue; seguir fluxo de regulação	Coordenação/regulação
Pós-UTI com dependência funcional	Plano de cuidado e suporte específico; acompanhar acessibilidade	Equipe, médico responsável
Pós-cirurgia com intercorrência	Sinais de alerta e retorno ao cirurgião; urgência quando indicada	Cirurgião titular
Diagnóstico grave/resultado pendente	Vincular à fila de revisão clínica e comunicação, ainda que haja contrarreferência	Médico revisor nomeado

Cenário	Conduta operacional segura	Responsável titular
Consulta não realizada	Registrar status verdadeiro, avaliar risco e oferecer orientação adicional	Navegação + médico se risco
Sem acordo de integração com prefeitura	Não remeter automaticamente; usar alternativas seguras ao paciente	Jurídico/TI/gestão
Paciente não autoriza cuidador	Restringir dados; avaliar hipótese legal/finalidade de compartilhamento	Assistência/privacidade
Contato revela deterioração grave	Encaminhar para avaliação urgente, sem esperar agendamento	Profissional clínico

8. Matriz RACI funcional

Atividade	Médico alta	Navegação	Regulação	TI/Privacidade
Definir necessidade e urgência	A/R	C	C	I
Preparar documentos válidos	A	R	I	C
Validar unidade e canal	C	R	A conforme pacto	C
Transmitir/registrar	I	R	A conforme fluxo	C
Tratar resultado clínico pendente	A/R	C	I	I
Revisar acessos e incidentes	C	I	I	A/R

A = accountable/aprovação final do item; R = executor; C = consultado; I = informado. Adaptar à estrutura de trabalho e aos termos de pactuação. A presença de regulação na matriz não presume integração ou vínculo institucional vigente.

9. Homologação, indicadores e cenário simulado

Testes do circuito fechado

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Envio com destinatário inexistente não vira “recebido”.	[ ]	[Preencher]
Sistemas não conectados não geram confirmação simulada de agendamento.	[ ]	[Preencher]
Paciente sem internet recebe documentos válidos e orientação acessível.	[ ]	[Preencher]
Documento de alta retificado atualiza o conteúdo compartilhável.	[ ]	[Preencher]
Equipe da UBS recebe apenas dados necessários e canal permitido.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Pós-alta cirúrgica preserva responsabilidade do cirurgião titular.	[ ]	[Preencher]
Exame pendente não é encerrado pelo simples envio da contrarreferência.	[ ]	[Preencher]
Contato de urgência não é redirecionado a fila administrativa.	[ ]	[Preencher]
As tentativas de contato e seus resultados permanecem auditáveis.	[ ]	[Preencher]
A coordenação pode auditar status por prazo, risco, território e destino.	[ ]	[Preencher]

Indicador	Fórmula / medida sugerida	Cuidados de interpretação
Contrarreferência preparada	Altas elegíveis com plano/destino / altas elegíveis	Não mede recepção na UBS
Envio rastreado	Envios com protocolo / envios realizados	Separar envio eletrônico e impresso
Recebimento confirmado	Envios recebidos/confirmados / envios elegíveis	Medir apenas os pactuados
Consulta efetivamente comprovada	Atendimentos comprovados / retornos acompanhados	Distinguir relato de comprovação
Pendências com dono	Pendências com responsável / pendências abertas	Qualidade de continuidade

Referências técnicas e normativas

1. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604/2023 — Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), integração com APS e continuidade assistencial. Consulta: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html

2. Ministério da Saúde. Articulação das Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude/redes-de-atencao-a-saude

3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

4. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

5. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

6. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS — credenciamento, homologação e HL7 FHIR R4. Consulta: https://fhir.saude.gov.br/

7. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 07

FLUXOGRAMA DE CONSULTA DO PASSAPORTE EM NOVA URGÊNCIA/UPA

Procedimento de consulta rápida, proteção de acesso, validação clínica e uso seguro de dados hospitalares em atendimento agudo.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 07: Fluxograma de consulta do Passaporte em nova urgência/UPA
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

Legenda operacional. [Campo] = preencher; C = conforme; NC = não conforme; NA = não aplicável; P = pendente. Todos os prazos e SLAs exemplificados dependem de pactuação institucional, do risco clínico e da disponibilidade real da rede. Dados de pacientes devem permanecer no sistema autorizado; não transcrever informações reais para modelos de circulação pública.

1. Regra de ouro do atendimento agudo

O atendimento ao paciente é orientado pela avaliação clínica, classificação de risco e estabilização imediata; acessar o Passaporte é uma medida de apoio, nunca condição para iniciar atendimento. Dados históricos, inclusive medicamentos, alergias, exames e diagnósticos, têm data e proveniência e precisam ser conferidos. O Passaporte não oferece diagnóstico automatizado nem substitui prontuário atual ou decisão do profissional que assiste ao paciente.

A existência de um compartilhamento seguro pelo paciente não torna a UPA usuária cadastrada do Hospital Canaã. O acesso profissional por convênio, RNDS ou plataforma municipal dependerá de permissões, pactuação e implementação verificável. Não divulgar QR com documentos clínicos embutidos nem links públicos irrestritos.

2. Fluxograma sintético — antes, durante e depois da consulta

Ponto de decisão	Ação de segurança	Profissional responsável	Saída
A. Paciente chega com queixa aguda	Acolher/classificar risco; iniciar cuidado imediatamente	Equipe assistencial UPA	Atendimento ativo
B. Passaporte disponível?	Perguntar se possui acesso/documento; não atrasar medidas críticas	Profissional habilitado	Sim / não; continuar cuidado
C. Identidade coincide?	Conferir pelo menos dois identificadores do caso	Profissional que acessa	Confirmado ou bloqueado
D. Acesso autorizado?	Usar login de serviço homologado ou compartilhamento válido pelo paciente	Profissional/TI local	Acesso mínimo concedido
E. Dados atuais e válidos?	Ver data, fonte, assinatura, estado e versão	Profissional assistente	Histórico analisado com ressalvas
F. Há alerta relevante?	Checar alergias, terapias de risco, implantes, exames e recentes cirurgias	Médico do atendimento	Decisão clínica individual
G. Divergência / ausência de dados?	Registrar limite, confirmar em outras fontes quando possível	Médico/equipe	Cuidado segue sem bloqueio
H. Encerrar consulta	Registrar uso de informação e decisões no prontuário local	Equipe assistencial	Documentação auditável
I. Compartilhar retorno, se possível	Seguir canal pactuado, sem supor integração bidirecional	Serviço/gestão	Comprovação ou pendência

3. F07-A — Identificação do atendimento agudo

Dados mínimos da consulta

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Paciente	[Nome] | [Data nascimento] | [segundo identificador]
UPA/serviço	[Nome/CNES quando conhecido] | [Profissional/registro]
Data e hora do atendimento	[Data-hora da avaliação clínica]
Queixa / risco atual	[Registro exclusivo no prontuário da UPA; não modificar o Passaporte]
Método de acesso	[Documento impresso / paciente autenticado / link temporário / fluxo homologado]
Autorização e legitimidade	[Escopo / responsável / finalidade / fundamento, conforme aplicável]
ID documento consultado	[Versão / assinatura / origem / data da última atualização]

4. Tela de consulta rápida — dados prioritários e origem

Prioridade	Informação a examinar	Verificar obrigatoriamente
01 — Segurança imediata	Alergias relevantes e reações graves	Confirmada, relatada ou desconhecida; data/fonte

Prioridade	Informação a examinar	Verificar obrigatoriamente
02 — Terapias de risco	Anticoagulantes, insulina, imunossupressores, sedativos e outras terapias críticas	Uso efetivo ATUAL não presumido da receita antiga
03 — Procedimento recente	Cirurgia, implante, dispositivo, complicações e feridas	Data; cirurgião; risco de intercorrência
04 — Condição crônica crítica	Doença cardíaca, neurológica, renal, infecciosa etc.	Histórico x estado atual
05 — Alta mais recente	Motivo, diagnósticos e evolução	Sumário assinado e versão
06 — Resultados	Laboratório, TC, RM, RX, ultrassom, patologia	Data, unidade, laudo e revisão
07 — Pendências	Exames ainda não liberados, retornos	Quem revisará e canal existente
08 — Cuidado de continuidade	Plano individual, orientações e sinais de alerta	Revalidar em contexto de nova queixa

Aviso de interface obrigatório. “Informações de outra internação e data de atualização [ ]. Confirme com o paciente e o prontuário atual. Este portal não substitui a avaliação de urgência.”

5. Formas de acesso: permissão, limites e rastreabilidade

Modo previsto	Condição mínima	Risco/controlador
Paciente apresenta PDF assinado	Checar autenticidade e identidade; reconhecer desatualização	Documento pode estar antigo ou alterado
Paciente acessa portal em próprio aparelho	Paciente autentica sem ceder senha ao profissional	Não copiar credenciais/sessão
Link temporário/QR de compartilhamento	Token escopado e expirável, revogação e log	QR não pode expor dado em texto aberto
Profissional por integração pactuada	Credenciamento, finalidade, perfil e trilha; serviço homologado	Não presumir acordo inexistente
Acesso de emergência excepcional (“break-glass”)	Somente se sistema aprovado o permitir, com justificativa e auditoria reforçada	Não configurar atalho irrestrito
Cópia impressa	Verificar identidade, data, integridade e proveniência	Confidencialidade física e destruição segura

6. F07-B — Registro clínico do uso do Passaporte

Dado obtido e origem	Validação / confiabilidade	Conduta clínica no atendimento	Registro do médico
[Dado + documento + data]	[Confirmado/ desatualizado/incerto]	[Considerado ou afastado por...]	[Nome / CRM / data-hora]
[Dado + documento + data]	[Confirmado/ desatualizado/incerto]	[Considerado ou afastado por...]	[Nome / CRM / data-hora]
[Dado + documento + data]	[Confirmado/ desatualizado/incerto]	[Considerado ou afastado por...]	[Nome / CRM / data-hora]

7. Falhas e alertas especiais

Cenário	Resposta assistencial segura	Resposta documental/tecnológica
Paciente instável	Estabilizar, exames/tratamento sem aguardar acesso	Consultar histórico quando possível
Paciente inconsciente	Aplicar protocolos de urgência, obter informações por meios lícitos	Só acesso excepcional previsto e auditável
Divergência de identidade	Não utilizar documento de outro paciente	Bloquear sessão e notificar incidente
Medicamento histórico contradiz relato atual	Não tratar como uso presente sem reconciliação	Registrar fonte da divergência
Alergia "não informada"	Perguntar novamente e considerar status desconhecido	Não exibir como negativa confirmada
Sumário retificado após impressão	Conferir versão atual sempre que possível	Assinalar edição antiga
Sem internet / sem telefone	Cuidado segue; utilizar documentação física se houver	Registrar indisponibilidade
QR inválido ou expirado	Não tentar contornar segurança	Solicitar documento válido, sem atrasar atendimento
Suspeita de vazamento	Interromper compartilhamento irregular	Acionar TI/privacidade; preservar logs

8. Microcenários para simulação em treinamento

Cenário simulado	Decisão segura esperada	Erro a prevenir
Pós-neurocirurgia há 5 dias, nova cefaleia intensa	Avaliação aguda imediata, atenção ao relatório cirúrgico/complicações	Tratar documento digital como triagem suficiente
Anticoagulante na receita antiga, paciente nega uso	Rever última prescrição e uso real antes de condutas dependentes da informação	Presumir anticoagulação atual
Febre pós-alta com cultura pendente	Avaliação clínica/sepse conforme necessidade e contato apropriado	Aguardar plataforma atualizar o exame
Idoso sem smartphone, acompanha documento impresso	Conferir identificação e usar informação com cautela temporal	Negar atendimento por ausência de acesso
Profissional tenta usar senha do paciente	Recusar credencial compartilhada, orientar acesso permitido	Acessos sem rastreabilidade

9. Checklist institucional de homologação da consulta

Critérios para aprovar o fluxo

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
A consulta nunca bloqueia triagem, estabilização ou medidas clínicas urgentes.	[ ]	[Preencher]
O segundo identificador impede troca por homonímia.	[ ]	[Preencher]
O portal mostra data, versão e autoria do dado apresentado.	[ ]	[Preencher]
Medicação histórica não recebe rótulo enganoso de "uso atual".	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Alerta de alergia diferencia confirmada, suspeita e não verificada.	[ ]	[Preencher]
Links compartilhados têm prazo, finalidade e revogação quando aplicável.	[ ]	[Preencher]
Não há dependência da RNDS antes de credenciamento e homologação.	[ ]	[Preencher]
Os acessos profissionais estão ligados a identidade, perfil e finalidade.	[ ]	[Preencher]
O modo de emergência só existe quando houver política formal e auditoria.	[ ]	[Preencher]
O paciente recebe alternativa impressa ou outra opção acessível.	[ ]	[Preencher]
Indisponibilidade do portal mantém assistência de urgência funcionando.	[ ]	[Preencher]
O prestador consegue gerar relatório de auditoria para incidentes.	[ ]	[Preencher]

10. Indicadores, governança e revisão

Medida proposta	Cálculo / origem	Precaução
Acesso útil	Consultas que documentam uso clinicamente útil / consultas com acesso	Não confundir acesso com melhoria clínica causal
Eventos de identidade	Trocas/bloqueios por identidade entre tentativas	Exige revisão de risco e investigação
Tempo de acesso	Intervalo pedido→informação visível em testes	Não substituir tempo até atendimento
Disponibilidade em simulação	Testes bem-sucedidos / testes executados	Estratificar conexão e acessibilidade
Rastreabilidade	Acessos com usuário-finalidade-documento-log / acessos	Auditoria e LGPD

Referências técnicas e normativas

1. Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências — organização assistencial. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/rau

2. Ministério da Saúde. Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h — papel na Rede de Urgências. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h

3. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

5. Ministério da Saúde. Guia de Implementação da RNDS — credenciamento, homologação e HL7 FHIR R4. Consulta: https://fhir.saude.gov.br/

6. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

7. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

8. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 08

PROTOCOLO DE RESULTADOS PENDENTES E ACHADOS CRÍTICOS

Fila clínica de laudos pós-alta; comunicação segura de achados críticos; escalonamento e fechamento comprovado do circuito.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 08: Protocolo de resultados pendentes e achados críticos
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

Legenda operacional. [Campo] = preencher; C = conforme; NC = não conforme; NA = não aplicável; P = pendente. Todos os prazos e SLAs exemplificados dependem de pactuação institucional, do risco clínico e da disponibilidade real da rede. Dados de pacientes devem permanecer no sistema autorizado; não transcrever informações reais para modelos de circulação pública.

1. Propósito, abrangência e bases regulatórias

Este protocolo impede que exames coletados, solicitados ou realizados durante a internação sejam esquecidos quando liberados após a alta. Aplica-se a laboratório, microbiologia, anatomopatológico, exames de imagem e laudos externos que dependam de avaliação clínica. Resultado pendente é um estado administrativo/assistencial; achado crítico é informação clinicamente relevante para decisão urgente segundo critérios definidos pelo serviço e especialistas. Nem todo resultado anormal é crítico; nem todo resultado normal libera a necessidade de revisão clínica.

Para exames de análises clínicas, usar a RDC Anvisa nº 978/2025, observadas suas alterações pelas RDC nº 986/2025 e nº 1.043/2026, e o texto consolidado vigente na homologação. O laboratório deve possuir critérios próprios de comunicação de resultados críticos, com rastreabilidade. A classificação clínica individual, a prescrição e a comunicação terapêutica permanecem sob responsabilidade de profissionais habilitados.

2. Duas filas distintas, integradas por eventos

Fila	Entrada	Responsável	Fechamento válido
Resultados pendentes	Pedido/coleta/exame sem laudo definitivo na alta	Médico revisor atribuído + coordenação	Revisão clínica + ação/justificativa + comunicação se indicada
Achados críticos	Notificação de resultado/achado que demanda resposta urgente	Emissor qualificado + profissional clínico acionado	Recepção efetiva + decisão clínica + ação + rastreabilidade
Retificações	Laudo definitivo substituído/corrigido	Serviço emissor + médico revisor	Comparação com versão anterior + revisão de conduta
Falha de entrega	Tentativa sem confirmação de responsável	Coordenação e chefia clínica de contingência	Contato efetivo e plano documentado

3. Fluxograma de pendência — linha do tempo até o fechamento

Passo	Regra operacional	Evidência requerida
01 — Antes da alta	Gerar lista consolidada de pedidos ainda sem laudo/revisão	Número de exame, unidade e situação
02 — Identificar titular	Atribuir médico revisor e substituto / cobertura de ausências	Nome/CRM/plantão, canal e compromisso
03 — Registrar criticidade esperada	Definir prioridade e acompanhamento por risco clínico	Justificativa e prazo clínico
04 — Orientar paciente	Explicar pendência, canal de devolutiva e sinais de alarme	Plano de alta e teach-back
05 — Liberado / retificado	Criar evento técnico com ID, horário e versão do laudo	Log do LIS/RIS/PACS/terceirizado
06 — Revisor recebe	Confirmar que o resultado chegou ao profissional habilitado	Data-hora, identidade, aceite
07 — Conduta	Interpretar no contexto e definir seguimento/terapia/urgência	Evolução/adendo/receita válida
08 — Comunicar quando indicado	Usar meio seguro, confirmar interlocutor e compreensão	Tentativas, contato, orientação e retorno
09 — Fechar	Só encerrar com revisão e ação comprováveis	Responsável, data-hora, evidência

Ponto de controle. A simples disponibilização de resultado no portal ou o disparo de SMS/WhatsApp não comprova avaliação clínica nem recebimento de uma orientação urgente. O sistema não atribui a responsabilidade ao paciente por default.

4. F08-A — Cadastro do exame pendente no dia da alta

Identificação de pendência e responsabilidade

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Paciente / episódio	[Dois identificadores] | [Número da internação]
Data/hora da alta	[Data e hora] | [Documento Sumário ID / versão]
Exame pendente	[Nome/procedimento/órgão] | [Pedido / accession ID]
Laboratório/serviço emissor	[Unidade executora, responsável técnico e contato institucional]
Estado na alta	[Coletado / processando / aguardando laudo / aguardando revisão]

Campo para preenchimento	Registro / orientação
Prioridade do acompanhamento	[Justificativa clínica e prazo proposto]
Médico revisor nominal	[Nome/CRM, serviço, contato funcional]
Cobertura em férias/plantão	[Médico substituto e regra de transferência]
Orientação ao paciente	[Documento, linguagem, canal, confirmação de compreensão]
Critério de conclusão	[Definir evento e evidência de fechamento]

ID do exame	Status / data prevista real	Revisor clínico	Ação pendente e prazo
[ID-001]	[Pendente] / [estimativa se informada]	[Médico/CRM]	[Revisar quando liberado]
[ID-002]	[Pendente] / [estimativa se informada]	[Médico/CRM]	[Revisar quando liberado]
[ID-003]	[Pendente] / [estimativa se informada]	[Médico/CRM]	[Revisar quando liberado]

5. F08-B — Registro de liberação e revisão médica

Evento	Data-hora / ID	Profissional / registro	Conduta / evidência
Laudo preliminar	[Data/hora e versão]	[Emissor]	[Não tratar como definitivo]
Laudo definitivo	[Data/hora e versão]	[Emissor]	[Link/ID assinatura]
Laudo retificado	[Data/hora e versão]	[Emissor]	[Alteração / impacto]
Recebimento clínico	[Data/hora]	[Médico/CRM]	[Recebido e revisado?]
Decisão / prescrição	[Data/hora]	[Médico/CRM]	[Conduta justificada]
Comunicação ao paciente	[Data/hora]	[Equipe autorizada]	[Evidência e retorno]
Encerramento	[Data/hora]	[Médico/coordenação]	[Critério cumprido]

6. Criticidade e acionamento — matriz configurável por risco

Categoria proposta	Exemplos sujeitos a protocolo local	Ação e canal	Exigência de validação
Vermelho — risco imediato	Resultado crítico laboratorial homologado / achado radiológico de ameaça iminente	Comunicação síncrona imediata ao profissional habilitado e escalonamento ativo	Critérios técnicos do emissor + revisor clínico
Laranja — ação prioritária	Resultado relevante que pode alterar tratamento em curto prazo	Fila prioritária com confirmação de leitura, prazo clínico definido	Criticidade atribuída pelo médico
Amarelo — revisão programada	Resultado definitivo sem sinal de alarme, mas que exige seguimento	Revisão em intervalo individualizado e comprovado	Não pressupor benignidade
Retificação relevante	Versão nova altera interpretação, risco ou decisão anterior	Reabrir caso e comunicar novas condutas	Comparar versões e validar impacto

Os nomes das categorias são proposta interna de organização, não faixas legais de tempo ou classificação universal do laboratório. Os valores-limite, o tempo crítico de resposta e a escala de profissionais serão definidos e aprovados pela Direção Técnica, responsáveis pelos serviços de apoio e NSP para cada grupo de exame. Nunca criar um intervalo automático de segurança que permita ignorar um risco imediato.

7. Circuito de comunicação de achado crítico

Situação	Conduta inicial	Se não houver confirmação	Registro mínimo
Laboratório identifica resultado crítico	Acionar profissional solicitante/revisor pelo canal institucional validado	Escalar ao plantonista responsável e chefia técnica	Quem ligou, quem recebeu, data/hora, resultado, read-back
Resultado crítico de imagem	Radiologista/serviço emissor comunica diretamente ao médico responsável	Escalonar imediatamente conforme escala vigente	Achado, laudo, recepção e decisão clínica
Revisor aceita e define conduta	Aplicar decisão clínica, inclusive convocação urgente quando indicada	Acionar retaguarda se titular indisponível	Evolução e eventual nova prescrição
Contato com paciente indicado	Conferir identidade e usar comunicação direta, clara e segura	Repetir tentativas por protocolo de risco; não depender apenas de SMS	Identidade, contato, orientação, compreensão
Paciente não é localizado	Escalonar médico/gestão; buscar meio lícito e proporcional	Manter caso aberto com plano de busca/risco	Tentativas, contatos e decisões
Paciente necessita atendimento imediato	Orientar busca de urgência/SAMU 192 conforme gravidade e contexto	Comunicação clínica direta com serviço receptor quando cabível	Encaminhamento, instruções e confirmação

Recomendação de circuito fechado: identificar emissor e receptor, transmitir conteúdo clínico essencial, repetir/confirmar a informação crítica quando apropriado, documentar decisão e ação. A confirmação de envio de sistema não substitui a confirmação de recebimento humano nos eventos que requeiram comunicação síncrona.

8. F08-C — Registro de comunicação e escalonamento

Tentativa / evento	Horário e canal	Destinatário / legitimidade	Resposta, ação e próximo titular
[1 — Aviso médico]	[Data/hora, telefone seguro]	[Nome/registro]	[Recebido? read-back?]
[2 — Escala reserva]	[Data/hora]	[Plantonista/chefia]	[Quem assumiu, quando]
[3 — Contato paciente]	[Data/hora]	[Paciente/representante validado]	[Orientação/teach-back]
[4 — Nova tentativa]	[Data/hora]	[Alvo autorizado]	[Resultado e plano]
[5 — Encerramento]	[Data/hora]	[Médico/CRM]	[Evidência da ação final]

9. Regras de continuidade — pessoas, turnos e exames terceirizados

Risco de transição	Barreira operacional mínima	Titular
Alta na sexta/feriado	Fila com cobertura clínica explícita e turnos identificados	Direção médica / chefia
Médico titular ausente	Transferência nominal e aceite da responsabilidade de revisão	Coordenação clínica
Laboratório terceirizado	Contrato/SLA com eventos, contatos, laudos, retificações e auditoria	Gestão contratual e técnica

Risco de transição	Barreira operacional mínima	Titular
Exame coletado fora do hospital	Confirmar protocolo e fluxo de retorno de resultado	Unidade solicitante
Anatomopatológico após cirurgia	Cirurgião titular acompanha resultado e necessidade de orientação/seguimento	Cirurgião titular
Paciente em UBS sem retorno comprovado	Manter tarefa hospitalar até encerramento clínico ou transição formal	Médico revisor
Portal fora do ar	Telefone e contingência documental segura para resultados críticos	TI + médico/serviço emissor
Mudança de laudo após comunicação	Reabrir com análise do impacto, nova decisão e aviso quando indicado	Médico revisor

10. Matriz RACI da fila pós-alta

Atividade	Serviço emissor	Médico revisor	Coord. continuidade	TI/NSP
Validar e emitir laudo	A/R	I	I	C
Notificar achado crítico	R	A pelo recebimento clínico	C	I
Avaliar significado clínico	C	A/R	I	I
Definir e validar conduta	I	A/R	C	I
Contatar paciente sob plano	I	A	R conforme habilitação	I
Auditar fila, falhas e incidentes	C	C	R	A governança

Os papéis devem refletir plantões, conselhos profissionais e termos contratuais vigentes. A coluna do serviço emissor não transfere para o laboratório o poder de decidir tratamento médico; a coluna do médico revisor não afasta as obrigações técnicas do emissor.

11. Testes de homologação e casos críticos de laboratório

Cenários a executar com dados sintéticos

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Exame pendente na alta aparece com médico revisor e substituto identificados.	[ ]	[Preencher]
Laudo definitivo gera tarefa, sem encerrar automaticamente a pendência.	[ ]	[Preencher]
Notificação crítica exige confirmação de destinatário e ação clínica.	[ ]	[Preencher]
Término de turno transfere pendência sem perdê-la.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Falha no contato telefônico produz escalonamento e mantém tarefa aberta.	[ ]	[Preencher]
Mensagem de SMS/WhatsApp não é marcada como decisão clínica realizada.	[ ]	[Preencher]
Laudo retificado reabre acompanhamento e reavalia conduta.	[ ]	[Preencher]
Serviço terceiro fornece laudo e evento de versão com log verificável.	[ ]	[Preencher]
Exame com identificação divergente é bloqueado e investigado.	[ ]	[Preencher]
O paciente sem internet tem acesso à comunicação e documentação segura.	[ ]	[Preencher]
Resultado de anatomopatológico cirúrgico retorna para cirurgião titular.	[ ]	[Preencher]
Contingência funciona sem portal, PACS ou integração externa.	[ ]	[Preencher]
Auditoria encontra titular, hora de recebimento, decisão e encerramento.	[ ]	[Preencher]
Indicadores distinguem revisão de mero laudo publicado.	[ ]	[Preencher]

12. Indicadores propostos e auditoria

Indicador	Cálculo / conceito	Alerta de interpretação
Atribuição pré-alta	Pendências com revisor nominal / pendências identificadas	Não mede revisão clínica final
Tempo de revisão	Hora revisão − hora liberação final	Estratificar por criticidade e turno
Circuito crítico fechado	Casos críticos com recepção + decisão + ação comprovadas / casos críticos	Evitar “fechado” por SMS enviado
Escalonamento efetivo	Falhas de contato resolvidas pela retaguarda / falhas de contato	Revisar cada falha grave
Retificações analisadas	Laudos corrigidos reavaliados / laudos corrigidos identificados	Analisar repercussão assistencial
Contato paciente confirmado	Contatos clinicamente indicados com interlocutor confirmado / contatos indicados	Não confundir telefone discado com contato
Pendência vencida	Pendências não revisadas além do prazo clínico / pendências abertas	Gatilho de ação imediata e NSP

13. Plano de implantação e treinamento dirigido

Fase	Entregável / teste	Aceite
Desenho	Lista de exames/limiares críticos por laboratório e imagem; escala de plantão	Direção Técnica e responsáveis de apoio
Integração de dados	Eventos de pedido, laudo, resultado preliminar/definitivo/retificado	TI e serviços emissores
Rotina clínica	Fila nominal, substituto, comunicação e evidência de ação	Coordenação clínica/NSP
Piloto sintético	Casos com sexta-feira, feriado, paciente inalcançável e laudo corrigido	Comitê de segurança
Go/no-go	Ausência de falha crítica em identificação, revisão e contato	Direção e Qualidade

Referências técnicas e normativas

1. Anvisa. RDC nº 978/2025 — serviços de exames de análises clínicas, com alterações pelas RDC nº 986/2025 e nº 1.043/2026. Conferir texto consolidado antes de implantar. Consulta: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/avaliacao-do-resultado-regulatorio/agenda-de-arr-2023-2026

2. Anvisa. Esclarecimentos sobre a RDC nº 978/2025, sujeitos a atualização por novas alterações. Consulta: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/anvisa-esclarece-duvidas-sobre-servicos-que-realizam-exames-de-analises-clinicas-eac

3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

4. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

5. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

6. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

7. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 09

PROTOCOLO DO CANAL DE ORIENTAÇÃO PÓS-ALTA E ÁRVORE DE ESCALONAMENTO

Fluxo de acolhimento, identificação, classificação de risco, direcionamento clínico e circuitos de contato documentados.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 09: Protocolo do canal de orientação pós-alta e árvore de escalonamento
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade e condições para uso

Estabelecer um canal de orientação pós-alta seguro e rastreável para dúvidas sobre orientações documentadas, retornos, acesso ao Passaporte e comunicação de possíveis intercorrências. O canal não constitui pronto-socorro virtual nem substitui avaliação presencial ou telemedicina formalmente estruturada.

Aplica-se aos contatos iniciados pelo paciente ou representante legitimado e aos acompanhamentos programados após alta. Não se autoriza diagnóstico automatizado, renovação informal de receita, prescrição por atendente ou uso de mensagens não auditáveis. Quando o contato exigir ato médico, serão observadas as regras do CFM e a autorização institucional.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Unidade de aplicação	Hospital Canaã — São Paulo/SP; implantação futura sujeita a autorização e governança.
Natureza do instrumento	Modelo técnico-operacional editável, para aprovação e teste antes de produção.
Responsabilidade de utilização	Equipe de apoio e navegação acolhe e registra; enfermeiro classifica segundo protocolo e competências; médico habilitado decide atos clínicos; plantonista e coordenador recebem escalonamento; TI/privacidade garantem canais e registros.
Prontuário e fonte primária	Os registros de atos clínicos e documentos assinados permanecem no PEP e sistemas de origem; o Passaporte é camada de acesso e continuidade.
Identificação segura	Mínimo de dois identificadores adequados, vínculo inequívoco ao episódio e autenticação autorizada.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Regra de confidencialidade	LGPD, necessidade e finalidade, minimização, segregação de acesso, trilha de auditoria e revisão do encarregado.
Integrações externas	RNDS, sistema municipal, e-SaúdeSP, WhatsApp Business ou outro serviço não são considerados ativos sem contrato, credenciamento e homologação.
Validade editorial	Minuta v0.1; requer aprovação da Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI, governança e jurídico.

2. Cadastro do atendimento e teste de legitimidade

Campo da ficha F09-A	Registro preenchível / regra de validação
ID do atendimento	[Identificador único e data/hora de abertura]
Paciente e episódio	[Nome, segundo identificador, ID episódio/alta]
Interlocutor	[Paciente / cuidador autorizado / representante; fundamento de acesso]
Autenticação	[Método usado, resultado, exceção/recusa justificada]
Canal de origem	[Portal institucional / telefone / WhatsApp institucional aprovado / presencial]
Contato de retorno	[Canal confirmado; não expor conteúdo sensível em número não validado]
Tipo de solicitação	[Administrativa / documental / orientação / sintoma ou complicação]
Sumário/PICA disponível	[Versão e data do documento consultado]
Atendente e unidade	[Nome, função, turno e identificação de acesso]
Risco inicial e destino	[Vermelho / Prioritário / Programável / Administrativo] + [setor]

O atendente não deve pedir foto de documentos clínicos pelo aplicativo pessoal nem divulgar CID, resultado de exame ou diagnóstico antes de validar legitimidade. Na impossibilidade de confirmar identidade, limita-se a orientações genéricas de acesso e segurança, oferece canal presencial e registra a pendência.

3. Árvore decisória de entrada — triagem por gravidade

Pergunta / condição	Decisão e ação imediata	Quem executa / evidência
Há sinal de risco de vida, como dispneia intensa, rebaixamento de consciência, dor torácica sugestiva de emergência, AVC suspeito, hemorragia importante ou piora abrupta?	Interromper atendimento administrativo e orientar acionamento imediato do SAMU 192 ou deslocamento seguro ao serviço de urgência; oferecer apoio de contato quando necessário. Não aguardar resposta assíncrona.	Profissional que recebe inicia a orientação urgente; enfermeiro/médico e coordenação escalados; registrar horário e mensagem.
Há sintomas pós-operatórios ou pós-UTI que exigem avaliação breve, mas sem confirmação de risco iminente?	Encaminhar para avaliação clínica em canal institucional e prazo definido pelo risco. Se houver impossibilidade de avaliação segura, orientar atendimento presencial.	Enfermagem e médico da linha de cuidado; manter tarefa em aberto até aceite.

Pergunta / condição	Decisão e ação imediata	Quem executa / evidência
A dúvida refere-se a medicamento, alergia, exame ou alteração recente de tratamento?	Consultar apenas documento vigente; nenhuma alteração de dose pelo atendente. Divergência ou suspeita de reação medicamentosa exige enfermeiro/médico.	Equipe farmacêutica e prescritor conforme protocolo; registrar documento/fonte.
É dúvida documental, agendamento, código de acesso ou orientação educativa já assinada?	Resolver por fluxo administrativo autorizado; nunca prometer consulta na rede SUS sem confirmação.	Suporte/navegação; comprovante da solução.
Não há identidade, informação ou profissional disponível?	Acionar contingência e escalonamento; sinal de emergência sempre gera orientação imediata à urgência.	Coordenação/plantonista e log de tentativas.

4. Matriz clínica orientadora: sinais e destinos

Grupo de risco	Exemplos para alerta e não diagnóstico	Resposta operacional
Emergência imediata	Déficit neurológico agudo, confusão intensa nova, convulsão, dificuldade respiratória importante, sangramento volumoso, dor torácica grave.	SAMU 192 / PS; atendimento síncrono não pode ser substituído por mensagem de fila.
Cirurgia recente	Ferida com sangramento persistente, secreção com sinais sistêmicos, perda de força, retenção urinária nova ou dor com progressão importante.	Enfermeiro/médico da linha cirúrgica segundo gravidade, cirurgião titular acionado; emergência se sinais graves.
Medicação e alergia	Suspeita de anafilaxia, reação cutânea disseminada, erro de anticoagulante/insulina, dose desconhecida em terapia de risco.	Risco imediato: urgência. Demais casos: avaliação médica/farmacêutica formal, sem ajustes por suporte.
Pós-UTI e clínica	Piora respiratória, hipotensão relatada com mal-estar, incapacidade de ingerir líquidos/medicamentos, deterioração geral.	Avaliação por enfermeiro/médico; presencial quando segurança não assegurada.
Resultado pendente	Paciente relata achado grave ou resultado que contradiz orientações da alta.	Acionar médico revisor da fila pós-alta e protocolo de achados críticos; manter circuito fechado.
Dúvida de seguimento	Retorno programado, orientações de curativo e documentos, sem sinal de risco.	Navegação/educação; atualizar PICA se decisão clínica exigir.

As categorias são instrumento de roteamento, e não critério diagnóstico. A classificação definitiva e a conduta clínica dependem de profissional habilitado e contexto clínico; os exemplos não são exaustivos. O canal nunca poderá garantir vigilância contínua ou resposta imediata caso não opere com equipe dedicada 24 horas.

5. Matriz de prazos proposta e cobertura de turnos

Fila	Meta proposta para discussão	Condição / não conformidade
Vermelha — urgência	Orientação de procurar emergência imediatamente, no próprio contato.	Não aguardar abertura de ticket nem assumir vigilância do paciente.
Prioritária — requer avaliação clínica	Definição do limite máximo por protocolo, escala e gravidade; configurar SLA antes do piloto.	Sem profissional disponível, ofertar orientação explícita de avaliação presencial.
Programável — revisão do PICA	Prazo pactuado conforme linha de cuidado e retorno definido no plano.	Monitorar janela; alertas não renovam prescrição.
Administrativa — suporte	Prazo contratual e capacidade local, sem confusão com meta clínica.	Não prometer continuidade fora do horário de cobertura.
Fora de horário	Resposta automática apenas sobre cobertura real e sinais de urgência, sem confirmar leitura humana.	A interface deve informar quando há ou não serviço de resposta.

6. Ficha F09-B — Roteiro de acolhimento com comunicação segura

Momento	Texto-base adaptável / campo de registro
Abertura	“Este canal ajuda com orientações e informações após a alta. Em sintomas graves, procure serviço de urgência ou SAMU 192.” [confirmar data/hora]
Identificação	“Para proteger seus dados, preciso confirmar algumas informações por meio do procedimento seguro do hospital.” [método e resultado]
Queixa principal	“Qual é sua dúvida ou o sintoma mais importante? Quando começou? Houve piora?” [relato sem interpretação automática]
Sinais de perigo	“Se houver falta de ar importante, desmaio, perda de força súbita, hemorragia significativa ou outro sinal grave, busque atendimento imediato.” [orientação transmitida]
Informação documental	“Vou conferir a orientação na sua alta e encaminhar ao profissional responsável caso exista divergência.” [versão e fonte]
Encerramento	“Você pode repetir qual será seu próximo passo e quando deve procurar urgência?” [teach-back / dúvida remanescente]

7. Registro F09-C — Contato, escalonamento e encerramento

Evento	Hora e canal	Responsável / aceite	Evidência e próximo passo
Abertura	[data, hora, fuso, canal]	[atendente]	[motivo e prioridade]
Roteamento	[data/hora]	[setor/fila destino]	[prioridade, versão de protocolo]
Primeira avaliação clínica	[data/hora]	[enfermeiro/registro ou médico/CRM]	[decisão, necessidade de consulta]
Escalonamento	[data/hora]	[titular/substituto]	[aceite positivo, tentativas]
Contato com paciente	[data/hora]	[identidade validada]	[orientação transmitida, compreensão]

Evento	Hora e canal	Responsável / aceite	Evidência e próximo passo
Fechamento	[data/hora]	[profissional autorizador]	[motivo: resolvido/urgência/transferido/sem contato]

8. Titularidade cirúrgica, plantões e substituição

Situação	Responsabilidade nominal	Retaguarda e limite
Pós-operatório com intercorrência	Cirurgião titular continua referência de decisões cirúrgicas, avaliação e alta; quando não presente, plantonista habilitado atua conforme protocolo e comunica.	Não transferir titularidade ao hospitalista por conveniência operacional.
Dúvida clínica de paciente cirúrgico	Hospitalista pode avaliar e prescrever conduta clínica dentro de suas atribuições e plano de cogestão.	Integração com cirurgião e anotação no PEP.
Paciente com internação clínica	Médico titular / hospitalista responsável conforme a organização assistencial documentada.	Substituição nominal na escala em férias, ausências e trocas de turno.
Paciente ex-UTI	Médico do seguimento pós-alta e revisor definido pelo plano.	Intensivista acionado quando indicado, sem presumir acompanhamento vitalício.
Solicitação de dados por familiar	Direitos e legitimidade são conferidos conforme LGPD, documentação e decisão do paciente.	Negar conteúdo sensível sem confirmação; explicar via correta de acesso.

9. Matriz RACI resumida do canal de contato

Atividade	Suporte/navegação	Enfermagem	Médico assistente	TI/privacidade
Autenticar e abrir solicitação	R	C	I	A pelo mecanismo
Avaliar gravidade sintomática	I	R	A se decisão médica	I
Orientar emergência imediata	R, orientação genérica	A pelo protocolo	C quando disponível	I
Mudar prescrição ou plano clínico	I	C	A/R	I
Garantir trilha e segurança do canal	C	I	C	A/R
Revisar incidentes e indicadores	R (suporte)	C	A (gestão clínica)	R (tecnologia)

Legenda: R executa; A responde pela aprovação final; C consulta; I informado. A matriz é proposta de atribuições e requer compatibilização com a cadeia de autoridade. Cada processo deverá ter apenas um responsável decisório principal, se possível, e matriz institucional validada.

10. Privacidade, WhatsApp e guarda do registro clínico

Risco	Controle de desenho	Evidência a verificar
Número errado / SIM trocado	Autenticar por canal seguro; evitar conteúdo sensível em mensagens de notificação.	Teste com número desatualizado e revogação.
Conta pessoal de colaborador	Usar apenas ambiente corporativo autorizado, gestão de conta e contrato.	Log de conta, acessos e retenção.
Arquivo ou foto clínica fora do PEP	Registrar conteúdo clínico relevante no prontuário com autoria, data e contexto.	Auditoria cruzada PEP × conversa.
Operação sem atendimento 24h	Divulgar cobertura real; apresentar instrução de urgência em todos os canais.	Teste de mensagem fora de horário.
Chatbot interpreta gravidade como diagnóstico	Limitar automação a acolhimento básico e regras verificadas; entregar casos clínicos a profissional.	Casos simulados de red flags.
Incidente de dados sensíveis	Conter, avaliar risco e seguir procedimento ANPD e LGPD.	Registro de incidente, controlador, decisão, comunicação se aplicável.

11. Critérios mínimos de homologação / segurança do piloto

Cenários a testar com dados sintéticos

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Sinal de AVC, hemorragia importante ou dispneia grave não aguarda resposta de chat e recebe orientação imediata de emergência.	[ ]	[Preencher]
Mensagem fora do horário real de atendimento não afirma que há médico 24h.	[ ]	[Preencher]
Familiar sem poderes demonstrados não acessa diagnóstico ou receita.	[ ]	[Preencher]
Dúvida de anticoagulante não vira mudança de dose por atendente.	[ ]	[Preencher]
Paciente cirúrgico tem acionamento de cirurgião titular e retaguarda adequada.	[ ]	[Preencher]
Escalonamento sem aceite permanece pendente; nunca fecha por “mensagem enviada”.	[ ]	[Preencher]
Ligação interrompida mantém tarefa e orienta contingência segundo risco.	[ ]	[Preencher]
Histórico do contato clínico e decisão são registrados no PEP com versão.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Link compartilhado expira ou é revogado conforme política e é auditável.	[ ]	[Preencher]
Pessoa sem internet tem alternativa telefônica/presencial acessível.	[ ]	[Preencher]
Tentativas de acesso e dados expostos a canal externo são auditados.	[ ]	[Preencher]
Mudança da escala não deixa pendências sem titular e substituto.	[ ]	[Preencher]

12. Indicadores e revisão institucional

Indicador	Fórmula / fonte	Alerta metodológico
Solicitações classificadas	Nº contatos com classificação registrada ÷ nº total de contatos	Revisar amostra por subtriagem.
Casos clínicos com aceite nominal	Nº casos com aceite documentado ÷ nº encaminhamentos clínicos	Não computar como aceite o envio automático.
Contatos prioritários fora do prazo	Casos vencidos ÷ casos com prazo definido	Estratificar por risco e turno.
Pacientes orientados com compreensão	Registros teach-back confirmado ÷ elegíveis	Medir entendimento, não clique.
Incidentes de confidencialidade	Nº incidentes confirmados e quase-erros por mil contatos	Não usar subnotificação como resultado favorável.
Acesso inclusivo	Nº resolvidos via canal assistido ÷ solicitações de pessoas sem acesso digital	Revisar barreiras sociais e de linguagem.

Orientação de implantação: definir quadro de pessoal, escalas, telefone de retaguarda, SLA e limites de uso antes de divulgar o canal ao público. O protocolo não cria, por si, obrigação de funcionamento 24h ou relação de telemedicina onde ela não tiver sido contratada e formalizada.

Referências técnicas e normativas

1. CFM. Resolução nº 2.314/2022 — telemedicina e modalidades de atendimento mediado por tecnologia. Consulta: https://www.sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2314

2. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

3. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 — comunicação de incidentes de segurança; orientações de reporte. Consulta: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

4. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit — seguimento, educação e comunicação. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

5. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

6. W3C. Web Content Accessibility Guidelines 2.2 — acessibilidade digital. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 10

MATRIZ RACI E MAPA DE RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Governança multinível, decisões clínicas e tecnológicas, cadeia de autoridade, substitutos e evidências de prestação de contas.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 10: Matriz RACI e mapa de responsabilidades institucionais
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade e condições para uso

Atribuir responsabilidade executora (R), aprovadora/prestadora de contas (A), consultada (C) e informada (I) aos processos essenciais do Passaporte Digital, com titularidade clínica explícita, cobertura de ausências e instância de resolução de conflitos. A matriz busca impedir tarefas sem dono ou com aprovação difusa.

A aplicação dependerá do organograma real do Hospital Canaã e da relação entre Instituto Canaã, prestadores, operadores de tecnologia e eventual rede pública contratante. Não presume contrato SUS, qualificação OSS ou autorização de compartilhamento de dados municipal.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Unidade de aplicação	Hospital Canaã — São Paulo/SP; implantação futura sujeita a autorização e governança.
Natureza do instrumento	Modelo técnico-operacional editável, para aprovação e teste antes de produção.
Responsabilidade de utilização	Diretoria institucional aprova diretrizes; Direção Técnica responde pela assistência; coordenações clínicas e multiprofissionais executam; NSP/Qualidade avalia segurança; TI e encarregado respondem pelo desenho de segurança e dados conforme as atribuições legais.
Prontuário e fonte primária	Os registros de atos clínicos e documentos assinados permanecem no PEP e sistemas de origem; o Passaporte é camada de acesso e continuidade.
Identificação segura	Mínimo de dois identificadores adequados, vínculo inequívoco ao episódio e autenticação autorizada.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Regra de confidencialidade	LGPD, necessidade e finalidade, minimização, segregação de acesso, trilha de auditoria e revisão do encarregado.
Integrações externas	RNDS, sistema municipal, e-SaúdeSP, WhatsApp Business ou outro serviço não são considerados ativos sem contrato, credenciamento e homologação.
Validade editorial	Minuta v0.1; requer aprovação da Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI, governança e jurídico.

2. Chave de siglas e definição do papel único de decisão

Símbolo	Definição de uso	Regra de governança
R — Responsible	Profissional ou área que executa e registra a atividade.	Pode haver mais de um R, se não gerar ambiguidade ou falha de transferência.
A — Accountable	Autoridade que aprova a entrega ou responde pela decisão no fluxo.	Preferência por um A por linha; ajustes em comitê não afastam responsabilidade profissional.
C — Consulted	Profissional obrigatório para análise ou parecer antes da decisão.	Não equivale a veto automático, salvo regra formal de segurança ou legal.
I — Informed	Recebe comunicação do resultado/decisão após conclusão.	Não recebe dados sensíveis que não sejam necessários à função.
Titular nominal	Pessoa identificada por nome, registro e escala em cada episódio ou pendência.	Função genérica “médico” sem nome é insuficiente para exames pendentes críticos.
Substituto com aceite	Profissional designado e informado, com aceite registrado na passagem.	A ausência do titular não deixa demanda clínica aberta sem dono.

3. Organograma operacional — órgãos e responsabilidades

Instância ou função	Competências e limites	Evidência institucional
Direção Executiva/Institucional	Recursos, contratos, estratégia, prestação de contas e deliberações administrativas. Não substitui assinatura médica.	Ata, orçamento, aprovação de políticas.
Direção Técnica / Responsável Técnico	Aprova regras assistenciais, cobertura médica, fluxos de segurança e resposta a eventos clínicos.	Portaria interna, decisões e escala.
Comitê do Passaporte / Saúde Digital	Integra clínica, TI, qualidade, privacidade, jurídico, custos e experiência do paciente.	Regimento, pauta, decisão, plano de ações.
NSP/Qualidade	Análise de incidentes, riscos assistenciais, indicadores, PDSA e auditoria.	Matriz de riscos, ata e relatório.
Médico titular de internação	Responsabilidade clínica do episódio e validação do documento médico conforme atribuição formal.	Evolução e assinatura no PEP.

Instância ou função	Competências e limites	Evidência institucional
Cirurgião titular	Avaliação diária, decisões cirúrgicas e alta do paciente cirúrgico; co-gestão clínica sem perda automática de titularidade.	Evolução cirúrgica diária e plano.
Médico hospitalista	Cogestão de condições clínicas dos pacientes internados; prescrição rotineira coordenada quando autorizada.	Evolução/prescrição com autoria.
Médico intensivista	Responsável pelas decisões da terapia intensiva no âmbito da UTI e pela comunicação com titular do caso.	Evoluções e passagem de cuidado.
Enfermagem/farmácia/equipe multiprofissional	Identificação, conciliação, educação, plano, execução de tarefas dentro da competência profissional.	Checklists e registros nominativos.
Navegação e Serviço Social	Acesso, contrarreferência, contatos, inclusão e barreiras; não prescreve nem interpreta exame.	Status, encaminhamentos e evidências.
TI / Segurança	Disponibilidade, perfis, integrações, logs, testes, continuidade e fornecedores.	Inventário, mudança, auditoria, chamado.
Encarregado / Jurídico	Orientação LGPD, direitos dos titulares, contratos, incidentes e acordos de compartilhamento.	Parecer, RIPD quando cabível, registro.

4. RACI M01 — Paciente, atendimento e documentos

Atividade	R: executa	A: decide/assina	C: consultado	I: informado
Identificar paciente e episódio	Recepção/ Enfermagem	Chefia do setor	TI/cadastro	Equipe assistencial
Retificar homonímia ou duplicidade	Cadastro mestre	Gestor cadastral	TI/qualidade	Setores envolvidos
Diagnóstico e evolução clínica	Médico assistente	Médico titular	Especialistas indicados	Equipe multiprofissional
Revisar alta clínica	Médico da alta	Médico titular	Enfermagem/ farmácia	Navegação
Alta cirúrgica e orientação	Cirurgião titular	Cirurgião titular	Hospitalista e equipe	Setores assistenciais
Conciliação medicamentosa	Farmácia/ enfermagem	Médico prescritor	Farmácia clínica	Paciente/cuidado
Emitir e assinar Sumário de Alta	Médico competente	Médico signatário	Equipe de alta	Paciente e rede autorizada
Publicar documento validado	Motor de publicação/TI	Gestor do processo de alta	Segurança/PEP	Paciente
Retificar documento já publicado	Autor clínico + gestão documental	Médico autorizado	TI/qualidade	Destinatários elegíveis

5. RACI M02 — Continuidade, riscos e contato pós-alta

Atividade	R: executa	A: decide/assina	C: consultado	I: informado
Plano individual PICA	Equipe multiprofissional	Médico da alta	Paciente/cuidador	UBS quando pactuado

Atividade	R: executa	A: decide/assina	C: consultado	I: informado
Conferir compreensão / teach-back	Enfermagem/ educador	Coordenação assistencial	Serviço social	Médico titular
Encaminhar contrarreferência	Navegação/área habilitada	Médico que indicou	Regulação/serviço receptor	Paciente
Monitorar pedido sem vaga confirmada	Navegação	Coordenação de continuidade	Gestão da rede, quando pactuado	Médico referência
Classificar contato de sintoma	Enfermagem habilitada	Médico quando ato médico	Suporte/navegação	Titular clínico
Decidir mudança de tratamento	Médico habilitado	Médico prescritor	Farmácia e especialistas	Paciente
Revisar exame pendente	Médico revisor nominal	Médico revisor	Serviço emissor	Equipe de continuidade
Comunicar achado crítico	Emissor + revisor + equipe designada	Médico revisor pela conduta	NSP/coordenação	Paciente conforme decisão
Tratar falha de contato crítico	Equipe de continuidade	Médico revisor	Serviço social/segurança	Coordenação médica

6. RACI M03 — Tecnologia, dados e fornecedores

Atividade	R: executa	A: aprova	C: consultado	I: informado
Contratar HIS/PEP, LIS, RIS/PACS	Compras/TI	Diretoria institucional	Direção Técnica/segurança	NSP
Homologar integração interna	TI/fornecedor	Gestão de TI + aceite clínico formal	Qualidade/assistência	Direção
Autorizar integração externa	Gestor institucional + TI	Autoridade/gestor habilitado	Jurídico/encarregado	Áreas clínicas
Definir perfis de acesso	TI + donos de dados	Controlador/gestão de acesso	Encarregado/clinica	Gestores de setor
Suspender conta/ acesso indevido	Segurança/TI	Gestor de segurança	Encarregado/gestão clínica	Gestor da pessoa
Manter registro de acesso	TI/fornecedor	Controlador (governança)	Encarregado/ auditoria	NSP conforme caso
Gerir incidente de dados pessoais	Segurança + privacidade	Controlador institucional	Jurídico/assistencial	Titulares/ANPD se cabível
Decidir comunicação ANPD/titular	Encarregado/jurídico instrui	Controlador	Segurança e Direção Técnica	Órgãos/titulares conforme lei
Testar backup e restauração	TI/fornecedor	Gestão de TI	Segurança/operador	Direção e assistência
Encerrar contrato e extrair dados	TI/contratos	Diretoria institucional	Jurídico/ privacidade/ assistencial	Gestão do programa

7. Matriz de decisões indelegáveis e delegáveis

Decisão	Titular / competência	Delega ou executa apoio?
Diagnóstico, tratamento, prescrição	Médico habilitado, dentro da competência profissional.	Apoio operacional não executa ato médico; parecer especializado quando indicado.
Alta médica de paciente cirúrgico	Cirurgião nominalmente responsável.	Hospitalista pode atuar em cogestão, sem transferência tácita.
Publicação de documento sem assinatura	Bloqueada até validação por signatário competente.	TI não assina em nome do médico.

Decisão	Titular / competência	Delega ou executa apoio?
Compartilhar dados com sistema externo	Controlador e autoridade autorizada conforme LGPD e pactos.	Fornecedor não amplia finalidade por conta própria.
Suspender sistema por falha grave	Gestor de crise definido, com Direção Técnica e TI.	Escala de plantão aplica contingência; decisão fica rastreável.
Aceitar risco residual crítico no piloto	Comitê de go/no-go e Direção Técnica, com poderes de veto de segurança definidos.	Desvio grave de identificação ou vazamento impede aceite sem correção.

8. Ficha F10-A — Cadastro de responsáveis e substitutos

Processo crítico	Titular nome / registro	Substituto e horário	Canal / aceite / data
Alta médica	[CRM e função]	[CRM / escala]	[Canal interno e termo]
Revisão de exames pós-alta	[CRM da linha]	[CRM da retaguarda]	[Log de aceite]
Achados críticos 24h se houver cobertura contratada	[Responsável por plantão]	[Substituto]	[Teste de contato]
Autorização de acesso excepcional	[Gestor de acesso]	[Substituto]	[Registro de decisão]
Resposta a incidente de dados	[Encarregado/Segurança]	[Escala de contingência]	[Registro da ocorrência]
Operação do portal	[Líder de TI]	[Suporte contratado]	[Janela operacional]

9. Ficha F10-B — Decisão de comitê e conflito de autoridade

Campo	Preenchimento obrigatório
ID da decisão / assunto	[Protocolo e descrição objetiva]
Tipo	[Clínica / tecnológica / privacidade / financeira / risco]
Responsável pelo parecer	[Profissional, registro, data/hora]
Instância competente para aprovação	[Cargo e nome]
Posições divergentes	[Argumentos, evidências e consequências]
Decisão fundamentada	[Ação, justificativa, condições de segurança]
Risco residual e dono	[Gravidade, medidas, monitoramento]
Data de revisão e aceite	[Prazo, assinatura, documento correlato]

10. Regras de escalonamento intersetorial

Evento	Escalonamento mínimo	Condição de encerramento
Caso sem médico responsável	Coordenação médica → Direção Técnica/plantonista substituto.	Nome, aceite, prazo e orientação clínica documentados.
Falha de identificação	Bloquear publicação → Cadastro, Qualidade e TI.	Unificação segura / correção auditável.
Exame crítico sem leitura	Médico revisor → plantonista/chefia → Direção Técnica.	Decisão clínica e comunicação, não “alerta enviado”.
Integração RNDS rejeitada	TI/integrador → gestão de integração → autoridade externa, se pactuado.	Retorno de homologação e replay idempotente, sem duplicação.
Acesso indevido	Segurança + encarregado + controlador.	Contenção, avaliação e plano; eventual comunicação ANPD.

Evento	Escalonamento mínimo	Condição de encerramento
Conflito médico–administrativo	Direção Técnica e comitê apropriado.	Autonomia/segurança preservadas e decisão assinada.

11. Evidências de responsabilidade e revisão de RACI

Objeto	Periodicidade interna proposta	Prova de conformidade
Nomeação de donos de processo	Antes do piloto e a cada mudança organizacional.	Portaria/matriz vigente e ciência.
Escalas e substituições	A cada turno e alteração de equipe.	Escala, passagem e teste de contato.
Revisão de decisões clínicas	Auditoria amostral mensal e análise de casos graves.	Evolução, assinatura, análise do NSP.
RACI de fornecedores	Na contratação, renovação e mudança relevante.	Contrato, DPA, SLAs e anexos de segurança.
Análise de incidentes	Após cada evento significativo, com plano de ações.	Ata, causa-raiz, testes regressivos.
Revisão integral da matriz	Ao menos anual e após incidentes estruturais.	Histórico de versão, aprovação e comunicação.

12. Testes e critérios de aceite da estrutura de governança

Cenários organizacionais de simulação

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Em alta cirúrgica, a titularidade do cirurgião está identificada até a alta.	[ ]	[Preencher]
A ausência do cirurgião gera cobertura, não troca informal de titularidade.	[ ]	[Preencher]
Hospitalista pode documentar cogestão clínica sem assumir alta cirúrgica.	[ ]	[Preencher]
Laudo anatomopatológico recebido depois da alta tem revisor médico nominal.	[ ]	[Preencher]
Fornecedor não pode decidir sozinho sobre novo compartilhamento de dados.	[ ]	[Preencher]
Incidente de dados tem controlador, encarregado e decisor explicitamente nomeados.	[ ]	[Preencher]
Integração SUS permanece inativa até homologação e autorização externas.	[ ]	[Preencher]
Mudança de escala transmite pendências com aceite, não só com envio de mensagem.	[ ]	[Preencher]
Escalonamento entre enfermagem, médico e Direção Técnica é testado.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Conflito de autoridade é registrado e resolvido sem risco ao paciente.	[ ]	[Preencher]
Equipes terceirizadas possuem responsabilidades e deveres contratuais definidos.	[ ]	[Preencher]
Indicadores mostram tarefas sem responsável nominal para correção.	[ ]	[Preencher]

Orientação de homologação: anexar organograma real, lista de responsáveis nomeados, substitutos, comitê e políticas de delegação. Esta matriz é minuta de governança, não nomeação automática de pessoas ou de cargos ainda inexistentes.

Referências técnicas e normativas

1. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

2. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

3. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 — comunicação de incidentes de segurança; orientações de reporte. Consulta: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

4. CFM. Resolução nº 2.314/2022 — telemedicina e modalidades de atendimento mediado por tecnologia. Consulta: https://www.sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2314

5. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta (RNDS). Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

6. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit — seguimento, educação e comunicação. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 11

DICIONÁRIO DE DADOS CLÍNICOS, TERMINOLOGIAS E CAMPOS OBRIGATÓRIOS

Catálogo de atributos, regras de qualidade, proveniência, vocabulários, estados e contratos de publicação do Passaporte Digital.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 11: Dicionário de dados clínicos, terminologias e campos obrigatórios
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade e condições para uso

Padronizar a informação que transita do PEP/HIS e dos sistemas diagnósticos para a visualização no Passaporte, evitando ambiguidades de identidade, episódios, autoria, códigos, medicamentos, exames e resultados pendentes. Cada atributo recebe definição operacional, fonte de verdade, tipo, regra de qualidade, finalidade de compartilhamento e governança de mudança.

Este dicionário é uma especificação institucional preliminar. As marcações “essencial interno” são requisitos de segurança propostos pelo Canaã, e não equivalem automaticamente às cardinalidades ou regras obrigatórias do Modelo de Informação do Sumário de Alta (Portaria GM/MS nº 8.026/2025) ou de perfis FHIR oficiais; estes deverão ser consultados, versionados e validados campo a campo na homologação.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Unidade de aplicação	Hospital Canaã — São Paulo/SP; implantação futura sujeita a autorização e governança.
Natureza do instrumento	Modelo técnico-operacional editável, para aprovação e teste antes de produção.
Responsabilidade de utilização	Gestor de informação clínica mantém semântica; médico e enfermagem validam contexto clínico; TI mantém catálogo, esquemas e testes; codificadores/gestores de terminologia preservam códigos; encarregado e jurídico avaliam finalidade e minimização; Comitê do Passaporte aprova versões.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Prontuário e fonte primária	Os registros de atos clínicos e documentos assinados permanecem no PEP e sistemas de origem; o Passaporte é camada de acesso e continuidade.
Identificação segura	Mínimo de dois identificadores adequados, vínculo inequívoco ao episódio e autenticação autorizada.
Regra de confidencialidade	LGPD, necessidade e finalidade, minimização, segregação de acesso, trilha de auditoria e revisão do encarregado.
Integrações externas	RNDS, sistema municipal, e-SaúdeSP, WhatsApp Business ou outro serviço não são considerados ativos sem contrato, credenciamento e homologação.
Validade editorial	Minuta v0.1; requer aprovação da Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI, governança e jurídico.

2. Convenções e legenda de cardinalidade e de proveniência

Notação / estado	Significado e regra de execução
EI — essencial interno	Campo que, segundo projeto clínico do Canaã, requer preenchimento ou decisão de bloqueio; não é qualificado como compulsório nacional por essa sigla.
CO — condicional	Exigido quando evento pertinente existir, como cirurgia, alergia conhecida ou resultado pendente; ausência justificada é distinta de valor não informado.
OP — opcional	Elemento disponível quando há indicação, legitimidade e fonte confiável; não inventar nem derivar clinicamente.
Ø / desconhecido / não se aplica	Três estados distintos: ausente técnico, não verificado e não pertinente; não converter em falso, negativo ou zero.
Tempo de evento / emissão / acesso	Instantes diferentes; preservar offset/fuso e relógio da fonte para rastrear atrasos e versões.
Autoria / custódia / visualização	Quem produziu a informação, onde está o registro formal e qual versão aparece na camada do paciente.
Versão terminológica	Registrar sistema, URI/OID, versão, código e texto exibido, onde aplicável.
Status publicação	Rascunho → Revisado → Assinado → Publicado → Retificado/Revogado, com permissões próprias.

3. Catálogo D01 — Identificação, estabelecimento e episódio

ID / campo e tipo	Critério interno	Fonte / validação	Regra de uso / compartilhamento
D001 Patient.id • string	EI	MPI/PEP; identificador imutável, não reutilizável	Não exibir como CPF; vincular ao controle de identidade.
D002 Nome civil • texto	EI	Cadastro mestre; normalizar caracteres sem destruir grafia	Respeitar identificação e apresentar conforme direito do titular.
D003 Nome social • texto	CO	Cadastro e preferência documentada	Exibir de modo respeitoso, sem exposição indevida do nome civil.

ID / campo e tipo	Critério interno	Fonte / validação	Regra de uso / compartilhamento
D004 Data de nascimento • data	EI	Cadastro mestre; validação de plausibilidade	Segundo identificador; não basta isoladamente para acesso.
D005 CPF • identificador	CO	Cadastro com verificação de formato e legitimidade	Ausência não pode impedir urgência; regras nacionais conforme perfil.
D006 CNS • identificador	CO	Cadastro com validação disponível; preservar origem	Não pressupor unicidade sem conferência e reconciliação.
D007 Responsável / vínculo • objeto	CO	Documentos, autorização ou base legal; validade	Permissões limitadas ao escopo, revogação e trilha.
D008 Estabelecimento / CNES • string	EI	Cadastro institucional validado	Não preencher CNES futuro até cadastro formal.
D009 Encounter.id • string	EI	HIS/PEP; unicidade episódio + estabelecimento	Não misturar documentos de episódios distintos.
D010 Data/hora admissão • datetime	EI	HIS; timezone e consistência	Diferenciar entrada no PS de abertura da internação.
D011 Data/hora alta • datetime	EI quando alta	HIS/assinatura; alta depois de admissão	Não usar horário de publicação como data de alta.
D012 Status desfecho • código	EI	HIS; tabela homologada	Alta, transferência, óbito e outros não são equivalentes.

Chave recomendada de vinculação: [Estabelecimento/CNES validado] + [Patient.id] + [Encounter.id] + [ID de documento]. CPF ou CNS são identificadores úteis, mas não substituem a chave técnica nem autorizam vinculação automática quando houver discrepância. A deduplicação exige procedimento formal com logs, sem fusão de prontuários por similaridade de nomes.

4. Catálogo D02 — Conteúdo clínico da internação

ID / campo e tipo	Critério interno	Fonte / validação	Cuidado semântico
D013 Motivo de internação • código/texto	EI	Anamnese/admissão; responsável médico	Não confundir hipótese inicial e diagnóstico final.
D014 Diagnóstico principal • código	EI no sumário	Médico responsável; codificação conforme perfil	CID, descrição, posição e contexto clínico.
D015 Diagnósticos associados • array	CO	Evolução/alta, com revisão	Exibir resolução/estado e condições relevantes.
D016 Presente na admissão • enum	CO	Registro médico quando disponível	Valor ignorado não é “não”.
D017 Situação do problema • enum	CO	Lista de problemas/alta	Ativo, resolvido, em avaliação; não omitir incerteza.
D018 Evolução resumida • narrativa	EI	Sumário assinado; sanitização de apresentação	Não inventar texto por IA nem apagar evento adverso.
D019 Cirurgia/procedimento • array	CO	Centro cirúrgico/PEP; laudo operatório	Data, procedimento, equipe, material relevante e vínculo.
D020 Intercorrências • array	CO	PEP; avaliação do signatário	Registrar relevância e desfecho, conforme sigilo.
D021 Condição funcional na alta • objeto	CO	Equipe clínica/reabilitação; validação	Mobilidade, suporte, restrições, dispositivos.

ID / campo e tipo	Critério interno	Fonte / validação	Cuidado semântico
D022 Médico da alta • profissional	EI	PEP, CRM/UF e assinatura válida	Não substituir autoria pelo login de exportação.
D023 Documento Sumário Alta • objeto	EI	Repositório assinado; ID, hash, versão	Expor apenas versão autorizada e indicar retificações.

5. Catálogo D03 — Alergias, medicamentos e plano de cuidados

ID / elemento	Critério	Fonte / controle	Regra de negócio
D024 Estado da alergia	EI	Anamnese conciliada / profissional	Separar alergia confirmada, não conhecida e não verificada.
D025 Agente/reação/gravidade	CO	Prontuário; vocabulário quando aplicável	Não inferir causalidade a partir de descrição livre.
D026 Receita médica de alta	EI quando aplicável	Prescrição assinada com prescritor identificado	Somente tratamento domiciliar; manter versão/documento.
D027 Medicação em uso no hospital	OP	Prescrição hospitalar	Não publicar como “em uso em casa” sem conciliação.
D028 Discrepância de conciliação	CO	Farmácia/equipe, decisão médica	Registrar iniciada/suspensa/alterada, resolvida ou pendente.
D029 Cuidados e restrições	CO	PICA/sumário validado	Validade temporal e profissional autor.
D030 Retorno e serviço destino	CO	Plano de alta/encaminhamento	Separar sugerido, solicitado, agendado e realizado.
D031 Sinais de alerta individualizados	CO	PICA/revisão clínica	Não usar aconselhamento genérico como diagnóstico.
D032 Orientação compreendida	CO	Teach-back / registro profissional	Registrar comunicação real, não apenas documento enviado.

6. Catálogo D04 — Exames, imagens, resultados pendentes e compartilhamento

ID / elemento	Critério	Fonte / controle	Regra clínica e técnica
D033 Solicitação de exame	CO	PEP/LIS/RIS; Order ID	Status pedido não equivale a resultado liberado.
D034 Resultado e laudo	CO	LIS/RIS; ID de versão e signatário	Diferenciar preliminar, final, corrigido, cancelado.
D035 DICOM Study UID	CO	PACS; referência técnica íntegra	Acessar visualizador por autorização; não inserir URL pública.
D036 Anatomopatológico	CO	Patologia; código/versão/laudo	Pendência pode persistir após alta; atribuir revisor médico.
D037 Achado crítico	CO	Serviço emissor + protocolo crítico	Notificação não substitui decisão e contato clínico.
D038 Responsável pela pendência	CO quando pendente	Escala/CRM; aceite e substituto	Fila nunca pode ficar sem titular nominativo.
D039 Prazo e estado da pendência	CO quando pendente	Gestão de continuidade; relógio auditável	Aberto, recebido, revisado, comunicado, concluído.

ID / elemento	Critério	Fonte / controle	Regra clínica e técnica
D040 Documento compartilhado	CO	Repositório; ID, versão, expiração	Escopo, destinatário, log, revogação.
D041 Evento de acesso	EI no canal	IAM/auditoria; data/hora, usuário, ação	Sem divulgar token ou conteúdo de segredo em log.
D042 Preferência de canal	CO	Paciente/consentimento específico se cabível	Notificação genérica por canal inseguro; acesso completo no portal.

7. Terminologias e versões: tabela mestra a homologar

Domínio	Padrão / sistema possível	Decisão e precaução
Diagnósticos e problemas	CID-10 ou outras classificações oficiais indicadas pelo perfil de dados.	Registrar versão e uso efetivo; mapeamento não determina automaticamente equivalência clínica.
Exames laboratoriais	LOINC onde exigido/aceito pelo modelo e catálogo disponível.	Conferir unidade de medida, método e referência; nunca mapear somente pelo nome aproximado.
Medicações e prescrições	Terminologias oficiais aplicáveis, incluindo catálogos de medicamentos e apresentações.	Não misturar princípio ativo, forma, dose, via e posologia em texto não estruturado.
Procedimentos	SIGTAP ou codificação aplicável ao contexto da rede e serviço.	Código de faturamento não substitui descrição clínica real.
Ocupação e profissionais	CBO; CRM/UF e identificadores válidos.	Checar códigos aceitos pelo perfil RNDS vigente.
Estabelecimento	CNES e cadastro local validado.	Deixar em branco enquanto a unidade não possuir cadastro aplicável.
Recursos de interoperabilidade	HL7 FHIR R4 conforme guia RNDS ou acordo local homologado.	Mapeamento lógico (Patient, Encounter etc.) é uma proposta; avaliar perfis mandatórios concretos.
Imagens	DICOM e metadados do PACS, respeitando política de segurança.	Study/Series/SOP UID não equivale a autorização de acesso ao conteúdo.
Timestamps e unidades	ISO 8601 com offset; UCUM quando especificado.	Unidades ambíguas ou escalas distintas geram erro assistencial.

8. Ficha F11-A — Cadastro editável de campo novo ou alterado

Metadado obrigatório de governança	Registro / instrução
Código do campo / nome técnico	[Ex.: D043 / examination.reportStatus]
Definição clínica exata / contexto	[Definição e situações em que se aplica]
Tipo, unidade e domínio de valores	[string/code/dateTime/quantity/boolean/Reference; faixa ou enum]
Cardinalidade interna e externa	[EI / CO / OP; cardinalidade exigida em guia externo, com versão]
Sistema fonte e proprietário clínico	[PEP/HIS/LIS/RIS/PACS; coordenador responsável]
Sistema consumidor e finalidade de tratamento	[Portal/RNDS/contrarreferência; justificativa e base legal]
Terminologia e versão	[URI, versão, código de exemplo sintético]

Metadado obrigatório de governança	Registro / instrução
Validação e valores faltantes	[Regras e comportamento ∅/desconhecido/não se aplica]
Criticidade/risco e bloqueio	[Risco paciente/privacidade; bloqueio ou contingência]
Autoria, segurança e retenção	[Permissões, fonte assinada, logs e prazo aplicável]
Responsável por revisão e testes	[Nome/função, versão, caso de teste e evidência]

9. Matriz F11-B — Validações automáticas e clínicas

Regra	Tratamento seguro do erro	Evidência de aceitação
Patient.id e Encounter.id conflitantes	Bloquear publicação do artefato afetado, abrir incidente de identidade.	Teste com homônimos e episódios cruzados.
CID sem versão/descrição divergente	Retornar à revisão médica/codificação; não recodificar por inferência.	Log de divergência e aprovação do vocabulário.
Dose/rota/unidade inconsistente	Reconciliar com receita assinada e bloquear campo inseguro.	Caso simulado de mg × mcg, insulina e anticoagulante.
Documento ainda não assinado	Manter rascunho fora da visão definitiva do paciente.	Teste de assinatura inválida ou revogada.
Laudo retificado após compartilhamento	Revisar impacto clínico, atualizar versão e avisar destinatário legítimo se necessário.	Replay, logs e evidência de comunicação.
Resultado crítico ainda não revisado	Abrir fila clínica prioritária e escalar conforme risco.	Teste com responsável ausente e substituto.
Tempo de alta anterior à admissão	Bloquear documento, investigar origem/fuso.	Teste de timezone e data impossível.
CPF ausente, CNS disponível	Seguir exceção validada sem suprimir identificação segura.	Teste de identificação alternativa sem duplicação.
Código externo rejeitado pela RNDS	Registrar rejeição e corrigir perfil; não alegar integração ativa.	Resposta de homologação documentada.
Dado sensível acessado por papel inadequado	Negar acesso, gerar trilha e avaliar incidente.	Teste RBAC/ABAC e isolamento entre pacientes.

10. Matriz de qualidade, completude e amostragem

Dimensão	Indicador de implantação / fórmula	Responsável e periodicidade proposta
Completude EI	Registros com todos os campos EI validados ÷ registros elegíveis.	Gestor de dados clínicos; acompanhamento semanal no piloto.
Identidade e episódio	Registros com vínculo correto na amostra ÷ registros testados.	Qualidade + cadastro; auditoria diária inicial.
Acurácia diagnóstica	Diagnósticos conferidos contra Sumário assinado ÷ diagnósticos auditados.	Direção Técnica / auditoria clínica mensal.
Concordância de medicação	Receitas exibidas equivalentes à versão assinada ÷ receitas auditadas.	Farmácia + TI; revisão por risco.
Rastreabilidade de exames	Laudos exibidos com ID, autor/versão e origem ÷ laudos disponíveis.	LIS/RIS/PACS e Qualidade.

Dimensão	Indicador de implantação / fórmula	Responsável e periodicidade proposta
Retificações propagadas	Retificações refletidas no portal e notificadas conforme caso ÷ retificações elegíveis.	Gestão documental e segurança.
Rejeição por terminologia	Payloads rejeitados por código/versão ÷ transmissões testadas.	Integrações e codificação; por versão.
Tempo de atualização	Publicação autorizada menos assinatura de origem, por percentis.	TI/Operação; estratificar disponibilidade.

11. Controle de mudança e governança do catálogo

Etapa	Entrada exigida	Decisão de saída
Solicitação	Ficha F11-A, justificativa clínica e dado mínimo.	Recebida, devolvida ou rejeitada por duplicidade.
Avaliação clínica e LGPD	Dono clínico, encarregado, jurídico, segurança.	Finalidade, legitimidade e riscos validados.
Mapeamento técnico	Origem, destino, terminologia, esquema, defaults.	Contrato de dado versionado.
Teste com dados sintéticos	Cenários normais, ausentes, retificados e adversariais.	Evidências de precisão e proteção.
Aprovação e publicação	Aceite clínico, TI, qualidade e controlador.	Nova versão, changelog e rollback definidos.
Monitoramento	Indicadores, casos corrigidos e incidentes.	Nova revisão ou descontinuação governada.

12. Checklist de homologação do dicionário

Condições de aceite antes de usar dados reais

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Cada elemento possui definição inequívoca, tipo, domínio, fonte e dono.	[ ]	[Preencher]
Os campos EI estão separados dos requisitos compulsórios dos perfis oficiais e não são confundidos.	[ ]	[Preencher]
Todos os identificadores são reconciliados por paciente e episódio, inclusive homônimos.	[ ]	[Preencher]
Dados ausentes, desconhecidos e não aplicáveis produzem estados diferentes.	[ ]	[Preencher]
Terminologias e versões estão registradas com códigos válidos e testes de mapeamento.	[ ]	[Preencher]
Existe controle de proveniência clínica e do documento assinado para cada informação publicada.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Receitas hospitalares não são apresentadas como prescrições domiciliares.	[ ]	[Preencher]
Resultados críticos e pendências preservam responsável, prazo e circuito de escalonamento.	[ ]	[Preencher]
Retificações preservam versões históricas sem expor versões revogadas como atuais.	[ ]	[Preencher]
Logs de visualização não contêm senhas, tokens ou conteúdo clínico desnecessário.	[ ]	[Preencher]
Perfis e guias RNDS são utilizados somente depois de análise da versão homologada e credenciamento.	[ ]	[Preencher]
Um plano de reversão e de correção de dados foi testado em ambiente seguro.	[ ]	[Preencher]

Observação de segurança semântica: HL7 FHIR é uma especificação de intercâmbio, não um substituto do prontuário nem uma garantia de interpretação clínica. Códigos e cardinalidades externos serão os publicados na versão oficial de cada guia e não valores presumidos nesta minuta.

Referências técnicas e normativas

1. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

2. Ministério da Saúde. Guia oficial de implementação RNDS, modelos e procedimentos de credenciamento e homologação HL7 FHIR R4. Consulta: https://fhir.saude.gov.br/

3. HL7. FHIR Release 4 (R4), recursos Patient, Encounter, Composition, DiagnosticReport, MedicationRequest, AllergyIntolerance, AuditEvent. Consulta: https://hl7.org/fhir/R4/resourcelist.html

4. Ministério da Saúde. Estrutura RNDS e vocabulários controlados: uso de LOINC em exames laboratoriais. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/estrutura-do-projeto/estrutura-do-projeto

5. DICOM Standards Committee / NEMA. DICOM Standard: identificadores de estudo/série/instância e interoperabilidade de imagens. Consulta: https://www.dicomstandard.org/current

6. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

7. W3C. Web Content Accessibility Guidelines 2.2 — acessibilidade digital. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

8. OWASP Foundation. API Security Top 10 — segurança de endpoints, autorização e exposição de dados. Consulta: https://owasp.org/API-Security/editions/2023/en/0x11-t10/

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 12

MATRIZ DE INTEGRAÇÕES PEP/HIS/LIS/RIS/PACS/RNDS

Inventário de interfaces, fluxos de eventos clínicos, contratos de dados, riscos, filas de erro, homologação e acordos de interoperabilidade.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 12: Matriz de integrações PEP/HIS/LIS/RIS/PACS/RNDS
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade e condições para uso

Identificar todas as interfaces técnicas necessárias para que o Passaporte seja uma camada segura de acesso e continuidade do cuidado, preservando o PEP e demais sistemas assistenciais como fontes primárias. Especificar produtor, consumidor, gatilho, mensagem ou documento, estado, auditoria, contingência, titular do aceite e dependências contratuais.

As interfaces aqui listadas são arquitetura-alvo preliminar, não evidência de implantação, contratação, habilitação RNDS ou pactuação municipal. Seu desenvolvimento deverá ser condicionado à existência de sistemas reais, inventário de fornecedores e APIs, avaliação de risco, licenciamento, autorização dos controladores e homologação clínica e técnica.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Unidade de aplicação	Hospital Canaã — São Paulo/SP; implantação futura sujeita a autorização e governança.
Natureza do instrumento	Modelo técnico-operacional editável, para aprovação e teste antes de produção.
Responsabilidade de utilização	Arquitetura/Sistemas e TI coordenam integração; Direção Técnica e donos dos processos clínicos validam semântica; Segurança e encarregado avaliam acesso e confidencialidade; fornecedores implementam somente escopo contratado; gestão municipal/Ministério da Saúde intervêm quando houver pactuação formal.
Prontuário e fonte primária	Os registros de atos clínicos e documentos assinados permanecem no PEP e sistemas de origem; o Passaporte é camada de acesso e continuidade.

Parâmetro institucional	Definição operacional
Identificação segura	Mínimo de dois identificadores adequados, vínculo inequívoco ao episódio e autenticação autorizada.
Regra de confidencialidade	LGPD, necessidade e finalidade, minimização, segregação de acesso, trilha de auditoria e revisão do encarregado.
Integrações externas	RNDS, sistema municipal, e-SaúdeSP, WhatsApp Business ou outro serviço não são considerados ativos sem contrato, credenciamento e homologação.
Validade editorial	Minuta v0.1; requer aprovação da Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI, governança e jurídico.

2. Premissas arquiteturais e limites de publicação

Princípio	Obrigação projetada e prova
PEP/HIS como origem	Todos os atos clínicos, decisões, assinaturas e versões permanecem na fonte assistencial autorizada; o portal não cria segundo prontuário.
Separação leitura × escrita	Portal recebe exclusivamente artefatos aptos à exibição e dados autorizados; alterações clínicas devem ocorrer no sistema de origem por profissional habilitado.
Eventos não são documentos	“Exame solicitado”, “realizado”, “laudo liberado”, “laudo retificado” e “exame revisado” são marcos distintos.
Publicação somente após assinatura	Dados e documentos preliminares não são exibidos como definitivos; bloqueios têm regra e evidência.
Interoperabilidade externa condicional	RNDS, e-SaúdeSP e outros sistemas municipais só após pactuação, credenciamento, homologação, escopo e documentação.
Segurança por desenho	Autenticação e autorização, minimização, TLS, segredo protegido, auditoria, retenção e revogação.
Tolerância a falhas	Mensageria com idempotência, fila de erro, reprocessamento seguro, reconciliação e contingência.
Critério clínico de aceite	Aprovado apenas se identidade, medicação, alta, exames críticos, versões e acessos corretos forem demonstrados em teste.

3. Matriz M12-A — Inventário de sistemas e responsáveis

Sistema / função	Dados proprietários e responsabilidade	Interface potencial / status
MPI/Cadastro mestre	Identidade, identificadores, nome social, representante, reconciliação. Gestor cadastral.	API ou evento de identidade; não contratada.
HIS/ADT	Admissão, transferência, alta, episódio, leito, CNES da unidade. Gestão hospitalar.	ADT, evento API ou mensageria; definir com fornecedor.
PEP/SRES	Evolução, diagnósticos, alergias, documentos médicos e assinaturas. Direção Técnica.	Consulta/assinatura/documentos estruturados; sujeito a autorização.
CPOE/e-Prescrição	Prescrições hospitalares e domiciliares, mudanças, autoria. Prescritor/farmácia.	API prescrições, versões; não confundir hospital × alta.

Sistema / função	Dados proprietários e responsabilidade	Interface potencial / status
LIS	Pedido, execução, resultado, retificação, criticidade. Laboratório e médico revisor.	API/FHIR/HL7 v2, conforme legado e contrato.
RIS	Solicitação, agendamento, procedimento e laudo radiológico. Imagem e radiologista.	API/HL7/FHIR, conforme sistema.
PACS/VNA	Imagem DICOM, Study UID, metadados, viewer seguro. Imagem/TI.	DICOMweb WADO-RS / viewer autenticado, se disponibilizado.
Patologia	Material, solicitação, anatomopatológico, liberação/correção. Laboratório.	API ou importação controlada; laudo pendente pós-alta.
Portal Passaporte	Apresentação autorizada, preferências, logs, compartilhamento. TI/assistência.	APIs de leitura governadas; não fonte de diagnóstico.
Navegação e seguimento	Tarefas, PICA, contato, recebimento, pendências. Gestor de continuidade.	API de eventos com PEP para registro assistencial.
RNDS	Recebimento/compartilhamento conforme modelos oficiais, após habilitação. Gestor autorizado.	HL7 FHIR R4 com guia homologado; não ativo por esta minuta.
Rede municipal/UBS	Contrarreferência, regulação e eventual acesso pactuado. Gestores competentes.	Serviço externo somente com acordo, finalidade e autorização.

4. Matriz M12-B — Interfaces internas e contratos propostos

ID e origem → destino	Gatilho / payload mínimo	Validação, erro e aceite
INT-01 Cadastro → HIS/PEP	Novo paciente, retificação, união/desunião validada; IDs e status.	MPI + dupla identificação; jamais unir paciente sem governança; gestor cadastro.
INT-02 HIS/ADT → PEP/portal	Admissão, transferência, desfecho; ID episódio, datas e status.	Preservar timezone e histórico; gestor HIS.
INT-03 PEP → Passaporte	Sumário assinado; ID documento, versão, hash, signatário.	Bloquear rascunho, assinatura inválida e identidade divergente; Direção Técnica.
INT-04 Prescrição → Passaporte	Receita de alta assinada; alterações reconciliadas.	Distinguir medicação domiciliar de internação; médico/farmácia.
INT-05 LIS → PEP/pendências	Resultado liberado/retificado e indicador crítico.	Evento com responsabilidade clínica, confirmação de revisão; laboratório/médico.
INT-06 RIS → PEP/Passaporte	Laudo radiológico final/corrigido com origem e versão.	Preliminar identificado; correção e impacto clínico; radiologia.
INT-07 PACS → viewer seguro	Study UID, viewer autorizado e metadados DICOM.	Token curto, perfil, paciente/episódio, auditoria; TI e imagem.
INT-08 Patologia → pendências	Laudo anatomo final/retificado, paciente/episódio, revisor.	Bloquear encerramento clínico sem revisão/comunicação registrada.
INT-09 Navegação → PEP	Contato pós-alta, orientação médica e estado da tarefa.	Autoria, CRM se ato médico, data e rastreabilidade; coordenação.
INT-10 IAM → Portal	Login, permissões, representante, revogação e sessão.	Acesso negado por padrão, autenticação adequada; TI/privacidade.

ID e origem → destino	Gatilho / payload mínimo	Validação, erro e aceite
INT-11 Audit → SIEM/gestão	Eventos de leitura/alteração e incidentes, sem credenciais.	Retenção, correlação, segregação; Segurança e controlador.

5. Matriz M12-C — Interoperabilidade externa e pré-requisitos

Destino	Pactuação/credenciamento necessários	Aceite de operação
RNDS — Sumário de Alta	Credenciamento habilitado; guia vigente do SA, autenticação e ambientes de teste; requisitos do perfil de dados.	Homologação técnica + clínica, aceites da RNDS e autorização de produção; rastrear IDs e rejeições.
RNDS — demais modelos	Verificar existência e aplicação do modelo específico e sua versão.	Não enviar exames, prescrições ou outros recursos por inferência de compatibilidade.
e-SaúdeSP / rede municipal	Definir gestor controlador, convênio, finalidade, base jurídica, escopo, contratos e segurança.	Acordo formal e endpoints homologados, sem acesso por mera presença no território.
UBS/atenção especializada	Verificar identificação da unidade de destino e consentimento/autorização conforme base aplicável.	Confirmar recebimento quando disponível, sem declarar consulta realizada.
Laboratório terceirizado	Contrato, SLA crítico, qualidade do laudo, direitos de uso e exportação.	Teste de laudo final/corrigido, comunicação crítica e cadeia de responsabilidades.
Serviço de mensagens	Contrato empresarial, minimização e garantia de canal adequado.	Não compartilhar CID/resultado sensível em notificação não autenticada.

6. Ficha F12-A — Contrato de integração preenchível

Parâmetro	Preenchimento obrigatório
Código de interface e versão	[INT-__ / v__ / data]
Fornecedor, ambiente, responsável	[Razão social / homologação / produção / gestor]
Produtor e consumidor	[Sistema, versão, proprietário da informação, controlador]
Evento e periodicidade	[Síncrono / assíncrono / batch; gatilho; prazo de atualização]
Modelo e transporte	[REST/FHIR R4/HL7 v2/DICOMweb; perfil e versão]
Elementos, terminologias, esquema	[Referência ao Anexo 11; contrato OpenAPI/estrutura]
Identificadores e correlação	[Patient.id, Encounter.id, documento, pedido, Study UID]
Segurança e autorização	[TLS, autenticação, escopos, segredo, minimização, retenção]
Idempotência e reprocessamento	[Chave e versão de deduplicação, retry, DLQ, reconciliação]
Condições de erro e rollback	[Códigos, dono, prazo, alerta, reversão e contingência]
Testes e homologação clínica	[Cenários sintéticos, evidências, responsáveis, resultado]
Gate produção e desativação	[Autoridade aprova, monitoramento, plano de saída e transferência]

7. Sequência dos eventos de alta — máquina de estados

Estado	Evento de entrada	Regra de transição
S0 Em preparação	Alta planejada; checagens multiprofissionais iniciadas.	Não publicar rascunhos médicos no Passaporte.
S1 Alta documentada	Sumário/receita assinados; identidade verificada.	Validar autoria, episódio, medicamentos, pendências.
S2 Apto a publicar	Todas as barreiras críticas satisfeitas, versão fixada.	Enfileirar com chave idempotente; confirmar persistência.
S3 Publicado	Portal confirma disponibilização autorizada.	Registrar hora, versão, acesso e contingência de impressão.
S4 Retificado	Fonte emite versão substituta/errata assinada.	Revisar impacto, atualizar versão ativa e manter auditabilidade.
S5 Incompleto/erro	Falha de integração ou campo crítico.	Fila de erro visível com dono; não indicar “publicado” ao paciente.
S6 Suspenso	Risco de identidade, vazamento ou conteúdo inseguro.	Revogar acesso ao artefato e ativar contato clínico/contingência.

Um ACK HTTP 200 ou mensagem “processado” não equivale à leitura humana de um resultado crítico, nem ao atendimento na UBS. Cada interface terá seu próprio conceito de entrega técnica, aceite clínico e encerramento assistencial, com carimbos de data/hora separados.

8. Fila de erros, retries, idempotência e reconciliação

Falha simulada	Ação segura	Critério para reprocessar
Timeout ou queda de conectividade	Retentativa controlada com backoff, fila DLQ, alerta e métrica.	Chave idempotente por documento + versão + destino.
Mensagem duplicada	Descartar duplicidade mantendo auditoria e id de correlação.	Não gerar Sumários/pendências duplicadas.
Identidade conflitante	Bloquear mensagem e encaminhar a cadastro + clínico.	Corrigir fonte, sem “forçar” patient ID.
Laudo retificado	Publicar nova versão depois de autorização, marcar anterior.	Analisar risco clínico e destinatários impactados.
Documento sem assinatura	Rejeitar para portal definitivo; registrar causa.	Reenvio apenas após assinatura válida.
RNDS rejeita código ou perfil	Registrar motivo/ambiente/versão e abrir correção.	Homologação repetida; não alegar envio concluído.
PACS viewer indisponível	Mostrar laudo se autorizado, informar indisponibilidade técnica de imagem.	Restaurar viewer sem disponibilizar link público.
Achado crítico entregue por API	Abrir fila clínica com alerta e escalonamento até aceite.	Resultado só encerra com revisão e comunicação conforme risco.

9. Segurança, acesso e documentação para auditoria

Controle	Evidência mínima	Dono proposto
Transporte e serviço	TLS atualizado, rotação de credenciais, segredos em cofre, mTLS/OAuth conforme contrato.	TI e fornecedor homologado.

Controle	Evidência mínima	Dono proposto
Autorização do paciente/profissional	RBAC/ABAC, escopo, representação legítima, revogação, menor privilégio.	Gestão de acesso e encarregado.
Auditoria de eventos	Identificador de usuário e interface, ação, paciente/episódio referenciado, timestamp, sucesso/falha.	Segurança e controlador.
Integridade de documentos	ID de versão, hash/assinatura na origem, vínculo de retificação e validação.	Gestão documental.
Segregação homologação/produção	Dados sintéticos nos testes, chaves separadas, ambientes isolados.	Arquitetura e segurança.
Fornecedor e exportabilidade	Acordo de tratamento, interoperabilidade, catálogo, suporte, SLA e plano de saída.	Gestão institucional e jurídico.
Resiliência	Backup, ponto de recuperação, teste de restauração e procedimento offline.	TI/continuidade.
Incidentes LGPD	Controlador avalia risco/dano relevante e comunica ANPD/titular quando cabível.	Controlador/encarregado e segurança.

10. Matriz F12-B — Testes ponta a ponta de homologação

Cenário de teste com dado sintético	Resultado esperado	Aceite clínico / tecnológico
Dois pacientes homônimos, internações simultâneas	Nenhum documento associado ao episódio errado.	Cadastro + PEP + Portal.
Sumário não assinado e paciente tenta abrir	Não exibir como documento definitivo.	Direção Técnica + TI.
Alta médica assinada, portal fora do ar	Documento preservado no PEP; entrega alternativa; fila reprocessável.	Gestão de alta + TI.
Receita de internação suspensa vs domiciliar	Portal mostra apenas prescrição de alta válida e conciliada.	Prescritor + Farmácia.
Laudo de patologia liberado após a alta	Revisor nominal recebe, avalia e registra comunicação; não encerra por “API OK”.	Médico + Laboratório.
Tomografia com DICOM vinculado a terceiro	Negar viewer, sinalizar falha de identidade, registrar incidente.	Radiologia + Segurança.
Retificação de laudo após link compartilhado	Nova versão correta; link anterior revogado/restrito conforme política.	Gestão documental + Médico.
RNDS sem credenciamento no ambiente	Integração externa bloqueada, sem envio real.	Coordenação integração.
RNDS rejeita perfil/terminologia	Rejeição documentada, fila de correção, novo teste.	TI + especialista semântico.
Representante revogado acessa arquivo antigo	Autorização negada; link revogado e evento auditado.	Privacidade + Segurança.
Carga elevada com retries e duplicatas	Uma publicação final por documento/versão, métricas e DLQ.	Arquitetura + Operação.
Incidente com exposição de dado pessoal	Contenção e avaliação de gravidade; fluxo ANPD conforme lei.	Controlador + Segurança.

11. Painel de controle de integração e SLAs propostos

Indicador	Numerador / denominador ou forma de cálculo	Alerta e dono
Sucesso ponta a ponta	Documentos recebidos e publicados corretamente ÷ documentos elegíveis.	Monitorar separado por fonte, interface e versão.
Falhas de identidade	Mensagens bloqueadas por vínculo inconsistente ÷ total processado.	Zero tolerância à divulgação incorreta; qualidade e cadastro.
Tempo até publicação	P50/P95/P99 entre assinatura na origem e portal disponível.	Definir meta após piloto; não confundir com horário da alta.
Tamanho da DLQ	Mensagens retidas sem resolução por idade e criticidade.	Atuação diária no piloto, com responsável titular.
Laudos críticos com aceite clínico	Achados críticos revisados/encaminhados com evidência ÷ críticos recebidos.	Direção Técnica e NSP; nunca medir só entrega técnica.
Retificações aplicadas	Atualizações autorizadas com versão correta ÷ retificações elegíveis.	Gestor documental e TI.
Disponibilidade do viewer	Minutos de funcionamento ÷ minutos contratados na janela.	Separar PACS local, rede e serviço externo.
Integrações RNDS homologadas	Nº modelos autorizados em produção ÷ nº modelos previstos (quando houver projeto).	Não reportar 100% sem autorização externa comprovada.

12. Ficha F12-C — Gate de aceite e responsabilidades

Critério obrigatório	Resultado / evidência	Responsável pelo aceite
Inventário e contrato por interface	[Preenchido, versão aprovada]	TI/Arquitetura + fornecedor.
Segurança e LGPD	[Avaliação, perfis, bases legais, contratos e testes]	Controlador + Segurança/encarregado.
Concordância dos dados clínicos	[Amostras e testes de identidade, prescrições, laudos]	Direção Técnica e donos clínicos.
Erros, retries, fila e rollback	[Testes de interrupção, logs e recuperação]	TI/Operação.
RNDS e rede municipal, se aplicáveis	[Credenciamento, pactuação e homologação externos anexados]	Gestor formalmente autorizado.
Treinamento e contingência	[Escala, alternativa impressa, ensaio e registro]	Qualidade + setores assistenciais.
Decisão de implantação	[ ] Aprovado [ ] Aprovado com ajustes [ ] Reprovado	Comitê go/no-go e Direção Técnica.

Controle de escopo: compatibilidade com HL7 FHIR R4, DICOM ou API interna é capacidade técnica potencial, não comprovação de habilitação RNDS, de integração ao e-SaúdeSP ou de direito de compartilhar dados com qualquer terceiro. Antes da produção, anexar inventário real, contratos, IDs de homologação e aceite clínico.

Referências técnicas e normativas

1. Ministério da Saúde. Guia oficial de implementação RNDS, modelos e procedimentos de credenciamento e homologação HL7 FHIR R4. Consulta: https://fhir.saude.gov.br/

2. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

3. HL7. FHIR Release 4 (R4), recursos Patient, Encounter, Composition, DiagnosticReport, MedicationRequest, AllergyIntolerance, AuditEvent. Consulta: https://hl7.org/fhir/R4/resourcelist.html

4. DICOM Standards Committee / NEMA. DICOM Standard: identificadores de estudo/série/instância e interoperabilidade de imagens. Consulta: https://www.dicomstandard.org/current

5. OWASP Foundation. API Security Top 10 — segurança de endpoints, autorização e exposição de dados. Consulta: https://owasp.org/API-Security/editions/2023/en/0x11-t10/

6. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

7. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 — comunicação de incidentes de segurança; orientações de reporte. Consulta: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

8. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit — seguimento, educação e comunicação. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 13

MATRIZ DE RISCOS ASSISTENCIAIS, TECNOLÓGICOS E DE PRIVACIDADE

Registro mestre de perigos, estimativa de riscos, controles preventivos/detectivos, responsáveis e reavaliação residual.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 13: Matriz de riscos assistenciais, tecnológicos e de privacidade
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, escopo e regras de implantação

Fornecer uma matriz única e operacional para registrar falhas potenciais do Passaporte Digital desde a preparação da alta até o acesso e a comunicação pós-alta, identificando simultaneamente risco clínico, risco de integridade dos dados, indisponibilidade e violação de confidencialidade. A matriz vincula cada risco a barreiras mensuráveis, evento de monitoramento, responsável e decisão de liberação.

Este documento é um modelo operacional de trabalho: não contém dados reais de pacientes, não demonstra implantação funcional, não substitui avaliação ou assinatura de profissional habilitado e deverá ser aprovado e testado antes de uso em produção.

Parâmetro	Regra aplicável
Instituição/unidade	Instituto de Ciências Médicas Canaã; Hospital Canaã, São Paulo/SP — operação projetada.
Público operador	Direção Técnica; Núcleo de Segurança do Paciente; equipes médicas, enfermagem, farmácia e continuidade; TI/Segurança; encarregado e jurídico; representantes das áreas receptoras, quando pactuado.
Fonte primária	PEP/HIS, LIS, RIS/PACS e documentos clínicos assinados; o Passaporte não cria prontuário paralelo.
Paciente/episódio	Dois identificadores adequados, vínculo a episódio, versão, data/hora e autor/proveniência; checar homonímia.
Sigilo e LGPD	Acesso mínimo por função, finalidade, registro de acesso, direitos de titulares e representantes legitimados.

Parâmetro	Regra aplicável
Integração SUS/RNDS	Planejada; depende de pactuação/credenciamento, contrato, perfis vigentes e homologação.
Regra de aprovação	Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI/Segurança, encarregado/jurídico e Direção Institucional.
Versão	Minuta 0.1 — novembro/2026; campos [ ] devem ser preenchidos e assinados por responsáveis nomeados.

2. Processo padronizado de avaliação e tratamento de riscos

Etapa	Ação exigida	Evidência mínima
1. Mapear	Identificar percurso, serviço, etapa do paciente, interfaces e partes envolvidas.	Mapa atualizado, versão e dono do processo.
2. Descrever perigo	Causa, evento iniciador, falha de controle, consequência possível e população exposta.	Declaração causa–evento–dano, sem confundir frequência observada e hipótese.
3. Classificar	Estimar probabilidade e gravidade em escala institucional; marcar gatilhos críticos.	Fonte da estimativa, julgamentos clínicos e incerteza.
4. Tratar	Priorizar prevenção; depois detecção, contenção, recuperação e comunicação.	Controle, responsável, prazo, teste e indicador.
5. Verificar	Executar teste de efetividade com dado sintético e observação de fluxo real autorizado.	Teste, evidência, desvio, prazo de correção.
6. Reavaliar	Estimar risco residual sem esconder impossibilidade de teste e decidir aceite.	Risco residual, justificativa, signatários e nova revisão.
7. Aprender	Integrar incidentes, quase falhas, reclamações e revisão normativa à matriz.	Ata do NSP, log de ações, histórico de versões.

3. Escalas institucionais propostas — não representam limiares legais

Nota	Probabilidade para avaliação prospectiva	Gravidade potencial
1	Rara; plausibilidade baixa sob controles documentados.	Inconveniência reversível, sem efeito relevante na assistência ou direitos.
2	Pouco provável, porém evento conhecido ou tecnicamente possível.	Atraso ou desconforto limitado, reversível com intervenção simples.
3	Possível; há exposição, falha ou controle ainda incompleto.	Dano moderado, prolongamento do cuidado, divulgação limitada de dado sensível.
4	Provável em condições identificadas ou recorrência documentada.	Dano grave, perda assistencial importante ou impacto relevante aos titulares.
5	Frequente ou quase inevitável na condição presente.	Óbito/dano irreversível potencial, erro grave de paciente ou exposição crítica.

Cálculo proposto: nível inicial = Probabilidade (P, 1–5) × Gravidade (G, 1–5). Baixo 1–4; moderado 5–9; alto 10–16; extremo 17–25. Estes pontos são parâmetros internos sugeridos e serão validados pelo NSP. Nunca utilizar apenas a pontuação: risco de paciente errado, alergia omitida, prescrição sem validade, achado crítico sem responsável ou vazamento de dado sensível pode exigir veto independentemente do número calculado.

Classificação	Resposta mínima proposta	Aprovação residual
Baixo	Tratar no processo, registrar controle e revisar na rotina.	Gestor do processo.
Moderado	Plano de ação com prazo e teste, priorizado por impacto clínico.	Gestor + NSP/TI conforme natureza.
Alto	Correção antes da expansão; compensação apenas mediante autorização formal e evidência.	Direção Técnica + NSP + Segurança/Privacidade.
Extremo	Bloquear publicação/piloto afetado até controle efetivo; acionar crise quando incidente real.	Não aceitar sem eliminar exposição intolerável e repetir testes.

4. Cadastro-mestre de risco — formulário F13-A

Campo obrigatório	Registro / orientação
Identificador	[R-ANO-0000] [Versão] [Data/hora da inclusão]
Categoria e etapa	[Assistencial/Tecnológico/Privacidade/ Interoperabilidade] [Alta/Acesso/Exames/Contato/Outro]
Evento e consequências	[Causa → falha → consequência para paciente/rede/dados]
Pacientes/processos expostos	[Linha de cuidado, volume, setor, população vulnerável, terceiro]
Controles existentes e efetividade	[Prevenção/Detecção/Contingência; IDs de evidência e data da última prova]
Risco bruto	[P:] × [G:] = [ ] [Gatilho de veto: Sim/Não]
Ação corretiva e responsável	[Entregável] [Nome/registro/cargo] [Prazo] [Recursos]
Risco residual	[P:] × [G:] = [ ] [Incerteza e justificativa]
Situação e aceite	[Aberto/Em execução/Em teste/Contido/Encerrado] [Signatários e data]
Revisão/indicador	[Evento que reabre o risco] [Indicador/limite interno] [Próxima revisão]

5. Biblioteca de riscos assistenciais — exemplos a avaliar, não eventos ocorridos

ID / cenário de risco	Barreira e verificação proposta	Responsável e alerta
A01 — documento de outra pessoa por homonímia	Dois identificadores + episódio + reconciliação de documentos; teste com homônimos e duplicidade cadastral.	Cadastro, TI, NSP; bloqueio da publicação e apuração.
A02 — sumário publicado sem assinatura válida	Regra de estado: rascunho ≠ assinado; assinatura/verificador e versão; teste de rejeição.	Médico signatário e TI; bloquear até validação.

ID / cenário de risco	Barreira e verificação proposta	Responsável e alerta
A03 — prescrição de internação apresentada como domiciliar	Reconciliar lista de alta com prescrição válida; diferenciar administração hospitalar.	Médico, farmácia, enfermagem; risco farmacológico.
A04 — alergia omitida ou "sem alergia" inferido de campo vazio	Exigir estado "confirmada", "nega", "desconhecida"; fonte e última avaliação.	Médico/enfermagem/farmácia; alerta clínico.
A05 — resultado crítico liberado após saída sem revisor nominal	Fila de pendências com responsável e substituto que aceitem a tarefa; relatório de vencimentos.	Médico revisor e laboratório; escalonamento urgente.
A06 — paciente não recebe orientação de retorno	Teach-back, plano, data/serviço e rota alternativa não digital; monitorar pendência.	Equipe de alta/navegação.
A07 — documento retificado tratado como versão vigente	Retificação com ID, motivo, assinatura, aviso e bloqueio da versão substituída.	Médico + gestão documental + TI.
A08 — urgência usa histórico desatualizado como prescrição atual	Proveniência/data e aviso "histórico"; nunca converter automaticamente em tratamento vigente.	Equipe assistencial, TI; revisar UI.
A09 — chamada pós-alta com sinal de emergência fica em fila assíncrona	Orientação imediata de urgência e teste do fluxograma de escalonamento.	Enfermagem/coordenação; incidente grave se demora.
A10 — transferência de titularidade cirúrgica por suposição	Cirurgião titular nominal e evolução; hospitalista em cogestão; transferência excepcional assinada.	Direção Técnica e coordenações cirúrgicas.

6. Biblioteca de riscos tecnológicos e de interoperabilidade

ID / evento iniciador	Controle técnico mínimo	Dono do risco / evidência
T01 — cruzamento incorreto de encounter e paciente	Identificadores imutáveis, chave composta, validação na origem, teste de duas internações.	Integração/TI, teste E2E.
T02 — duplicidade de mensagem gera documento repetido	Idempotência de eventos, chaves de mensagem e reconciliação diária.	Integração, auditoria do processamento.
T03 — arquivo DICOM ligado a episódio errado	Validação Study/Series/Instance UID e accession; amostras clínicas, contexto de exame.	RIS/PACS e TI; conferência humana se conflito.
T04 — relógios inconsistentes afetam prescrição/validade	Carimbo de tempo com fuso, sincronização e histórico de alteração.	Infraestrutura e gestão de dados.
T05 — API sem autorização por paciente	Autorização por objeto e finalidade; teste IDOR com identidades sintéticas.	Segurança/TI; veto de produção.
T06 — indisponibilidade durante alta	Plano de contingência de papel e retorno com reconciliação; teste de restauração.	TI + coordenação de alta.
T07 — link de arquivo permanece ativo após revogação	Token opaco, expiração, revogação e logs; teste negativo.	TI/Segurança.
T08 — sincronização transmite versão obsoleta	Controle de versões, estado assinado/retificado, ordem causal, reprocessamento.	Integração + gestão documental.
T09 — interoperabilidade externa não homologada	Separar ambiente local, credenciamento RNDS e autorização de produção.	Diretoria/TI/Jurídico; gate contratual.

ID / evento iniciador	Controle técnico mínimo	Dono do risco / evidência
T10 — sistema do fornecedor impede exportação ou auditoria	Cláusula de portabilidade, trilhas, SLA, reversibilidade e teste de saída.	Contratos/TI/Encarregado.

7. Biblioteca de riscos de privacidade, acesso e direitos

ID / perigo	Controle verificável	Dono e gatilho de resposta
P01 — paciente vê dados de outro paciente	Teste multiusuário, isolamento, autorização por recurso e sessão.	Segurança, controlador; potencial incidente de dados.
P02 — cuidador recebe histórico além da autorização	Escopo por documento/episódio, prazo, legitimidade e revogação.	Privacidade/gestão de acesso.
P03 — mensagem revela diagnóstico em tela bloqueada	Notificação neutra; dados clínicos somente no portal autenticado.	UX, TI e encarregado.
P04 — CPF/CID embutido em QR ou URL	Token opaco com prazo/escopo e autenticação; inspecionar QR e logs.	Segurança/TI; bloquear link.
P05 — ex-colaborador mantém acesso	Desprovisionamento automático por desligamento, revisão mensal de privilégios.	RH e IAM.
P06 — dados reais usados indevidamente em homologação	Dados sintéticos por padrão; anonimização robusta sob autorização quando necessária.	TI/privacidade e qualidade.
P07 — incidente relevante não é avaliado e comunicado	Fluxo de triagem ANPD: risco ou dano relevante, prazos, evidência e decisão controlador.	Controlador/Encarregado/ Segurança.
P08 — fornecedor usa dados para finalidade própria	Contrato de operador, instruções documentadas, suboperadores, auditoria e proibição de usos não autorizados.	Contratos e encarregado.
P09 — bloqueio digital inviabiliza acesso essencial	Canal presencial e cópia autorizada com identificação; indicador de equidade.	Navegação e suporte institucional.

8. Barreiras, responsáveis e eficácia — formulário F13-B

Controle associado a ID de risco	Teste de efetividade e frequência proposta	Evidência / resultado
Dupla validação paciente–episódio	Teste em toda versão e após mudança de cadastro/integração.	[Caso] [Passou/Falhou] [ID evidência]
Documento assinado e versão vigente	Teste de publicação/retificação antes de cada implantação.	[Caso] [Passou/Falhou] [ID evidência]
Fila de achados críticos	Simular liberação após alta e substituto indisponível.	[Caso] [Passou/Falhou] [ID evidência]
Controles IAM e consentimentos/representações cabíveis	Revalidar perfis e exceções em cada release.	[Caso] [Passou/Falhou] [ID evidência]
Backup e contingência assistencial	Exercício documentado antes do piloto e periodicamente.	[Tempo medido] [Plano]
Acessibilidade e alternativa sem internet	Testes com diferentes perfis e leitores de tela; atendimento presencial.	[Resultado] [Barreira] [Correção]

9. Eventos sentinela e bloqueios de segurança

Propõe-se interromper a funcionalidade afetada, bloquear publicação e convocar avaliação médico-assistencial e de segurança nos seguintes casos: identificação cruzada de pacientes; documento clínico assinado sendo alterado sem nova assinatura; disponibilização de resultado restrito a pessoa não legitimada; revogação de acesso ineficaz; falha comprovada de escalonamento de exame crítico; informação terapêutica histórica apresentada como prescrição atual. A extensão da suspensão deve ser proporcional ao risco e preservar rotas seguras de atendimento e entrega não digital.

Evento real ou quase falha	Primeiras ações	Evidência e comunicação
Falha com potencial dano clínico	Conter divulgação/conduta, assegurar avaliação do paciente, acionar direção técnica e NSP.	Registro assistencial e incidente, análise de causalidade e plano.
Suspeita de incidente de dados	Preservar logs, conter credenciais/token, iniciar análise do controlador e encarregado.	Linha do tempo, categorias de dados, titulares, riscos, decisão ANPD.
Queda de serviço	Ativar plano de papel/atendimento presencial, avaliar risco de alta e retorno.	Tempo indisponível, pacientes impactados, reconciliação posterior.
Risco novo identificado no piloto	Suspender teste afetado, reabrir matriz e executar regressão.	Relatório de achado, ação, aprovação para reinício.

10. Registro de incidente e aprendizagem — formulário F13-C

Campo	Registro preenchível
Ocorrência e deteção	[ID do evento] [Data/hora] [Quem reportou] [Canal]
Paciente/recursos	[Identificador pseudonimizado para relatório] [Local seguro do prontuário, se houver]
Linha do tempo	[O que aconteceu] [Quando] [Sistemas envolvidos]
Impacto observado versus hipótese	[Dano confirmado] [Potencial] [Dados expostos] [Número de titulares, se aplicável]
Contenção e assistência	[Medidas aplicadas] [Médico/NSP] [Data/hora]
Análise LGPD	[Controlador avaliou risco/dano relevante?] [Decisão justificada, prazos legais]
Causa raiz e ação	[Fatores contributivos] [Barreira falha] [Correção] [Owner/prazo]
Teste e encerramento	[Evidência de eficácia] [Risco residual] [Aprovação e comunicação aos envolvidos]

11. RACI de gestão de riscos do Passaporte

Tarefa	R — executa	A — delibera	C/I — consulta/comunica
Identificar e registrar perigo	Dono do processo, NSP	Coordenação do processo	TI/privacidade/direção conforme tipo
Avaliar risco clínico	Direção Técnica, NSP	Direção Técnica	Equipe clínica e paciente afetado conforme necessidade
Avaliar risco de acesso/dados	TI/Segurança, Encarregado	Controlador institucional	Jurídico/Direção Técnica

Tarefa	R — executa	A — delibera	C/I — consulta/comunica
Implementar e testar controle	TI/área clínica responsável	Dono do risco	Qualidade, gestores e usuário teste
Aceitar risco residual / go-no-go	Comitê do Programa	Direção Técnica e gestor competente	NSP/Segurança/ Encarregado; decisão documentada
Incidente dados pessoais	Segurança + Encarregado	Controlador	ANPD/titulares quando exigível
Revisão periódica	NSP/Qualidade e TI	Comitê	Direção Institucional

12. Plano de ação e reavaliação — formulário F13-D

ID risco	Ação e prioridade	Responsável / prazo	Evidência / estado
[R-001]	[Mitigação / alteração de processo]	[Nome, função, data]	[Teste, status]
[R-002]	[Mitigação / bloqueio do release]	[Nome, função, data]	[Teste, status]
[R-003]	[Educação / controle compensatório]	[Nome, função, data]	[Teste, status]
[R-004]	[Gestão de terceiro / contrato]	[Nome, função, data]	[Teste, status]

13. Checklist para homologação da matriz de risco

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Há risco identificado para cada interface, papel e etapa da alta até a continuidade?	[ ]	[Preencher]
Eventos críticos e riscos de direitos têm regra de veto independente do escore?	[ ]	[Preencher]
Há fonte ou justificação e registro de incerteza para P/G?	[ ]	[Preencher]
Cada ação tem titular nomeado, prazo, teste, evidência e substituto?	[ ]	[Preencher]
Riscos de populações vulneráveis e de baixa conectividade foram incluídos?	[ ]	[Preencher]
Segurança do paciente e privacidade revisaram situações de dano cruzado?	[ ]	[Preencher]
Foram executados testes com homônimos, documento retificado e achado crítico?	[ ]	[Preencher]
As integrações externas ainda não homologadas constam como riscos de dependência?	[ ]	[Preencher]
Existe trilha de decisão e de revisão após incidente ou mudança normativa?	[ ]	[Preencher]

Registro de revisão e manutenção

Controle	Preenchimento
Versão e data	[Versão] / [Data de entrada em vigor] / [Revisor]
Documento(s) base	[Capítulo(s) do manual] / [norma oficial vigente / data de conferência]
Mudanças no instrumento	[Descrição, justificativa, riscos, aprovador]
Próxima revisão	[Periodicidade local, gatilhos de atualização normativa / tecnológica / assistencial]
Pendência para operação	[Configuração, treinamento, teste, evidência ou contrato não concluído]

Referências técnicas e normativas

1. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

2. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

3. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 — Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança. Consulta: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

4. NIST. Cybersecurity Framework 2.0 (CSWP 29, 2024) — Govern, Identify, Protect, Detect, Respond, Recover. Consulta: https://www.nist.gov/cyberframework

5. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 — estratégias de segurança e aprendizagem. Consulta: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

6. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital; publicação em 28/10/2026. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

7. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta da RNDS. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 14

MODELO DE INDICADORES E PAINEL GERENCIAL

Catálogo calculável de indicadores clínicos, de continuidade, acesso, qualidade de dados, segurança e sustentabilidade.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 14: Modelo de indicadores e painel gerencial
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, escopo e regras de implantação

Criar dicionário padronizado de indicadores para que cada resultado seja reproduzível a partir de fontes rastreáveis e reflita segurança, continuidade, equidade e eficiência do Passaporte. O painel distingue processo, resultado e medida de equilíbrio, não presumindo benefício causal ou redução de reinternações sem desenho avaliativo adequado.

Este documento é um modelo operacional de trabalho: não contém dados reais de pacientes, não demonstra implantação funcional, não substitui avaliação ou assinatura de profissional habilitado e deverá ser aprovado e testado antes de uso em produção.

Parâmetro	Regra aplicável
Instituição/unidade	Instituto de Ciências Médicas Canaã; Hospital Canaã, São Paulo/SP — operação projetada.
Público operador	Comitê de Saúde Digital; Diretoria Técnica; NSP/Qualidade; BI/Controladoria; Enfermagem; Farmácia; Navegação; TI/Segurança; Ouvidoria/experiência do paciente.
Fonte primária	PEP/HIS, LIS, RIS/PACS e documentos clínicos assinados; o Passaporte não cria prontuário paralelo.
Paciente/episódio	Dois identificadores adequados, vínculo a episódio, versão, data/hora e autor/proveniência; checar homonímia.
Sigilo e LGPD	Acesso mínimo por função, finalidade, registro de acesso, direitos de titulares e representantes legitimados.
Integração SUS/RNDS	Planejada; depende de pactuação/credenciamento, contrato, perfis vigentes e homologação.
Regra de aprovação	Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI/Segurança, encarregado/jurídico e Direção Institucional.

Parâmetro	Regra aplicável
Versão	Minuta 0.1 — novembro/2026; campos [ ] devem ser preenchidos e assinados por responsáveis nomeados.

2. Governança, dicionário e política de dados

Regra	Operacionalização
Unidade de observação	Definir por indicador: alta, episódio, paciente único, exame, mensagem, usuário ou sessão. Não misturar unidades no denominador.
Elegibilidade	Documentar filtros, idade quando pertinente, internações, transferências, altas a pedido e dados incompletos sem exclusões arbitrárias.
Janela temporal	Preferir data de alta local para coortes de transição; definir período de observação dos desfechos e data de congelamento.
Fonte de verdade	PEP e documentação assinada para fatos clínicos; LIS/RIS/PACS para laudos; workflow de encaminhamento; logs para acesso.
Desagregação	Linha de cuidado, unidade, turno, necessidade de acessibilidade, modalidade digital/papel, sem expor grupos pequenos.
Verificação	Conciliação de numerador/denominador, amostragem de prontuários autorizada, trilha de versão e retificação.
Meta	Meta inicial “[a definir após linha de base]”; valores propostos em piloto não são exigência nacional nem comprovação de desempenho.
Governança e privacidade	Painel gerencial agregado, acesso restrito a denominadores muito pequenos, minimização, auditoria e controle de exportações.

3. Ficha do indicador — formulário F14-A

Identificador/campo	Preenchimento
ID, nome, versão	[KPI-XX] [Nome] [Versão do algoritmo]
Objetivo e pergunta decisória	[Qual risco ou melhoria será acompanhado? Que decisão muda?]
Tipo e dimensão	[Processo/Resultado/Equilíbrio] [Clínico/Experiência/TI/Economia/Equidade]
Definição do numerador	[Evento, estados válidos, período, exclusões e duplicidade]
Definição do denominador	[População elegível, unidade, fonte, período, exclusões]
Fórmula e unidade	[Numerador/Denominador × 100, taxa por 1.000, tempo mediano ou valor monetário]
Fontes e join keys	[Sistema, campos, timestamps, paciente e episódio; cuidado com retificações]
Atraso e qualidade dos dados	[Prazo para fechamento, ausências, duplicidades, erros, cobertura]
Periodicidade e dono	[Diário/semanal/mensal] [Responsável] [Revisor]
Estratificação e meta	[Categorias] [Linha de base] [Meta proposta e justificativa]
Alerta/ação	[Gatilho] [Quem investiga] [Prazo para ação]
Versão e validação	[Aprovação clínica e BI; teste de consistência; data]

4. Catálogo I — qualidade e segurança da alta

Código e indicador	Numerador / denominador ou cálculo exato	Fonte e interpretação
K01 — Sumário assinado antes da disponibilização	Altas elegíveis cujo Sumário válido foi assinado antes do primeiro acesso / altas elegíveis com Sumário publicado ×100.	PEP + log; sempre avaliar também não publicados.
K02 — Publicação em prazo definido	Altas com documento publicado até [SLA interno] após assinatura / altas elegíveis assinadas ×100.	PEP + portal; atraso não é necessariamente atraso da alta clínica.
K03 — Completeness do Sumário	Sumários auditados com todos os campos aplicáveis preenchidos / Sumários auditados ×100.	Amostra auditada; não tratar campo NA justificadamente como incompleto.
K04 — Conciliação validada	Altas elegíveis com conciliação e validação de prescrição documentadas / altas elegíveis ×100.	Farmácia/PEP; estratificar medicamentos de alto risco.
K05 — Alergias com estado explícito	Altas elegíveis com alergia confirmada, negada ou desconhecida registrada / altas elegíveis ×100.	PEP; campo vazio não equivale a negação.
K06 — Identidade sem divergência na auditoria	Pacotes auditados sem erro paciente–episódio / pacotes auditados ×100.	Cadastro + logs; qualquer troca de paciente é evento sentinela.
K07 — Plano de continuidade entregue	Altas elegíveis com PICA validado e entregue em meio acessível / altas elegíveis ×100.	PEP/entrega; digital e papel são modalidades válidas.
K08 — Compreensão verificada	Altas auditadas com registro de teach-back em tópicos críticos / altas auditadas elegíveis ×100.	Equipe de alta; não confundir marcação com compreensão real.

5. Catálogo II — continuidade e resultados pendentes

Código e indicador	Definição operacional	Fonte e ressalva
K09 — Pendência com revisor nominal	Resultados pendentes na alta com responsável e substituto aceitos / resultados pendentes na alta ×100.	Worklist e PEP; contar por exame/resultado, não por paciente.
K10 — Revisão de resultado crítico em prazo	Achados críticos com revisão médica confirmada dentro do fluxo local / achados críticos liberados após alta ×100.	LIS/RIS + log; prazo deve ser clínico e validado.
K11 — Comunicação crítica confirmada	Achados críticos pós-alta com tentativa(s), confirmação e conduta documentada / achados críticos pós-alta que exigiam contato ×100.	Excluir apenas com justificativa médica validada; evitar “enviado = recebido”.
K12 — Contrarreferência enviada	Altas com envio autorizado documentado à rede / altas com indicação documentada ×100.	Workflow; transmissão não é atendimento efetivo.
K13 — Encaminhamento recebido	Encaminhamentos com aceite do serviço receptor / encaminhamentos enviados que requerem confirmação ×100.	Integração pactuada ou confirmação formal.

Código e indicador	Definição operacional	Fonte e ressalva
K14 — Retorno efetivado	Retornos indicados com atendimento comprovado dentro da janela definida / retornos indicados com janela vencida ×100.	Somente quando dado confiável; sem informação ≠ faltou.
K15 — Pendências não resolvidas vencidas	Pendências com prazo vencido e sem plano/justificativa / total de pendências abertas ×100.	Indicador de estoque; estratificar gravidade.
K16 — Contactabilidade pós-alta	Pacientes elegíveis que puderam ser contatados por canal legitimado / pacientes para os quais contato foi clinicamente indicado ×100.	Não gerar pressão indevida para compartilhar dados.

6. Catálogo III — acesso, experiência, tecnologia e equidade

Código e indicador	Fórmula ou unidade	Interpretação e risco de viés
K17 — Acesso efetivo ao documento	Pacientes que acessaram ou receberam cópia segura / pacientes com Sumário disponível ×100.	Inclui acesso assistido; excluir robôs/logs técnicos.
K18 — Falhas de autenticação	Tentativas falhas válidas / tentativas interativas de autenticação ×100.	Pode crescer com ataque; analisar segmento e anomalia.
K19 — Compartilhamento não autorizado	Número de eventos confirmados por período + exposição estimada separada.	Nunca interpretar zero eventos como prova de ausência.
K20 — Disponibilidade do serviço	Minutos monitorados com funções essenciais disponíveis / minutos contratados de monitoramento ×100.	Exclusões de janelas de manutenção previamente pactuadas.
K21 — Tempo até documento visível	Mediana e P90 de minutos entre assinatura e publicação íntegra por episódio.	Usar relógios sincronizados e excluir retificações separadamente.
K22 — Resolução no primeiro contato	Demandas elegíveis concluídas sem reabertura em [janela] / demandas elegíveis abertas ×100.	Não incentivar encerramento prematuro de casos clínicos.
K23 — Experiência positiva	Respostas válidas com avaliação positiva / respostas válidas ×100.	Sempre expor taxa de resposta e método de amostragem.
K24 — Equidade de acesso	Diferença absoluta em pontos percentuais de K17 entre subgrupos pré-especificados.	Privacidade e volume mínimo; não usar inferência racial não consentida.
K25 — Acesso não digital ofertado	Altas com necessidade identificada e alternativa ofertada / altas com necessidade documentada ×100.	Apoio efetivo exige registro de resultado, não só oferta.
K26 — Custo por alta acompanhada	Custo operacional alocado do período / altas elegíveis com ações de acompanhamento concluídas.	Custeio transparente e cenário de sensibilidade.

7. Indicadores de resultado e salvaguardas metodológicas

Indicador proposto	Coorte, fonte e limitação	Regra de análise
Reinternação não programada em 30 dias	Altas indexadas; identificação do evento no Hospital Canaã e, apenas se houver dados pactuados, em rede externa.	Separar reinternação planejada; reconhecer subcaptura e fatores de gravidade.

Indicador proposto	Coorte, fonte e limitação	Regra de análise
Visita à urgência após alta	Pacientes com passagem documentada no sistema disponível; duplicatas por episódio.	Não afirmar redução de UPAs municipais sem dados comparáveis.
Eventos adversos relacionados à alta	Casos confirmados por metodologia de NSP, por 1.000 altas elegíveis, com definição estável.	Busca ativa e aumento de notificação podem elevar taxa sem piora real.
Compreensão e adesão a cuidados	Amostragem e entrevista estruturada, preservando consentimentos quando cabíveis.	Viés de não resposta; avaliar subgrupos e experiências negativas.
Economia / utilização evitada	Estimativa somente com comparador, ajuste de diferenças entre grupos e horizonte definido.	Evitar chamar redução bruta de custos de economia atribuível.

8. Painel gerencial modelo — quadro F14-B

Dimensão	Indicador prioritário	Atual / base / meta / sinal
Segurança da alta	K01 • K04 • K06	[Atual] | [Linha de base] | [Meta proposta] | [Cor calculada]
Continuidadade	K09 • K10 • K13	[Atual] | [Base] | [Meta] | [Pendências]
Acesso e equidade	K17 • K24 • K25	[Atual] | [Base] | [Meta] | [Barreiras]
Tecnologia e privacidade	K18 • K19 • K20	[Atual] | [Base] | [Meta] | [Evento de bloqueio]
Experiência e suporte	K22 • K23	[Atual] | [Taxa de resposta] | [Meta] | [Ação]
Sustentabilidade	K26 e total de custos	[CAPEX] [OPEX] [Alocação] [Volume de altas]

A semaforização é ferramenta de gestão, não atestado clínico: vermelho quando há evento sentinela ou limiar formal do programa; amarelo quando exige investigação; verde quando cálculo e evidências atendem a critérios aprovados. Sem linha de base ou sem dado confiável, exibir “N/D” e a justificativa — nunca verde por ausência de relatos.

9. Fonte, qualidade, privacidade e dicionário técnico de extração

Item de governança	Evidência requerida
Identificador de coorte	ID episódio + data/hora da alta; paciente único separado de episodicidade.
Eventos e timestamp	Usar timestamp assinado do PEP, liberação oficial do LIS, acesso real do portal.
Dados faltantes	Relatar número/percentual missing por campo e o impacto no indicador.
Proveniência / retificação	Preservar versão e data de documentos e regras de recomputação do painel.
Acesso BI	Perfil agregado e minimização de dados pessoais; anonimização apenas quando tecnicamente demonstrada.
Reprodução	Guardar consulta ou especificação da transformação, revisão por par e resultado de testes.
Estratos pequenos	Aplicar supressão/agrupamento para evitar reidentificação e estabelecer acesso autorizado.

Item de governança	Evidência requerida
Divergência de dados	Abrir chamado, suspender KPI afetado, retificar e documentar período de correção.

10. Cálculos exemplificativos com números fictícios

Indicador	Exemplo demonstrativo	Interpretação correta
K04 — conciliação	90 altas elegíveis; 72 conciliadas e validadas: 72/90 ×100 = 80%.	Só demonstrativo, não é desempenho do Canaã nem meta contratual.
K09 — revisor nominal	15 exames pendentes; 12 com aceite: 12/15 ×100 = 80%.	Medir completude do processo, não acerto clínico.
K21 — tempo de publicação	Tempos: 10, 12, 15, 30, 90 min → mediana 15 min.	P90 requer método interpolativo definido; não inventar tempo real.
K26 — custo	OPEX alocado R$ 60 mil; 1.500 altas acompanhadas → R$ 40/alta.	Exemplo de fórmula, sem equivalência a economia ou orçamento real.

11. Monitoramento, reunião e abertura de ações

Cadência sugerida	Responsável	Ação e registro
Diária no piloto	Dono assistencial/NSP + TI	Verificar evento crítico, dados faltantes e falha de publicação; decidir contenção.
Semanal	Coordenações + BI	Discutir tendência, denominadores, subgrupos e correções do processo.
Mensal	Comitê do Passaporte	Aprovar metas, analisar experiência, equidade e custos; publicar ata e plano.
Trimestral	Direção e qualidade	Avaliar metas condicionais, riscos residuais e sustentabilidade.
Após incidente grave	Direção Técnica, NSP, encarregado e TI	Revisar KPI de alerta, fluxo e necessidade de recalibração imediata.

12. Ficha de desvio e ação corretiva — F14-C

Campo	Preenchimento
Indicador/versão e período	[ID, período, versão da regra]
Valor, base, meta e denominador	[Valor] [N] [D] [Missing] [Estratos]
Desvio e nível de confiança	[Magnitude, impacto, possíveis vieses]
Hipótese de causa	[Processo/treinamento/TI/dado/fornecedor]
Ação e responsável	[Plano PDSA, nome, prazo, recurso]
Reavaliação	[Data, novo cálculo, decisão, comunicação]

13. Testes de homologação do painel de gestão

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Cada KPI tem numerador, denominador, exclusões e janela temporal documentados.	[ ]	[Preencher]
Casos de teste com duplicidade, dados ausentes e retificação produzem valor esperado.	[ ]	[Preencher]
Documento não assinado não entra como alta com Sumário publicado.	[ ]	[Preencher]
A entrega em papel é contabilizada de modo coerente com a definição de acesso.	[ ]	[Preencher]
Não existe afirmação de contrarreferência recebida sem confirmação válida.	[ ]	[Preencher]
Painéis com subgrupos pequenos impedem reidentificação.	[ ]	[Preencher]
A interpretação de reinternação não declara causalidade sem desenho adequado.	[ ]	[Preencher]
Metas estão rotuladas como institucionais e aprovadas antes de produção.	[ ]	[Preencher]
Não há indicador “verde” sem denominador ou evidência suficiente.	[ ]	[Preencher]
Um incidente sentinela gera notificação no painel mesmo com indicadores médios bons.	[ ]	[Preencher]

Registro de revisão e manutenção

Controle	Preenchimento
Versão e data	[Versão] / [Data de entrada em vigor] / [Revisor]
Documento(s) base	[Capítulo(s) do manual] / [norma oficial vigente / data de conferência]
Mudanças no instrumento	[Descrição, justificativa, riscos, aprovador]
Próxima revisão	[Periodicidade local, gatilhos de atualização normativa / tecnológica / assistencial]
Pendência para operação	[Configuração, treinamento, teste, evidência ou contrato não concluído]

Referências técnicas e normativas

1. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

2. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta da RNDS. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

3. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit — teach-back, plano de alta, retorno e exames pendentes. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

4. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

5. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital; publicação em 28/10/2026. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

6. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 — estratégias de segurança e aprendizagem. Consulta: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

7. Ministério da Saúde/Conitec. Diretrizes Metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica, 3ª edição (2026). Consulta: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/diretrizes-metodologicas

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 15

PLANO DE TESTES, HOMOLOGAÇÃO, PILOTO E CRITÉRIOS DE ACEITE

Roteiros verificáveis de avaliação clínica, documental, segurança, integrações, acessibilidade e operação assistida.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 15: Plano de testes, homologação, piloto e critérios de aceite
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, escopo e regras de implantação

Padronizar o processo de homologação dos controles essenciais do Passaporte Digital antes de qualquer disponibilização real a pacientes. O plano exige rastreabilidade requisito→caso de teste→resultado→evidência→correção→aceite, com ambiente separado, dados sintéticos por padrão e não utilização de integração externa sem habilitação oficial.

Este documento é um modelo operacional de trabalho: não contém dados reais de pacientes, não demonstra implantação funcional, não substitui avaliação ou assinatura de profissional habilitado e deverá ser aprovado e testado antes de uso em produção.

Parâmetro	Regra aplicável
Instituição/unidade	Instituto de Ciências Médicas Canaã; Hospital Canaã, São Paulo/SP — operação projetada.
Público operador	Direção Técnica e NSP (aceite clínico), TI/QA/Segurança (execução técnica), equipe de alta, farmácia, enfermagem, navegação, encarregado/jurídico, representantes de usuários e fornecedor quando contratado.
Fonte primária	PEP/HIS, LIS, RIS/PACS e documentos clínicos assinados; o Passaporte não cria prontuário paralelo.
Paciente/episódio	Dois identificadores adequados, vínculo a episódio, versão, data/hora e autor/proveniência; checar homonímia.
Sigilo e LGPD	Acesso mínimo por função, finalidade, registro de acesso, direitos de titulares e representantes legitimados.
Integração SUS/RNDS	Planejada; depende de pactuação/credenciamento, contrato, perfis vigentes e homologação.

Parâmetro	Regra aplicável
Regra de aprovação	Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI/Segurança, encarregado/jurídico e Direção Institucional.
Versão	Minuta 0.1 — novembro/2026; campos [ ] devem ser preenchidos e assinados por responsáveis nomeados.

2. Ciclo de homologação — portas de decisão

Gate	Condição e evidência	Autoridade
G0 — requisitos	Manuais e anexos aprovados; especificações, interfaces, riscos e papéis fechados.	Comitê/Donos de processo.
G1 — desenho e proteção	Mapeamento de dados e riscos, contratos, segregação de ambiente e perfis validados.	TI/Segurança, Encarregado, Direção Técnica.
G2 — testes funcionais	Cenários positivos e negativos com dados sintéticos e evidências; sem defeito bloqueador.	QA + clínico dono do fluxo.
G3 — integração e resiliência	Reprocessamento, backups, indisponibilidade, retificação e reconciliação testados.	TI/Segurança e equipe assistencial.
G4 — usabilidade e acessibilidade	Pacientes/cuidadores simulados, WCAG, opção não digital e teach-back verificados.	Experiência/Qualidade e TI.
G5 — piloto controlado	Plano aprovado, escala de suporte, métricas de vigilância, contingência e rollback.	Direção Técnica + NSP + gestor institucional.
G6 — expansão	Critérios acordados atendidos, incidentes analisados, ação corretiva concluída.	Comitê go/no-go, decisão registrada.

3. Critérios de classificação de defeitos e contenção

Severidade proposta	Exemplos	Decisão mínima
S0 — Bloqueador / sentinela	Troca de paciente, acesso indevido a dados clínicos, prescrição inválida apresentada como vigente, exame crítico perdido, ausência de controle de revogação.	Não iniciar ou suspender piloto afetado; corrigir, repetir teste e obter novo aceite.
S1 — Crítico	Fluxo de alta deixa de publicar documento essencial sem contingência ou indisponibilidade compromete comunicação clínica prioritária.	Não expandir; contenção formal e avaliação de risco clínico.
S2 — Moderado	Falha recuperável com alternativa segura, erro de navegação que não afeta dado clínico e pode ser corrigido.	Registrar prazo, avaliar correção antes de ampliar.
S3 — Baixo	Ajuste cosmético sem efeito em identificação, cuidado, direitos, acessibilidade essencial ou segurança.	Ação planejada e teste de regressão.

Classificação e prazos são propostas internas e devem integrar o contrato do sistema; gravidade clínica e dano a direitos prevalecem sobre qualquer acordo comercial. “Nenhum defeito S0 em aberto” é um critério mínimo proposto, não prova integral de segurança.

4. Especificação de caso de teste — formulário F15-A

Campo	Registro preenchível
Caso/versão/requisito	[CT-000] [Versão] [Manual cap./anexo ou requisito]
Objetivo e risco coberto	[Que erro impede? ID da matriz do Anexo 13]
Pré-condição e ambiente	[Build, dados sintéticos, papéis, sistema, navegador/dispositivo]
Entrada e ação	[Passos replicáveis, arquivo/ID sintético, ordem de operação]
Resultado esperado	[Estado exato, tela, mensagem, log e autorização]
Resultado obtido	[Aprovado/Falhou/Bloqueado/NA] [ID evidência]
Defeito e contenção	[Issue, severidade, população impactada, rollback]
Executor / revisor / data	[Nome, função, data/hora, assinatura]
Reteste e regressão	[Versão corrigida, resultado e aprovação clínica/tecnológica]

5. Banco de testes clínicos e de documentos — CT01 a CT11

Caso e estímulo	Resultado esperado e evidência
CT01 — pacientes homônimos, episódios diferentes	Não há mistura ou troca de documentos; comparação de paciente+episódio e log.
CT02 — paciente sem CPF/CNS utilizável	Fluxo de identificação alternativo seguro, sem exclusão automática do cuidado.
CT03 — sumário ainda em rascunho	Portal não publica nem oferece documento como definitivo; mensagem segura.
CT04 — assinatura válida e versão final	Publicação apenas da versão válida, com autoria, data, número e origem verificáveis.
CT05 — sumário retificado	Versão nova vigente e aviso da substituição; auditabilidade preservada.
CT06 — medicação de internação suspensa	Não aparece como receita domiciliar; medicamentos da alta vinculados à assinatura.
CT07 — alergia não investigada	Exibe “desconhecida/não confirmada” e nunca presume ausência.
CT08 — exames liberados após alta	Permanecem pendentes com revisor nominal até conclusão, notificação e conduta.
CT09 — achado crítico após alta	Escalonamento e registro de leitura, ação clínica e contatos; não apenas push assíncrono.
CT10 — paciente cirúrgico em cogestão	Titular cirurgião e responsável por alta aparecem corretamente; hospitalista em papel de apoio.
CT11 — evolução com dado não validado	Diferencia fato assinado, dado histórico, dado não confirmado e documento de educação.

6. Banco de testes de continuidade, comunicação e acessibilidade — CT12 a CT22

Caso e condição	Resultado esperado e evidência
CT12 — consulta de UBS sugerida, mas não agendada	Mostra “recomendação/solicitação”, nunca “confirmada” sem retorno do receptor.
CT13 — contrarreferência enviada sem confirmação de recebimento	Status permanece enviado/aguardando aceite; indicador não conta como recebido.
CT14 — apresentação do Passaporte em UPA	Histórico útil, data e versão; nunca impede avaliação emergencial em ausência de conexão.
CT15 — mensagem relata déficit neurológico súbito	Alerta e orientação de urgência imediata; não permanece em fila de suporte simples.
CT16 — paciente sem internet e sem celular	Entrega impressa autorizada, identificação, registro e continuidade possível.
CT17 — usuário com leitor de tela	Componentes identificáveis, ordem de foco, erros compreensíveis e acesso a documentos.
CT18 — navegação apenas por teclado	Todas as funções essenciais operáveis sem mouse e com foco visível.
CT19 — autenticação acessível e sessão expirada	Recuperação segura, sem exigir teste cognitivo indevido; sem vazamento de dados.
CT20 — cuidador sem autorização suficiente	Exibe somente escopo legitimado e orienta processo de autorização.
CT21 — cuidador autorizado e permissão revogada	Acesso encerra, tokens inválidos e auditoria registra alteração.
CT22 — orientação clínica com texto desatualizado	Conteúdo invalidado e substituído apenas após revisão e versionamento clínico.

7. Banco de testes de tecnologia, dados e incidentes — CT23 a CT34

Caso / estímulo	Resultado esperado e evidência
CT23 — tentativa IDOR com URL de outro paciente	HTTP/erro autorizado sem dados clínicos; evento de segurança monitorado.
CT24 — token QR expirado / adulterado	Acesso negado e logado; sem CPF/CID embutido no QR.
CT25 — logout, troca de usuário e cache	Nenhum dado do usuário anterior é exposto nem persiste em visualização compartilhada.
CT26 — mensagem repetida da integração	Idempotência, sem duplicar prescrição/laudo ou notificação.
CT27 — mensagens fora de ordem	Estado final respeita assinatura/retificação; prova de reprocessamento.
CT28 — interrupção LIS/RIS/PACS	Status e origem claros, reprocessamento auditado, plano de contingência.
CT29 — queda do portal durante alta	Alta segura por fluxo clínico e suporte papel; não reter paciente por falha de portal.
CT30 — restauração backup e reconciliação	Serviço recuperado em prazo acordado, dados íntegros, logs e sincronização revisados.
CT31 — revogação de perfil de ex-colaborador	Bloqueio em sessão/tokens após evento de desligamento e trilha.
CT32 — dados reais em ambiente de teste sem autorização	Bloqueio de carga, alerta à privacidade, processo de conformidade.
CT33 — simulação de incidente dados sensíveis	Controlador e encarregado avaliam risco/dano, prazos e documentação legal.
CT34 — integração RNDS sem credencial/termo	Ambiente externo não conectado; fluxo local funciona e não declara integração ativa.

8. Matriz de rastreabilidade requisito–risco–teste — F15-B

Requisito / origem	ID risco e teste	Evidência / aprovação
Identificação (Cap.16 / Anexo13)	[A01] [CT01, CT02]	[Link/ID evidência] [Clínico/TI]
Sumário assinado (Cap.20 / Anexo01)	[A02] [CT03–CT05]	[Prova] [Médico]
Segurança medicamentosa (Cap.18 / Anexo05)	[A03–A04] [CT06–CT07]	[Prova] [Farmácia e médico]
Resultados críticos (Cap.24 / Anexo08)	[A05] [CT08–CT09]	[Prova] [NSP e responsável]
Contrarreferência (Cap.22 / Anexo06)	[A06] [CT12–CT13]	[Prova] [Navegação]
Privacidade e IAM (Cap.34 / Anexo13)	[P01–P08] [CT20–CT25, CT31–CT33]	[Prova] [Encarregado/Segurança]
Integração (Cap.32–33 / Anexo12)	[T01–T10] [CT26–CT34]	[Prova] [TI]

9. Plano de piloto controlado — formulário F15-C

Decisão/variável	Preenchimento / critério de gestão
Linha de cuidado e local	[Setor e equipe aderente] [Inclusões/exclusões justificadas]
População e dimensionamento	[Número proposto de casos] [Período] [Critério de representatividade]
Consentimentos e transparência	[Base legal e comunicação de uso, acordo quando necessário]
Escalas e cobertura	[Direção Técnica] [Médico retaguarda] [Enfermagem] [Farmácia] [TI]
Contingência e rollback	[Gatilho, quem decide, fluxo papel, reconciliação]
Vigilância	[Riscos críticos] [Indicadores diários] [Relatório de evento]
Treinamento	[Equipe/turnos, avaliação de competência, evidência]
Data da abertura	[Data/hora] [Assinaturas de go/no-go]
Conclusão e proposta de expansão	[Resultados, incidentes, equidade, pendências, decisão fundamentada]

10. Matriz de aceite por dimensão — formulário F15-D

Dimensão	Condição mínima antes de abrir / expandir	Status / evidência
Segurança clínica	Sem S0 não corrigido; dono e fluxo para todas as pendências críticas.	[Aprovado / Falhou / NA] [Prova]
Documentação	Sumário válido e autoria, controle de versão, medicamentos corretos.	[ ] [Prova]
Acesso e privacidade	Isolamento, privilégios, revogação, logs e resposta a incidentes.	[ ] [Prova]
Resiliência	Contingência de papel, backup/restauração, reconciliação de fila.	[ ] [Prova]
Experiência/acessibilidade	Testes com usuários diversos e alternativa não digital.	[ ] [Prova]
Equipe e supervisão	Treinamento por turno, escala e apoio no piloto.	[ ] [Prova]

Dimensão	Condição mínima antes de abrir / expandir	Status / evidência
Interoperabilidade externa	Só quando houver credenciamento e homologação específicos.	[Pendente/Não aplicável/Validado]
Indicadores e custos	Medição reprodutível e plano de revisão; metas internas aprovadas.	[ ] [Prova]

11. Relatório de execução de testes — formulário F15-E

CT / requisito	Data e versão	Obtido / evidência	Defeito / reteste
[CT-001]	[Data / build]	[Passou/Falhou] [Anexo]	[Issue, severidade, novo teste]
[CT-002]	[Data / build]	[Passou/Falhou] [Anexo]	[Issue, severidade, novo teste]
[CT-003]	[Data / build]	[Passou/Falhou] [Anexo]	[Issue, severidade, novo teste]
[CT-004]	[Data / build]	[Passou/Falhou] [Anexo]	[Issue, severidade, novo teste]

12. Termo de decisão go/no-go — formulário F15-F

Campo da deliberação	Registro obrigatório
Versão e escopo	[Produto] [Ambiente] [Setores] [Módulos liberados/não liberados]
Critérios verificados	[Total CT] [Aprovados] [Falharam] [S0/S1] [Cobertura de riscos]
Eventos e riscos residuais	[ID matriz, classificação, mitigação, justificativa]
Prontidão operacional	[Cobertura de plantões, suporte, papel, recuperação, comunicação]
Decisão	[ ] GO [ ] GO CONDICIONADO (sem bloquear segurança) [ ] NO-GO
Autorização clínica e técnica	[Direção Técnica/CRM] [NSP] [TI/Segurança] [Encarregado]
Prazo e próximo gate	[Data limite para correções e nova revisão]

13. Checklist final de homologação

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Todos os casos críticos possuem evidência de execução e resultado esperado verificado.	[ ]	[Preencher]
Nenhuma troca de paciente ou exposição de dados permanece sem solução.	[ ]	[Preencher]
Resultados críticos pós-alta têm revisor e substituto aceitando a responsabilidade.	[ ]	[Preencher]
Medicação hospitalar não é exibida como prescrição domiciliar.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
A alta médica pode ocorrer com fluxo seguro quando o portal estiver fora do ar.	[ ]	[Preencher]
Testes WCAG e com usuários de diferentes capacidades foram executados.	[ ]	[Preencher]
O relatório distingue falha técnica, pendência de contrato e pendência assistencial.	[ ]	[Preencher]
Métricas e planos de rollback estão aprovados por quem opera o hospital.	[ ]	[Preencher]
O signatário registra limites do aceite e módulo/versão autorizados.	[ ]	[Preencher]
RNDS e sistemas municipais não são declarados ativos sem homologação formal.	[ ]	[Preencher]

Registro de revisão e manutenção

Controle	Preenchimento
Versão e data	[Versão] / [Data de entrada em vigor] / [Revisor]
Documento(s) base	[Capítulo(s) do manual] / [norma oficial vigente / data de conferência]
Mudanças no instrumento	[Descrição, justificativa, riscos, aprovador]
Próxima revisão	[Periodicidade local, gatilhos de atualização normativa / tecnológica / assistencial]
Pendência para operação	[Configuração, treinamento, teste, evidência ou contrato não concluído]

Referências técnicas e normativas

1. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

2. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta da RNDS. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

3. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

4. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024 — Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança. Consulta: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

5. W3C. Web Content Accessibility Guidelines 2.2; critérios verificáveis, inclusive autenticação acessível. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

6. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit — teach-back, plano de alta, retorno e exames pendentes. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

7. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital; publicação em 28/10/2026. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

8. HL7 International. FHIR Release 4 — modelo de interoperabilidade, a aplicar segundo perfis homologados. Consulta: https://hl7.org/fhir/R4/

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 16

MODELOS DE CONTEÚDO EDUCATIVO E ORIENTAÇÕES POR LINHA DE CUIDADO

Biblioteca revisável e fichas de orientação ao paciente e cuidador para alta clínica, cirúrgica e pós-UTI.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 16: Modelos de conteúdo educativo e orientações por linha de cuidado
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, escopo e regras de implantação

Disponibilizar modelos de material educativo para facilitar a compreensão do diagnóstico, de medicamentos e dos cuidados no domicílio, reconhecer sinais de alerta e executar o plano individual de continuidade. São textos-base para seleção e personalização pelo profissional, nunca orientações universais sobre dose, curativo, dieta, atividade física, retirada de ponto ou prazo de retorno.

Este documento é um modelo operacional de trabalho: não contém dados reais de pacientes, não demonstra implantação funcional, não substitui avaliação ou assinatura de profissional habilitado e deverá ser aprovado e testado antes de uso em produção.

Parâmetro	Regra aplicável
Instituição/unidade	Instituto de Ciências Médicas Canaã; Hospital Canaã, São Paulo/SP — operação projetada.
Público operador	Médico assistente (conteúdo diagnóstico/terapêutico e alta); enfermagem e farmácia (educação e conciliação); fisioterapia, nutrição e serviço social (orientações nas respectivas competências); educação em saúde, acessibilidade e governança clínica.
Fonte primária	PEP/HIS, LIS, RIS/PACS e documentos clínicos assinados; o Passaporte não cria prontuário paralelo.
Paciente/episódio	Dois identificadores adequados, vínculo a episódio, versão, data/hora e autor/proveniência; checar homonímia.
Sigilo e LGPD	Acesso mínimo por função, finalidade, registro de acesso, direitos de titulares e representantes legitimados.

Parâmetro	Regra aplicável
Integração SUS/RNDS	Planejada; depende de pactuação/credenciamento, contrato, perfis vigentes e homologação.
Regra de aprovação	Direção Técnica, NSP/Qualidade, TI/Segurança, encarregado/jurídico e Direção Institucional.
Versão	Minuta 0.1 — novembro/2026; campos [ ] devem ser preenchidos e assinados por responsáveis nomeados.

2. Princípios editoriais de segurança clínica

Princípio	Aplicação no material entregue
Autoria e validação	Toda orientação clínica possui autor, revisor médico, versão, vigência e linha de cuidado.
Individualização	Diagnóstico, procedimentos, restrições, medicamento e datas vêm da alta assinada e do PICA, nunca do texto-base.
Linguagem simples	Frases curtas, verbos de ação, termos explicados, prioridade no que fazer e quando buscar ajuda.
Teach-back	Profissional pede ao paciente/cuidador que explique com suas palavras as condutas essenciais; registrar dificuldades e nova instrução.
Coerência documental	Nenhuma informação do folheto contradiz receita, Sumário de Alta, PICA ou prescrição vigente.
Acessibilidade	Texto legível, opções impressas/áudio/visual compatível; versão digital testada e canais alternativos.
Alertas responsáveis	Distinguir emergência imediata de dúvida programável; canal de mensagens não substitui urgência.
Atualização	Revisão após mudança de protocolo, medicamento, técnica cirúrgica, norma ou evento adverso observado.

3. Ficha padrão de publicação educativa — F16-A

Campo editorial	Modelo preenchível
Código, título e versão	[EDU-LC-000] [Título curto] [v0.1] [Data]
Público e escopo	[Linha de cuidado] [Pacientes/cuidadores] [Idioma e formato]
Fonte clínica e evidência	[Protocolo institucional/norma e data de conferência]
Autoria e validação	[Especialidade] [Revisor/CRM] [Enfermagem e demais categorias]
Dados individuais do paciente	[Não inserir em modelo genérico; extrair do documento de alta ao emitir]
Mensagem principal	[O que aconteceu? O que preciso fazer hoje?]
Cuidados e limites	[Ações permitidas, restrições do caso, duração prescrita]
Sinais de alerta	[Situações de urgência e contato conforme caso]
Retornos e exames	[Data/serviço/status real de agendamento; exame pendente e médico revisor]
Teste de compreensão	[Perguntas de teach-back, profissional, data e ação corretiva]
Entrega e alternativa	[Portal/papel/áudio/apoio humano; versão e recibo]
Validação e revisão	[Aprovado por, data, gatilho de atualização]

4. Modelo de folha universal — entregável ao paciente

Seção impressa / digital	Texto-base ajustável antes da entrega
Identificação e alta	Você recebeu alta do Hospital Canaã em [data]. Seu médico responsável é [nome/CRM]. Guarde a receita e o Sumário de Alta assinados.
Seu tratamento	Você foi tratado(a) por [descrição clínica em linguagem simples]. O que ainda precisa ser acompanhado: [problemas ativos].
Medicamentos	Siga somente a receita de alta assinada em [data]. Em caso de dúvidas ou suspeita de reação, procure [canal/serviço conforme risco].
Cuidados em casa	[Higiene/ferida/atividade/alimentação/monitorização] conforme plano individual. Não inclua recomendações genéricas incompatíveis.
Retorno e exames	Seu retorno está [indicado/solicitado/agendado/confirmado] para [serviço e data]; pendências: [exame, revisor, canal].
Quando buscar ajuda	Sinais definidos para seu caso: [sinais]. Falta de ar intensa, perda súbita de força, alteração importante de consciência, hemorragia relevante ou dor torácica grave exigem emergência.
Acesso aos documentos	Use o portal autenticado ou solicite impressão autorizada. O QR nunca deve expor diagnóstico ou CPF em texto claro.
Quem pode ajudar	[Cuidador com autorização] [UBS de referência] [Canal institucional e horário]. Em emergência, SAMU 192/PS.
Confirmação da compreensão	Você consegue explicar como tomará a medicação, quais sinais exigem ajuda e qual é seu próximo atendimento?

5. Linha de cuidado — alta de condições clínicas gerais

Tema	Orientação-base para personalizar e validar
Condição clínica e estado atual	“Durante sua internação foi tratado(a) por [condição]. Na alta, o plano é [objetivo] e há [problemas ainda ativos] para acompanhar.”
Tratamento	“Tome apenas os medicamentos listados na receita assinada; mudanças em relação ao uso anterior: [conciliação].”
Monitorização domiciliar	“Se seu médico orientou medir [pressão/glicemia/peso/sintoma], registre [frequência, valor de alerta individual e contato]”.
Cuidados e reabilitação	“Atividade, dieta, hidratação e fisioterapia conforme sua avaliação; não existe recomendação única para todas as doenças.”
Retorno	“Procure [UBS/especialista] conforme [status] e leve Sumário, receita e resultados liberados.”
Sinais de alerta	“Procure atendimento urgente para [sinais individualizados]. Sinais gerais graves exigem atendimento imediato.”

6. Linha de cuidado — neurocirurgia de coluna e procedimentos ortopédicos

Tema	Texto educativo a validar com cirurgião titular
Procedimento realizado	“Você foi submetido(a) a [cirurgia e nível anatômico]. O cirurgião responsável é [nome/CRM].”
Ferida operatória	“Cuide do curativo conforme orientação escrita específica. Procure avaliação para secreção importante, febre associada à alteração da ferida ou abertura do corte.”
Mobilização e restrições	“Levantar, caminhar, peso permitido, órtese, dirigir e retomar trabalho: [especificação individual]. Não generalizar tempo de restrição.”
Dor e medicamentos	“Use a prescrição da alta; piora importante da dor, nova fraqueza ou efeitos adversos requerem avaliação.”
Alertas neurológicos	“Perda nova ou progressiva de força, alteração do controle urinário/intestinal ou anestesia na região perineal exigem avaliação de emergência.”
Revisão pós-operatória	“Retorno com [cirurgião/equipe] em [data, situação real]. Leve imagens e laudos, se solicitados.”

7. Linha de cuidado — neurocirurgia craniana / neurologia hospitalar

Tema	Mensagem e ressalva clínica
Procedimento/episódio	“O cuidado hospitalar foi por [condição/procedimento]; os objetivos para casa são [individualizar].”
Cuidados da incisão/curativo	[Instruções do neurocirurgião, restrição de água, sinais infecciosos e retirada de pontos conforme decisão].
Convulsões/medicação	“Não interrompa medicamento prescrito sem orientação médica. Se crise convulsiva ocorrer, siga orientação de primeiros socorros e procure atendimento.”
Alterações neurológicas urgentes	“Fraqueza súbita, fala alterada, convulsão prolongada ou repetida, sonolência progressiva, cefaleia abrupta intensa ou rebaixamento de consciência: emergência.”
Atividade/retorno	[Aptidão para atividades, reabilitação e retorno com neurocirurgião/neurologista conforme caso].
Cuidador	[Grau de supervisão necessário, plano de medicações, proteção contra queda e acesso ao suporte].

8. Linha de cuidado — cirurgia abdominal / geral

Tema	Mensagem-modelo com validação médica
Intervenção	“O procedimento foi [nome]. Seu cirurgião é [nome/CRM].”
Ferida e drenos	[Higiene, troca de curativo, dreno/bolsa quando houver, sinais de infecção definidos no caso].
Alimentação e intestino	[Progressão dietética, hidratação e sintomas previstos/alertas de acordo com a cirurgia].

Tema	Mensagem-modelo com validação médica
Atividade e esforços	[Restrições, carga, retorno às atividades e trabalho por decisão cirúrgica].
Sinais de urgência	“Dor abdominal intensa e progressiva, vômitos persistentes, distensão importante, febre associada a piora, sangramento relevante exigem avaliação.”
Seguimento	[Revisão, retirada de pontos, anatomopatológico pendente e profissional revisor].

9. Linha de cuidado — cirurgia vascular e risco tromboembólico

Tema	Orientação-base sujeita ao caso
Procedimento/diagnóstico	[Cirurgia/endovascular/tratamento conservador conforme documento assinado].
Membro/ferida	[Inspeção de pele, curativos, mobilidade, elevação ou compressão apenas se prescrita].
Anticoagulante/antiagregante	“Não interrompa nem duplique medicamentos de risco; doses e ajustes somente segundo receita validada.”
Alertas	“Sangramento importante, falta de ar súbita, dor torácica, frio/palidez súbita em membro ou perda aguda de sensibilidade/força exigem urgência.”
Retorno/duplex	[Revisão cirúrgica, ultrassom e orientação vascular somente quando indicados].
Cuidador	[Orientações práticas de observação e contato, quando necessário].

10. Linha de cuidado — paciente pós-UTI e alta com dependência

Área	Conteúdo educativo e campo a completar
Fraqueza/fadiga	“A recuperação pode exigir reabilitação gradual conforme plano. Procure ajuda se houver piora importante, queda ou incapacidade súbita.”
Cognição/sono/humor	“Relate alterações persistentes de memória, confusão, sono ou humor à equipe de acompanhamento; urgência se alteração aguda grave.”
Nutrição e deglutição	[Dieta e consistência específicas; orientação de fono/nutrição; evitar regras genéricas].
Dispositivos e cuidados	[Sonda, ostomia, oxigênio domiciliar, curativos e treinamento do cuidador somente se prescritos].
Revisão de medicação	[Medicamentos mantidos, suspensos e novos; conciliação com cuidador].
Seguimento	[UBS, reabilitação, especialidades, exames pendentes, responsáveis e contatos].

11. Linha de cuidado — doença cardiovascular/renal e medicamentos de alto risco

Condição/tópico	Conteúdo educativo seguro
Insuficiência cardíaca / cardiopatia	[Sintomas relevantes, sinais de congestão, peso e restrições somente individualizadas por cardiologista/hospitalista].
Doença renal e diálise	[Situação dialítica, acesso, calendário, dieta/hidratação orientadas pela nefrologia, resultados pendentes].
Diabetes e insulina	[Esquema prescrito, técnica, monitorização e plano de hipoglicemia; não gerar ajuste automático de dose].
Anticoagulação	[Indicação, dose, horário, exames de controle, interação e sinais de sangramento conforme prescritor].
Imunossupressão/infecção	[Precauções, adesão, exames/retornos e sinais de piora segundo infectologia/assistente].
Segurança transversal	“Dúvida sobre dose, efeito adverso ou medicamento suspenso: contate profissional habilitado; sinais graves, urgência.”

12. Modelo de roteiro teach-back — F16-B

Pergunta ao paciente/cuidador	Registro de compreensão / ação adicional
“Você pode me contar para que foi internado e o que ainda precisa acompanhar?”	[Entendeu / Parcial / Precisa reexplicar] [Profissional e data]
“Como irá tomar os medicamentos novos e o que foi suspenso?”	[Entendeu / Parcial / Reforço e validação de receita]
“Quais sintomas exigem ir imediatamente ao pronto-socorro?”	[Entendeu / Parcial / Reforço de alertas]
“Qual exame ou retorno ainda está pendente e quem vai informar?”	[Entendeu / Parcial / Identificar serviço/responsável]
“Você conseguirá encontrar os documentos no portal ou prefere receber em papel?”	[Digital / Papel / Apoio presencial / Outro acessível]
“Quem irá ajudar em casa e como iremos contatar se houver pendência relevante?”	[Cuidador autorizado / Contato confirmado / Barreiras]

13. Revisão editorial, segurança e acessibilidade — checklist

Critérios para cada folheto antes da entrega

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Título, população-alvo, versão, revisão e autoria clínica identificados.	[ ]	[Preencher]
Mensagens não contradizem Sumário de Alta, receita e PICA vigentes.	[ ]	[Preencher]
Dose, duração, mobilização e retornos são individuais, não inventados pelo modelo.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Alertas de emergência são claros e não orientam espera por chat assíncrono.	[ ]	[Preencher]
Material contém data/status real de encaminhamento, sem prometer vaga municipal.	[ ]	[Preencher]
Há alternativa impressa, apoio humano e formato acessível conforme necessidade.	[ ]	[Preencher]
Teach-back foi oferecido e incompreensões foram retrabalhadas.	[ ]	[Preencher]
Versão obsoleta não permanece disponível como vigente após revisão clínica.	[ ]	[Preencher]
Qualidade, direção técnica e representantes de usuários avaliaram clareza.	[ ]	[Preencher]
Métricas de compreensão, queixas e eventos adversos alimentam revisão de conteúdo.	[ ]	[Preencher]

14. Log de distribuição educativa — F16-C

Campo de controle	Registro individual
Paciente/episódio	[Identificação segura no PEP; não reproduzir integralmente no relatório de gestão]
Material e versão	[EDU-LC-XXX, v, data do documento]
Profissional que individualizou	[Nome e registro] [Assinatura e sistema de origem]
Formato entregue	[Portal autenticado / Papel / Áudio / Apoio humano / Cuidador autorizado]
Resultado do teach-back	[Compreensão suficiente / Reforço necessário / Barreiras e solução]
Pendências do paciente	[Responsável nominal, prazo e canal seguro]
Nova revisão / contato	[Data, motivo e confirmação de recebimento quando aplicável]

Registro de revisão e manutenção

Controle	Preenchimento
Versão e data	[Versão] / [Data de entrada em vigor] / [Revisor]
Documento(s) base	[Capítulo(s) do manual] / [norma oficial vigente / data de conferência]
Mudanças no instrumento	[Descrição, justificativa, riscos, aprovador]
Próxima revisão	[Periodicidade local, gatilhos de atualização normativa / tecnológica / assistencial]
Pendência para operação	[Configuração, treinamento, teste, evidência ou contrato não concluído]

Referências técnicas e normativas

1. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit; ferramentas 3 e 5 de alta e seguimento. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

2. AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit — teach-back, plano de alta, retorno e exames pendentes. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

3. W3C. Web Content Accessibility Guidelines 2.2; critérios verificáveis, inclusive autenticação acessível. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

4. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

5. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

6. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.026/2025 — Modelo de Informação do Sumário de Alta da RNDS. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

7. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

8. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026 — Política Nacional de Informação e Saúde Digital; publicação em 28/10/2026. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (02/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 17

PLANO DE ACESSIBILIDADE, CONTINGÊNCIA E ATENDIMENTO SEM INTERNET

Protocolos inclusivos e planos alternativos verificáveis para pacientes, familiares autorizados e equipes durante indisponibilidade digital.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 17: Plano de acessibilidade, contingência e atendimento sem internet
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, condições de aplicação e controles iniciais

Este anexo é um instrumento institucional operacional, preenchível e sujeito a homologação, que complementa os 40 capítulos aprovados do Manual do Passaporte Digital de Saúde Canaã. O Passaporte é camada de acesso, educação, comunicação e continuidade assistencial; o prontuário eletrônico e os sistemas assistenciais de origem são a fonte documental primária. Não se presume contratação, implantação ou integração da RNDS, e-SaúdeSP ou de qualquer sistema municipal.

Elemento	Regra a observar / campo de controle
Status editorial	Minuta v0.1 — 03/11/2026. Anexos 01–16 aprovados editorialmente; este anexo aguarda deliberação.
Unidade e utilização	Hospital Canaã, São Paulo/SP, após aprovação institucional, treinamento e testes com dados sintéticos.
Coordenação técnica	Direção de Enfermagem/Navegação e Experiência do Paciente: acesso assistido; TI/Segurança: acessibilidade técnica e incidentes; Direção Técnica/NSP: segurança clínica; DPO/Jurídico: direitos e sigilo.
Foco clínico	Não atrasar avaliação/conduta diante de urgência; resultados críticos e pendentes exigem fluxo clínico nominal.
Dados e sigilo	LGPD, mínimo necessário, perfis, identidade com dois identificadores e registro auditável.
Versão / revisão	[Identificador de versão] [Data efetiva] [Motivo de revisão] [Responsável] [Evidência]
Controle de aprovação	Direção Técnica + Qualidade/NSP + TI/Segurança + Encarregado/Jurídico + Direção Institucional.

Premissa essencial: idade avançada, deficiência, baixa escolaridade ou preferência por papel NÃO são sinônimos de incapacidade ou perda de autonomia. O paciente deve ser consultado sobre seu formato preferido, informado sobre as opções e apoiado sem discriminação, vedada a criação de barreira adicional ao cuidado.

2. Bases legais e critérios técnicos de acessibilidade

Referência / natureza	Aplicabilidade operacional	Prova mínima a manter
Lei nº 13.146/2015, art. 63 — obrigação legal	Acessibilidade do sítio/portal para pessoa com deficiência; informação acessível e sem discriminação.	Relatório de acessibilidade, plano de correções, testes com usuários e canais alternativos.
LGPD nº 13.709/2018 — obrigação legal	Confidencialidade e acesso aos dados pelo titular; tratamento proporcional e proteção de terceiros.	Base legal, perfis, registros de acesso, processo de validação de representantes.
WCAG 2.2 nível AA — meta técnica institucional	Critérios de teclado, contraste, reflow, foco, campos, mensagens de erro e autenticação acessível.	Checklist mapeado aos critérios de sucesso WCAG e evidência de testes.
eMAG 3.1 — orientação complementar brasileira	Navegação semântica e produção de conteúdo acessível; observar se norma vinculante por contrato/ente público.	Mapeamento eMAG→WCAG e relatório de ajustes.
PNISD — diretriz de política nacional	Letramento digital, centralidade do usuário e equidade para saúde digital.	Registro do canal alternativo ofertado, capacitação e métricas de acesso.
AHRQ RED — boa prática de alta segura	Comunicação clara, confirmação de entendimento e orientação escrita compreensível.	Teach-back, recibo ou justificativa da recusa, encaminhamentos e plano individual.

3. Formulário F17-A — Necessidades e preferência de acesso

Campo de triagem	Registro preenchível e critério
Paciente e episódio	[ID prontuário] [ID episódio] [Segundo identificador conferido] [Data/hora]
Preferência informada pelo próprio paciente	[ ] Portal [ ] Papel [ ] Leitura presencial [ ] Áudio [ ] Texto ampliado [ ] Outro [descrever]
Acesso a aparelho e internet	[ ] Próprio [ ] Compartilhado [ ] Sem aparelho [ ] Sem conectividade [ ] Não perguntado
Barreiras funcionais identificadas sem pressupostos	[ ] Visão [ ] Audição [ ] Motricidade [ ] Linguagem [ ] Cognição situacional [ ] Alfabetização [ ] Nenhuma relatada
Idioma e comunicação	[Idioma preferido] [Necessita intérprete/mediador: sim/não] [Recurso de Libras, quando disponível]
Apoio solicitado pelo paciente	[Nome, vínculo e forma de comprovação] [Limites do acesso] [Data validade]
Segurança na entrega	[ ] Local reservado [ ] Material fechado [ ] Documento conferido [ ] Destinatário validado
Compreensão confirmada	[ ] Teach-back [ ] Repetir orientação [ ] Cuidador autorizado presente [ ] Recusa registrada
Responsável / revisão	[Profissional, categoria, assinatura] [Data] [Próxima reavaliação]

4. Especificação funcional de acessibilidade do portal

Componente	Requisito de implementação e teste	Evidência exigida
Navegação	Fluxo completo por teclado, ordem de tabulação lógica, foco visível e não encoberto; evitar armadilhas de foco.	Vídeo/teste teclado, roteiro e resultado por navegador.
Leitor de tela	Cabeçalhos, rótulos, regiões, tabelas, botões e estado de notificações semanticamente corretos; não usar imagem de texto.	Teste manual com leitores de tela e erros registrados.
Visão	Contraste, ampliação de 200–400%, reflow e responsividade; cores nunca são único sinal de alerta.	Teste zoom/mobile e aferição de contraste.
Formulários	Instruções visíveis, erros específicos, revisão antes de submissão de dados sensíveis e campos não redundantes.	Roteiro de formulário e captura de erro.
Autenticação	Permitir colar senhas/códigos, gerenciadores ou método alternativo acessível sem teste cognitivo desnecessário; MFA conforme risco.	Casos com MFA, leitor de tela e recuperação de conta.
Documentos	Sumários e receitas em versão legível estruturada; PDF com leitura viável quando publicado; alternativas a imagem escaneada.	Auditoria de PDF/HTML e exemplos anonimizados.
Vídeo/áudio	Legendas, transcrição e meios alternativos; recursos de Libras se aplicáveis ao conteúdo e ao público.	Arquivo, transcrição e avaliação de qualidade.
Imagens médicas	Miniaturas não substituem laudo; oferecer laudo textual, legenda contextual e arquivo DICOM por acesso autorizado.	Teste de leitura do laudo e vínculo ao exame.
Emergência	Aviso textual persistente de que o canal não é atendimento imediato; sinais graves remetem a PS/SAMU 192.	Teste de usuário, canal e condição de gravidade.

5. Matriz F17-B — Canais alternativos e equivalência assistencial

Cenário	Canal/entrega seguro(a)	Responsável e comprovação
Paciente opta por papel	Cópia legível dos documentos validados, com orientações e contatos reais; envelope nominal fechado.	Alta/Navegação: checklist, protocolo de entrega, versão e conferência de identidade.
Ausência de celular/internet	Disponibilizar impressão e acesso assistido em ambiente reservado; ensinar recuperação de acesso se solicitada.	Atendimento: declaração de opção e teach-back.
Dificuldade visual	Letra ampliada, documento acessível, leitura privada por profissional; encaminhar recursos de acessibilidade disponíveis.	Responsável: formato usado e confirmação de entendimento.

Cenário	Canal/entrega seguro(a)	Responsável e comprovação
Dificuldade auditiva	Texto claro, recursos escritos, intérprete/atendimento em Libras conforme capacidade pactuada; evitar leitura labial como única via.	Atendimento: recurso e resultado da comunicação.
Barreira cognitiva transitória	Repetir em linguagem clara, dividir tarefas, considerar responsável legal quando existente e indicado; reavaliar autonomia.	Equipe assistencial: avaliação funcional e comunicação efetuada.
Familiar solicita documentos	Confirmar legitimidade, autorização ou hipótese aplicável antes da entrega; não compartilhar por parentesco presumido.	Atendimento/Privacidade: evidência de representação e escopo.
Paciente em município sem pactuação	Entregar cópia ao paciente e instruções; não afirmar envio à UBS nem integração municipal sem registro verdadeiro.	Navegação: destino indicado, status “orientado” e provas de eventual envio.

6. POP F17-01 — Alta programada com acesso alternativo

Etapa	Procedimento	Controle de segurança
1 — Identificar necessidade	Até a preparação da alta, perguntar a preferência de canal; registrar no F17-A e no plano de continuidade.	Sem inferir capacidade por idade; opção do paciente preservada.
2 — Conferir documentos	Verificar sumário e prescrição assinados, documento correto do episódio e plano individual adequado.	Dois identificadores; versão e autenticação válidas.
3 — Preparar alternativa	Gerar versão impressa ou acessível, com lista de medicamentos, pendências, retornos e sinais de alerta.	Sem dados de outro paciente; uso de impressora protegida.
4 — Explicar e confirmar	Realizar ensino em linguagem simples; solicitar que paciente/cuidador autorizado explique condutas-chave.	Teach-back registrado; não confundir “assinado” com “compreendido”.
5 — Entregar com segurança	Confirmar destinatário, local reservado e recibo; registrar recusa ou impossibilidade.	Cadeia de custódia e canal de contato institucional válido.
6 — Encerrar e auditar	Registrar formato, data, profissional, versão e continuidade; abrir tarefa se pendência.	Sem encerrar achado crítico pendente pela simples entrega do papel.

7. POP F17-02 — Internet indisponível apenas para o paciente

Se o PEP e os sistemas hospitalares estiverem ativos, a equipe emite documentos assinados no fluxo habitual e oferece entrega presencial legível, sem exigir conta, aplicativo, QR ou e-mail para completar a alta. Orientações sobre agendamento, resultados pendentes e canal de suporte devem ser compreensíveis sem internet. A ausência de acesso digital nunca elimina a responsabilidade de acompanhamento clínico.

Verificação antes da entrega sem internet

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Documentos válidos do paciente/episódio foram obtidos da fonte primária assinada.	[ ]	[Preencher]
Prescrição e alergias foram conferidas; não se imprimiu lista de medicamentos internados como domiciliares.	[ ]	[Preencher]
Plano de continuidade identifica responsáveis, prazos, pendências, serviços e sinais de alerta.	[ ]	[Preencher]
O local da entrega é reservado e a impressão não permanece em bandeja compartilhada.	[ ]	[Preencher]
Paciente/cuidador autorizado recebeu linguagem e formato compatíveis com suas necessidades.	[ ]	[Preencher]
Recebimento, forma de orientação e teach-back estão documentados.	[ ]	[Preencher]

8. POP F17-03 — Falha do portal ou autenticação, com PEP ainda disponível

Ação	Execução institucional	Registro para auditoria
Detectar e classificar	TI abre incidente com início, serviços, usuários e possível impacto; decidir se há suspeita de violação de dados.	Ticket, relógio, nível de severidade, plantonista.
Preservar assistência	Altas e exames continuam nos sistemas primários se funcionais; disponibilizar cópias autorizadas por canal offline.	Profissional emissor, ID do documento e recibo.
Informar sem expor dados	Mensagem institucional sobre indisponibilidade sem revelar diagnósticos, dados e detalhes técnicos sensíveis.	Comunicado aprovado por TI/Privacidade.
Controlar solicitações	Fila de pedidos de documentos, acessibilidade e suporte com prioridade clínica estabelecida pela equipe.	Protocolo do pedido e dono nominal.
Restabelecer e reconciliar	Validar autenticação, integridade dos arquivos, versões, tempos de sincronização e permissões.	Testes de smoke/regressão, logs e aceite formal.
Encerrar	Conferir entregas duplicadas, links antigos, solicitações não atendidas e incidentes de privacidade.	Ata de encerramento e ações preventivas.

9. POP F17-04 — Indisponibilidade do PEP ou serviços clínicos de origem

A indisponibilidade do prontuário é evento clínico de contingência hospitalar, distinto da falha isolada do portal. A Direção Técnica e o NSP devem ativar o POP de registros assistenciais de contingência já homologado pela instituição. O Passaporte não se torna prontuário substituto, não inventa novas prescrições nem publica rascunhos não assinados. Profissionais utilizam meios de registro e prescrição de emergência aprovados, com identificação, data/hora, autoria e posterior reconciliação.

Momento	Conduta crítica	Condição que impede a publicação
Identificação durante falha	Pulseira e no mínimo dois identificadores; confirmar episódio com registro auxiliar oficial.	Homonímia ou vínculo paciente–episódio não resolvido.
Decisão clínica	Prescrição e anotações em formato de contingência aprovado, identificação do autor, horário e validação.	Prescrição informal ou fonte incompleta sem reconciliação.
Alta e orientação	Somente alta clinicamente autorizada; documentos e seguimento validados pelos responsáveis; encaminhar via canal seguro.	Sumário não assinado, alergia desconhecida tratada como negativa.
Restauração	Digitizar ou incorporar os registros de contingência ao PEP conforme política, com rastreabilidade de origem.	Duplicata conflitante, falta de autoria ou lacuna de versões.
Auditoria	Conciliar pacientes, prescrições, exames, sumários e tarefas pendentes antes de atualização automática do portal.	Falha de identidade, exame crítico sem revisor ou publicação indevida.

10. POP F17-05 — Falha de comunicação de resultado crítico

Resultado crítico recebido por telefone, meio seguro alternativo ou sistema laboratorial deve gerar ciência clínica e conduta documentadas na fonte primária ou em registro de contingência autorizado. Mensagem automática, simples disponibilização de laudo ou status “enviado” não prova avaliação médica. O médico responsável pelo exame e seu substituto devem ser acionados segundo classificação de risco; emergências não aguardam recuperação de portal, chat ou telefone do paciente.

Registro F17-C	Campos obrigatórios
Identificação	[Paciente/episódio] [Laudo/ID e versão] [Profissional comunicante] [Data/hora da detecção]
Classificação	[Achado] [Criticidade definida pelo serviço] [Risco clínico] [Fonte do resultado]
Ação	[Médico revisor/backup] [Horário do aceite] [Conduta] [Necessidade de atendimento presencial]

Registro F17-C	Campos obrigatórios
Contato com paciente	[Canal autorizado] [Tentativas e horários] [Destinatário validado] [Orientação registrada]
Desfecho	[Resolvido/Em investigação] [Justificativa] [Validador clínico] [Data/hora de encerramento]

11. Gestão do atendimento por representante e preservação da autonomia

- O paciente adulto capaz continua sendo o destinatário preferencial das informações; o suporte de terceiro deve ser solicitado e delimitado por ele quando cabível.
- A representação legal não se presume por vínculo familiar, idade ou deficiência. Conferir documento e alcance; registrar início, fim, finalidade e revogação.
- Pessoas com deficiência têm direito a recursos e adaptações razoáveis para que exerçam a autonomia, inclusive sem acompanhante imposto.
- Em incapacidade transitória, registrar avaliação assistencial pertinente, prazo de revisão e necessidade real de apoio, respeitando sigilo.
- Não encaminhar diagnóstico, sumário ou exames a grupos de mensagem ou número pessoal de colaborador; acesso por canal institucional seguro aprovado.
- O paciente pode pedir cópia impressa ou orientação presencial sem que isso bloqueie continuidade do tratamento ou seja tratado como “falha do paciente”.

12. Matriz de continuidade dos serviços — valores preliminares internos

Os valores abaixo são premissas de planejamento, NÃO SLAs existentes nem requisitos da legislação. Só se tornam metas institucionais após análise de impacto nos negócios, contratação, testes e aprovação formal. A prioridade médica imediata prevalece em qualquer indisponibilidade.

Serviço/impacto	Meta preliminar de recuperação	Mitigação durante falha
Consulta ao portal de documentos	RTO proposto até 8 h; RPO conforme perda admissível verificada.	Entrega por papel/serviço presencial de documentos já assinados, se a fonte estiver funcional.
Autenticação e acesso	RTO proposto até 4 h, sujeito a sistema e fornecedor.	Verificação presencial de identidade; nunca compartilhar credenciais.
Suporte administrativo pós-alta	Retomada em até 1 dia útil, se não houver risco clínico.	Fila manual protegida, comprovante e contato alternativo.
Resultados críticos e urgência clínica	Nenhuma espera baseada em RTO tecnológico.	Acionamento médico e atendimento presencial/SAMU 192 quando indicado.
PEP/LIS/RIS com indisponibilidade	De acordo com BCP hospitalar e severidade; definir RTO/RPO com direção clínica.	Contingência assistencial institucional, registro oficial e reconciliação posterior.

Serviço/impacto	Meta preliminar de recuperação	Mitigação durante falha
Restabelecimento de integração externa	Conforme contrato/credenciamento e evidência de homologação.	Não inferir recebimento RNDS/município; registrar status real.

13. RACI mínimo de acessibilidade e continuidade

Atividade	Responsável por aprovar	Executa / consulta
Política de acesso inclusivo	Direção Institucional + Direção Técnica	Experiência/Navegação executa; DPO, Serviço Social e usuários consultados.
WCAG, acessibilidade de interfaces	Gestor de TI/Produto	Equipe de desenvolvimento/QA; usuários com deficiência participam de testes.
Plano de contingência assistencial	Direção Técnica/NSP	Médicos, enfermagem, farmacêuticos e gestão de leitos.
Resposta a incidente de segurança	Controlador conforme governança	Segurança, encarregado, jurídico e fornecedor conforme contrato.
Entrega de documento e educação	Responsável assistencial/alta	Enfermagem, farmácia, navegação e pessoal de apoio habilitado.
Liberar portal após falha	Comitê de liberação, com veto clínico/privacidade	TI demonstra evidências; Direção Técnica valida segurança assistencial.

14. Roteiros de testes de acessibilidade e contingência (F17-D)

Teste sintético	Execução e saída esperada	Se falhar
A17-01 — Teclado e foco	Acessar sumário, exames e sair sem mouse; nenhum foco oculto.	Bloquear interface afetada, corrigir e retestar.
A17-02 — Leitor de tela	Encontrar nome do documento, versão, resultado e ação de compartilhamento.	Fornecer alternativa acessível e corrigir rótulos/semântica.
A17-03 — Ampliação/reflow	Zoom a 200% e 400%; conteúdo sem perda de dados nem rolagem inadequada.	Reprovar interface até correção ou alternativa equivalente.
A17-04 — MFA acessível	Usuário conclui autenticação com colar código/gestor de senha e leitor de tela.	Habilitar método alternativo aprovado; não retirar segurança.
C17-01 — Paciente sem celular	Executar alta com papel, orientações e PICA, sem exigir internet.	Corrigir POP e treinar equipe.
C17-02 — Portal desligado	Executar emissão segura com PEP ativo, auditar fila e restabelecer.	Registrar dano, impedir publicação indevida.
C17-03 — PEP desligado	Usar documentação hospitalar de contingência e reconciliar antes da publicação.	Não colocar informação provisória no portal.
C17-04 — Crítico após alta	Médico recebe resultado e age, apesar do portal inoperante.	Falha de segurança alta; não homologar.
C17-05 — Familiar não autorizado	Negar acesso a dados, oferecer processo de representação quando cabível.	Bloquear mecanismo de entrega, investigar incidente.
C17-06 — Atualização de versão	Sumário retificado substitui disponibilização corrente; histórico restrito é preservado.	Suspender link antigo e corrigir mecanismo.

15. Indicadores operacionais e gatilhos de melhoria

Indicador	Fórmula / unidade	Gatilho de avaliação
Acessibilidade da jornada	Fluxos críticos aprovados em testes WCAG AA ÷ fluxos avaliados ×100.	Qualquer fluxo clínico crítico não acessível exige correção ou alternativa equivalente.
Acesso sem internet oferecido	Pacientes que solicitaram/necessitaram alternativa e a receberam ÷ elegíveis ×100.	Investigar omissões, sem atribuir culpa ao paciente.
Compreensão demonstrada	Altas com teach-back satisfatório ÷ altas com avaliação registrada ×100.	Segmentar por formato, idioma e linha de cuidado.
Indisponibilidade	Minutos de queda por serviço e impacto, separados de indisponibilidade de PEP.	Auditar efeitos clínicos e segurança da recuperação.
Restauração comprovada	Incidentes com testes de integridade e permissão concluídos ÷ incidentes encerrados ×100.	Não encerrar sem reconciliação dos pedidos pendentes.
Falhas de identidade	Nº de entregas bloqueadas/incidentes de homonímia por 1000 tentativas.	Qualquer vazamento ou entrega errada requer investigação clínica/privacidade.
Pendências críticas sem revisor	Achados críticos sem médico revisor nominal ÷ achados críticos ×100.	Qualquer caso não atribuído aciona segurança clínica.

16. Registro F17-E — Evento de contingência e reconciliação

Campo	Preenchimento obrigatório
Incidente e serviços afetados	[ID] [Início] [Detecção] [Encerramento] [Escopo clínico e tecnológico]
Ativação do POP	[Responsável] [Nível] [Comunicação às equipes] [Data e hora]
Pacientes/documentos atingidos	[Quantidade] [IDs pseudonimizados] [Pendências] [Material físico emitido]
Medidas de proteção	[Identificação] [Privacidade] [Resultados críticos] [Prescrições] [Canal alternativo]
Recuperação / aceite	[Técnico] [Clínico] [Testes] [Registros reconciliados] [Riscos residuais]
Lições aprendidas	[Causa raiz] [Plano de ação] [Responsável] [Prazo] [Revisão do POP]

17. Critérios de bloqueio e de liberação institucional

- Bloquear quando houver risco de troca de paciente/episódio, publicação não assinada, acesso por representante não legitimado ou compartilhamento inseguro.
- Não homologar uma jornada que exige internet do paciente como única forma de obter informações necessárias à alta e continuidade do cuidado.

- Não liberar após falha sem confirmar integridade, versão, atribuição de resultados pendentes, rastreio das comunicações e permissões de acesso.
- Registrar na ata go/no-go a avaliação de acessibilidade, os testes assistenciais, a decisão de Direção Técnica e os riscos residuais aceitos.
- Remeter às urgências ao serviço de emergência pertinente (SAMU 192 ou pronto-socorro), sem confiar em atendimento assíncrono por chat.

Referências técnicas e normativas

1. Brasil. Lei nº 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão, especialmente art. 63 (acessibilidade digital). Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

2. Brasil. Lei nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

3. W3C. WCAG 2.2, critérios A e AA como objetivo técnico de acessibilidade. Consulta: https://www.w3.org/TR/WCAG22/

4. Governo Federal. Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico, eMAG versão 3.1, referência complementar. Consulta: https://emag.governoeletronico.gov.br/

5. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.301/2026, Política Nacional de Informação e Saúde Digital. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/

6. AHRQ. Re-Engineered Discharge Toolkit, comunicação, teach-back e alta segura. Consulta: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

7. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529/2013, Programa Nacional de Segurança do Paciente. Consulta: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/legislacao

8. Anvisa. RDC nº 36/2013 — ações de segurança do paciente em serviços de saúde. Consulta: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=9431&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000036&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2013

9. ANPD. Resolução CD/ANPD nº 15/2024, Comunicação de Incidente de Segurança. Consulta: https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

10. NIST. Cybersecurity Framework (CSF) 2.0, referência de governança e continuidade, não norma brasileira. Consulta: https://www.nist.gov/cyberframework

11. Brasil. Lei nº 13.787/2018, digitalização, guarda, armazenamento e manuseio de prontuário. Consulta: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

Observação normativa: campos e requisitos de interoperabilidade devem ser verificados na versão vigente dos modelos oficiais, antes da contratação ou homologação. Propostas internas de formulário não equivalem a exigências adicionais da legislação.

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (03/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].

INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS CANAÃ

PASSAPORTE DIGITAL DE SAÚDE CANAÃ

MANUAL INSTITUCIONAL — ANEXOS TÉCNICOS E INSTRUMENTOS OPERACIONAIS

ANEXO 18

MATRIZ DE FONTES OFICIAIS, EVIDÊNCIAS E RASTREABILIDADE NORMATIVA

Catálogo controlado de fontes, classificação da força normativa, tradução em requisitos, auditoria documental e revisão de mudanças.

MINUTA 0.1 | FORMULÁRIO EDITÁVEL | SUJEITO À VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo/SP • Novembro de 2026

Ficha de identificação e controle documental

Elemento	Controle
Instituição	Instituto de Ciências Médicas Canaã
Programa	Passaporte Digital de Saúde Canaã
Unidade de referência	Hospital Canaã — São Paulo/SP (implantação pretendida)
Documento	Anexo 18: Matriz de fontes oficiais, evidências e rastreabilidade normativa
Versão / situação	0.1 — minuta para revisão e homologação multidisciplinar
Aprovação editorial dos capítulos	Capítulos 01–40 aprovados
Tipo de artefato	Modelo operacional preenchível; não contém dados reais de pacientes
Vigência / próxima revisão	[Data de aprovação] / [Data de revisão]

Condição de uso. O documento é um modelo institucional sujeito a validação da Direção Técnica, do Núcleo de Segurança do Paciente, da área de TI/Segurança, do encarregado de dados e do jurídico. Não representa implementação ou integração externa já existente. A execução clínica e a assinatura devem ocorrer no sistema efetivamente aprovado, com rastreabilidade e competência profissional. Em caso de divergência, prevalecem o prontuário, a prescrição e os documentos médicos formalmente validados.

1. Finalidade, condições de aplicação e controles iniciais

Este anexo é um instrumento institucional operacional, preenchível e sujeito a homologação, que complementa os 40 capítulos aprovados do Manual do Passaporte Digital de Saúde Canaã. O Passaporte é camada de acesso, educação, comunicação e continuidade assistencial; o prontuário eletrônico e os sistemas assistenciais de origem são a fonte documental primária. Não se presume contratação, implantação ou integração da RNDS, e-SaúdeSP ou de qualquer sistema municipal.

Elemento	Regra a observar / campo de controle
Status editorial	Minuta v0.1 — 03/11/2026. Anexos 01–16 aprovados editorialmente; este anexo aguarda deliberação.
Unidade e utilização	Hospital Canaã, São Paulo/SP, após aprovação institucional, treinamento e testes com dados sintéticos.
Coordenação técnica	Comitê de Governança Clínica e Documental: aprovação; Jurídico/Compliance: interpretação da norma; NSP: requisitos clínicos; TI/Interoperabilidade: perfis técnicos; Encarregado/SI: dados pessoais; Secretaria documental: controle de versões.
Foco clínico	Não atrasar avaliação/conduta diante de urgência; resultados críticos e pendentes exigem fluxo clínico nominal.
Dados e sigilo	LGPD, mínimo necessário, perfis, identidade com dois identificadores e registro auditável.
Versão / revisão	[Identificador de versão] [Data efetiva] [Motivo de revisão] [Responsável] [Evidência]
Controle de aprovação	Direção Técnica + Qualidade/NSP + TI/Segurança + Encarregado/Jurídico + Direção Institucional.

2. Regras para interpretar corretamente as fontes

Classe	Significado e regra de decisão
N — Norma legal/regulatória	Lei, decreto, RDC, resolução ou portaria em vigor no âmbito aplicável. Identificar texto oficial consolidado, competência, data e exceções. NÃO citar guia como se fosse lei.
T — Padrão ou especificação técnica	Guia RNDS, WCAG, eMAG, norma de interoperabilidade: vinculante apenas nos limites legais, de contrato, credenciamento ou requisito institucional aprovado.
E — Evidência científica/boa prática	AHRQ, OMS, estudos e diretrizes clínicas: fundamentam desenho assistencial; não são obrigações legais universais.
P — Proposta interna	Metas, SLAs, indicadores, formulários, RACI e fluxos Canaã que só ganham validade institucional após aprovação e homologação.
C — Condição contratual/pactuação	Exigência de edital, convênio, contrato, credenciamento RNDS ou município: comprovar documento e escopo específicos.
X — Revogada/substituída	Fonte histórica mantida somente para rastreabilidade, sem uso prescritivo após vigência da sucessora, ressalvado regime de transição.

Aplicabilidade não é sinônimo de existência de funcionalidade. A existência da RNDS e de perfis FHIR não prova que o Hospital Canaã esteja credenciado ou que e-SaúdeSP/UBS recebam dados. Um documento pode estar tecnicamente preparado e ainda não estar juridicamente ou contratualmente autorizado a circular.

3. Registro F18-A — Metadados obrigatórios de cada fonte

Campo de governança	Preenchimento e regra de consistência
ID da fonte / classe	[N01–N18 / T01–T06 / novos]; ID imutável para citações e histórico.
Identificação formal	[Órgão, tipo, número, ano, título/ementa, publicação oficial, retificações, revogações].
Hierarquia e âmbito	[Federal/estadual/municipal/profissional/internacional; obrigatória/condicional/recomendação].
Vigência e status em data de corte	[Vigente/alterada/revogada/em transição/pendente de conferência] [Data da verificação].
URL oficial e localização	[URL do texto ou da página normativa] [Artigo/item exato] [Captura/arquivo] [Hash ou ID de evidência].
Exigência verificável	[Requisito em linguagem operacional com verbo, objeto, condição e sujeito].
Artefatos atingidos	[Capítulos] [Anexos] [PEP/portal/integração/contrato/treinamento].
Responsável pela interpretação	[Área/parecerista] [Data] [Questões jurídicas ainda não resolvidas].
Teste/evidência de implementação	[Caso de teste, ata, log, código de política, contrato ou prontuário sintético].
Próxima checagem/gatilho	[Periodicidade] [Mudança regulatória] [Novo fornecedor] [Homologação] [Incidente].

4. Catálogo mestre — legislação, proteção de dados e normas sanitárias

ID e referência (data de corte 03/11/2026)	Escopo normativo / estado editorial	Aplicação no programa
N01 — Lei 8.080/1990	Lei federal; checar consolidação vigente.	Articulação com rede SUS, responsabilidade assistencial e continuidade.
N02 — LGPD, Lei 13.709/2018	Lei federal; dados de saúde são sensíveis; mapear base legal por finalidade.	Controle de acesso, transparência, minimização, incidentes, dados de pacientes.
N03 — Lei 13.787/2018	Lei federal; registro e guarda de prontuários; conferir prazos especiais e regras locais.	Preservação, integridade, sigilo e rastreabilidade de documentos clínicos.
N04 — LBI, Lei 13.146/2015	Lei federal; art. 63 trata de acessibilidade de sítios na internet.	Portal acessível e alternativas que não discriminem.
N05 — RDC Anvisa 36/2013	Norma de segurança do paciente; verificar texto vigente antes da implantação.	NSP, eventos adversos, barreiras de identificação e alta.
N06 — RDC Anvisa 978/2025	Alterada por 986/2025 e 1.043/2026, segundo registro oficial Anvisa; consultar texto consolidado.	Serviços de análises clínicas e fluxo dos achados laboratoriais.
N07 — CFM 2.381/2024	Resolução em vigor conforme busca oficial CFM; revalidar para emissão real.	Documento médico, identificação/autoria e sumário de alta.
N08 — CFM 2.314/2022	Resolução profissional; verificar mudanças e situação no portal CFM.	Telemedicina e fronteiras entre orientação, triagem e ato médico.
N09 — ANPD 15/2024	Resolução vigente; prazos e hipóteses especiais dependem do caso.	Registros e comunicações de incidentes de dados pessoais.
N10 — ANPD 18/2024	Resolução vigente; consultar regulamento e suas atualizações.	Atuação do encarregado e governança de privacidade.
N11 — ANPD 19/2024	Resolução vigente com retificação em 2025; conferir instrumentos válidos.	Nuvem e fornecedores sujeitos à transferência internacional de dados.

5. Catálogo mestre — normas e modelos do Ministério da Saúde

Fonte	Descrição verificável	Vínculos de implementação
N12 — Portaria GM/MS 8.026/2025	Institui Modelo de Informação do Sumário de Alta; observar 17 categorias do modelo e IG oficial.	Cap. 13, 20 e 31–33; Anexos 01, 11 e 12.
N13 — Portaria GM/MS 8.276/2025	Modelo de Resultado de Exame Laboratorial (REL) na RNDS.	Cap. 19, 24, 32–33; Anexos 08, 11 e 12.
N14 — Portaria GM/MS 8.347/2025	Modelo de Registro de Atendimento Clínico (RAC), quando adotado e habilitado.	Cap. 17, 23, 32–33; Anexo 12.
N15 — Portaria GM/MS 12.301/2026	Política Nacional de Informação e Saúde Digital: equidade, proteção e interoperabilidade.	Cap. 12, 13, 26, 33 e 40; Anexos 12, 17 e 18.

Fonte	Descrição verificável	Vínculos de implementação
N16 — Decreto 12.560/2025	Regulação da RNDS em nível nacional, sem criação de convênio municipal automático.	Cap. 12, 13, 22, 33; Anexo 12.
N17 — Protocolo de Identificação do Paciente	Referência operacional nacional; dois identificadores e controles de homonímia.	Cap. 16, 20, 34; Anexos 01, 03 e 17.
N18 — Portaria GM/MS 529/2013 (PNSP)	Organiza Programa Nacional de Segurança do Paciente e fundamentos do NSP.	Cap. 07, 36, 38; Anexos 03, 13–15.

6. Catálogo mestre — padrões técnicos e evidências

Fonte	Natureza, condição e aplicabilidade
T01 — Guia RNDS FHIR R4	Especificação técnica da implementação dos modelos; observar perfil, versão, autenticação e credenciamento efetivamente publicados.
T02 — WCAG 2.2	Referência W3C; AA adotado como alvo institucional, testado por critério de sucesso e por jornada clínica completa.
T03 — eMAG 3.1	Referência brasileira de acessibilidade e padronização, a considerar conforme vínculo e contrato aplicáveis.
T04 — AHRQ RED	Evidência/boa prática para alta segura, teach-back, orientação e gestão de exames pendentes.
T05 — NIST CSF 2.0	Framework de referência para risco e continuidade tecnológica; não substitui LGPD ou normas brasileiras.
T06 — OMS Medication Without Harm	Boa prática internacional de segurança medicamentosa, conciliação e transições.
P01 — SLAs/indicadores Canaã	Regras locais propostas no manual; aguardam aprovação por comitê e validação no piloto.
C01 — Contrato/termo RNDS ou SUS	Fontes condicionais não presentes no projeto como instrumento celebrado; cadastrar quando houver documento válido.

7. Matriz F18-B — Exigência, evidência e documento afetado

Requisito auditável / classificação	Fonte e vínculo	Evidência requerida antes da operação
SA-01 — Sumário com campos do modelo válido (N/T)	N12 + T01 → Cap.13/20; Anexo 01.	Mapa campo→perfil vigente, teste sintético, assinatura e versão do documento.
ID-02 — Sem cruzamento de pacientes (N/P)	N17 + N02 → Cap.16/34; Anexos 01/03/17.	Cenários de homonímia, dois identificadores, bloqueios e logs.
MED-03 — Receita/medicação de alta reconciliada (N/E/P)	N07 + T06 → Cap.18/20; Anexo 05.	Confronto prescrição assinada e lista de medicações, aprovação clínica.
LAB-04 — Exame pendente e achado crítico não perdidos (N/P)	N06 + N13 → Cap.19/24; Anexo 08.	Fila com revisor nominal, aceite, comunicação e conduta registrada.
PRIV-05 — Restrição por finalidade (N)	N02 + N10 → Cap.14/34; Anexos 10/13.	Mapeamento de finalidade e acesso por perfil, trilha e RIPD se indicado.
INC-06 — Incidente relevante comunicado no prazo aplicável (N)	N09 → Cap.14/35; Anexo 13.	Critério formal de avaliação, registro, decisão, protocolo ANPD/titulares quando cabível.

Requisito auditável / classificação	Fonte e vínculo	Evidência requerida antes da operação
ACC-07 — Acesso em portal inclusivo (N/T/P)	N04 + T02 + T03 → Cap.25/26; Anexo 17.	Laudo de acessibilidade WCAG, teste com usuários e plano de correção.
OFF-08 — Alta sem dependência de internet (P/E)	T04 + N04 + N15 → Cap.21/25; Anexo 17.	POP, documento em papel, recibo e teste de paciente sem smartphone.
TELE-09 — Canal de orientação não promete emergência (N/P)	N08 → Cap.29; Anexo 09.	Aviso, treinamento, testes de risco, regra de escalonamento e autoria clínica.
INTER-10 — Sem afirmar conexão sem homologação (T/C)	N15 + N16 + T01 → Cap.33; Anexo 12.	Contrato/credenciamento, testes em ambiente oficial e aceite de produção.
FORN-11 — Fornecedor protege dados e saída contratual (N/C)	N02 + N11 + T05 → Cap.35; Anexo 13.	Contrato, DPA quando aplicável, acesso, suboperadores e localização de dados.
QUAL-12 — Metas e indicadores auditáveis (P/E)	T04 + N05 → Cap.38/40; Anexo 14.	Dicionário de KPIs, base de dados, validação de denominadores e atas.

8. Formulário F18-C — Registro de obrigação individual

Campo	Registro obrigatório
Requisito	[ID único] [Enunciado controlável: quem deve fazer o quê, em qual circunstância]
Fonte e item	[Nxx/Txx/Exx/Pxx/Cxx] [Artigo, inciso, anexo, seção, perfil ou requisito técnico]
Abrangência	[Obrigatória ou condicional] [Unidade e fluxo afetados] [Justificativa jurídica]
Controle implementado	[POP, interface, formulário, treinamento, contrato, cláusula, validação]
Evidência verificável	[ID do teste] [Ata] [Log] [Amostra sintética] [Parecer e resultado]
Status	[Não iniciado] [Em projeto] [Em teste] [Homologado] [Não aplicável com motivo] [Suspenso]
Dono e substituto	[Área, profissional, responsável por aprovar e executante]
Versão e aprovação	[Norma consultada em data] [Controle revisado em data] [Aprovador] [Próximo evento]

9. Rastreabilidade por bloco do manual e anexos

Faixa editorial	Referências e controles ligados	Prova prioritária
Cap. 01–11 — fundamento/linha de cuidado	N01, N05, N17, N18, T04; Anexos 01–04.	Consistência entre intenção institucional, alta segura e controle clínico.
Cap. 12–15 — bases legais/privacidade	N02, N03, N09–N16, T01; Anexos 10–13.	Parecer de base legal, regulamentos vigentes e papéis institucionais.
Cap. 16–21 — identificação e alta	N07, N12, N17, T04, T06; Anexos 01, 03–05, 11.	Campos, assinatura, conciliação e plano de continuidade testados.
Cap. 22–25 — rede, urgência e inclusividade	N01, N02, N04, N06, N13, N15, T04; Anexos 06–08, 17.	Contrarreferência verdadeira, achado crítico com conduta e acesso alternativo.

Faixa editorial	Referências e controles ligados	Prova prioritária
Cap. 26–31 — portal e comunicação	N02–N04, N08, T02–T04; Anexos 09, 16, 17.	Acessibilidade, consentimentos quando cabíveis, logs e canal não emergencial.
Cap. 32–35 — interoperabilidade e segurança	N02, N09–N16, T01, T05; Anexos 11–13, 18.	Conformidade dos perfis, homologação e avaliação de fornecedor.
Cap. 36–40 — POPs, avaliação, implantação	N05, N18, N15, T04–T05; Anexos 10, 13–15, 18.	Matriz de aceite, indicadores, evidências de piloto e revisão periódica.

10. Procedimento de atualização: busca, triagem, análise de impacto e revisão

Fase	Procedimento com responsabilidade	Saída/evidência
Capturar publicação	Compliance/Secretaria confere fontes oficiais e Diário Oficial quando aplicável; registra o que mudou.	Data e URL, fonte anterior e nova, texto oficial acessado.
Classificar status	Jurídico avalia vigência, âmbito, revogação, transição e condicionantes.	Parecer com classificação N/T/E/P/C/X e articulação normativa.
Avaliar impacto assistencial	Direção Técnica/NSP identifica risco de nova regra para sumário, medicamentos e segurança.	Requisitos alterados, pacientes/episódios atingidos e prioridade.
Avaliar impacto técnico	TI e integrador verificam APIs, perfis, campos, fluxos, contratos, fornecedores e segurança.	Matriz de mudanças, testes necessários e custo estimado.
Modificar artefatos	Editor técnico altera capítulos/anexos atingidos com controle de versão e justificativa.	Diff, ID de mudança, ligações atualizadas, pareceres.
Testar e homologar	Equipe valida cenários sintéticos, regressão, acessibilidade, dados e continuidade.	Testes aprovados e decisão go/no-go; manter versão anterior quando cabível.
Comunicar e treinar	Gestores comunicam equipe e fornecedor; atualizam POP e materiais do paciente.	Treinamento, listas, comprovação de entendimento e data de eficácia.
Auditar e arquivar	Secretaria preserva texto histórico sem apresentá-lo como vigente.	Log de alterações, versão anterior, política de retenção e aprovação.

11. Exemplo documentado — RDC 786/2023 substituída

Item	Regra de atualização concreta
Detecção	Anvisa publicou RDC 978/2025 para exames de análises clínicas, substituindo RDC 786/2023; registro oficial lista alterações por RDC 986/2025 e 1043/2026.
Tratamento da fonte anterior	Manter 786/2023 com código histórico X-LAB-2023, sem citá-la como regime corrente de implantação.
Fonte atual	N06 — verificar texto consolidado e artigos aplicáveis; capturar link e data efetivamente conferidos.
Artefatos impactados	Cap. 19, 24 e outros que citarem laboratório, exames críticos; Anexos 08, 11, 12, 13 e 18.

Item	Regra de atualização concreta
Ação documentada	Criar ticket de revisão CR-2026-001: leitura jurídica, impacto clínico e técnico, alteração dos textos, testes e assinatura.
Critério de conclusão	Nenhuma referência desatualizada aparece como norma vigente; o histórico de substituição está preservado.
Status nesta minuta	Mudança identificada para a futura consolidação editorial; não se declara correção automática de todos os arquivos anteriores.

12. Gestão de fontes RNDS e condições de integração

Condição	Regra de verificação antes de anunciar uma capacidade
Modelo de Informação	Conferir portaria, guia do perfil e versão efetivamente aplicáveis a SA/REL/RAC.
Credenciamento	Anexar comprovação de habilitação institucional e escopo do estabelecimento.
Homologação	Guardar ID de testes executados no ambiente oficial e retorno técnico.
Produção	Guardar autorização, endpoints aprovados, certificados e logs de transmissão/resposta.
Integração municipal	Anexar pacto ou instrumento formal, data de vigência, responsável, finalidade e regras de acesso.
Comunicação pública	Usar “planejado”, “em homologação” ou “em produção” conforme evidência; não antecipar integração.

13. Ciclo periódico de verificação (matriz F18-D)

Frequência ou evento	Fontes prioritárias	Responsável / saída
Mensal durante implantação	N02, N05–N16, T01 e mudanças regulatórias em saúde digital.	Compliance mapeia novidades; TI/NSP avaliam impacto.
Trimestral após estabilização	Normas e portarias, resoluções CFM, ANPD, Anvisa e Minist. Saúde; conferir atualização da LGPD.	Relatório de conformidade datado e critérios de risco.
Antes de homologação de interface	N12–N16 e T01 (perfis e terminologias oficiais).	Versão do perfil, resultado de teste, aceite técnico/documental.
Antes de firmar contrato/cloud	N02, N03, N09–N11 e T05; regras de transferência internacional.	Revisão jurídica e técnica de fornecedor.
Após incidente ou evento adverso	N02, N05, N09, N17 e políticas internas de registro.	Avaliação de necessidade de notificação, correção de POP e medida preventiva.
Após mudança de equipamento/navegador	N04, T02 e T03; revisão dos fluxos do portal.	Reteste de acessibilidade, formulários e documentos.
Antes de publicação externa	Todas as fontes citadas pela peça e contratos pertinentes.	Aprovação de veracidade dos claims: “previsto”, “em piloto”, “operante”.

14. Indicadores de rastreabilidade e governança documental

Indicador / fórmula proposta	Finalidade e interpretação
Fontes críticas verificadas = fontes N e T críticas revisadas dentro da janela ÷ fontes críticas cadastradas ×100.	Monitorar atualização real; fonte sem URL ou status não conta como verificada.
Requisitos com evidência = obrigações aplicáveis com evidência aceita ÷ obrigações aplicáveis ×100.	Não confundir documento publicado com controle implementado.
Mudanças regulatórias no prazo = mudanças tratadas até data acordada ÷ mudanças vencidas ×100.	Estratificar por risco clínico, privacidade e contrato.
Referências sem fonte primária = afirmações normativas sem prova oficial ÷ afirmações auditadas ×100.	Qualquer referência crítica não fundamentada exige correção.
Testes de regressão aprovados = casos aprovados ÷ casos executados ×100.	Veto a erro de identificação, assinatura, exposição de dados ou achado crítico.
Revisões de fornecedor documentadas = fornecedores avaliados conforme risco ÷ fornecedores exigíveis ×100.	Não implica aprovação automática do suboperador.

15. Formulário F18-E — Ata de decisão sobre mudança normativa

Campo	Registro a preencher
Referência e mudança	[CR-ano-sequência] [ID da fonte] [Tipo] [Vigência] [URL]
Comparação controlada	[Regra anterior] [Regra nova] [Dispositivos] [Regime transitório]
Impacto assistencial e legal	[Alto/Médio/Baixo] [Justificativa] [Risco clínico] [Risco LGPD]
Impacto técnico e contratual	[Campos/API] [Integração] [Fornecedor] [Documento] [Cronograma]
Arquivos a revisar	[Capítulos] [Anexos] [Modelos de formulários] [Conteúdo educativo]
Plano de teste	[Cenários] [Evidência] [Responsáveis] [Prazo]
Decisão	[Aprovar] [Modificar] [Suspender] [Escalonar] [Aprovações e assinatura]
Publicação e comunicação	[Versão] [Data] [Treinamento] [Retirada da versão antiga]

16. Gatilhos para não conformidade e paralisação

- Publicação de sumário sem assinatura ou com associação ao paciente/episódio errado: bloquear por risco clínico, independentemente do andamento documental.
- Fonte revogada ou substituída usada para impor requisito sanitário como vigente: reter documento, corrigir referência, reanalisar processo.
- Declaração de integração RNDS ou municipal sem credenciamento, homologação ou contrato: retirar alegação e notificar responsáveis de comunicação institucional.
- Exposição de dados pessoais por controle de acesso falho: instaurar incidente, avaliar risco relevante segundo ANPD 15/2024 e comunicar quando exigido.

- Teste de acessibilidade crítico não aprovado e sem alternativa equivalente: não liberar jornada como acessível ou exclusiva.
- Ausência de dono e de evidência para exame crítico após alta: impedir encerramento da tarefa e acionar equipe médica nominal.

17. Registro bibliográfico oficial e técnico — endereço por identificador

Os endereços abaixo são pontos de partida para verificação da fonte primária; alguns levam a portais oficiais que exigem seleção do texto consolidado. O validador deve registrar a URL final específica e a data da conferência em F18-A. Fontes técnicas estrangeiras são citadas como orientações, não como normas brasileiras.

N01 | Lei nº 8.080/1990 [Lei federal] — https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

N02 | Lei nº 13.709/2018 (LGPD) [Lei federal] — https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

N03 | Lei nº 13.787/2018 [Lei federal] — https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

N04 | Lei nº 13.146/2015 (LBI) [Lei federal] — https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

N05 | RDC Anvisa nº 36/2013 [RDC sanitária] — https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/legislacao

N06 | RDC nº 978/2025 + alterações [RDC sanitária] — https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/avaliacao-do-resultado-regulatorio/agenda-de-arr-2023-2026

N07 | Resolução CFM nº 2.381/2024 [Resolução profissional] — https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-que-regulamenta-emissao-de-atestado-medico

N08 | Resolução CFM nº 2.314/2022 [Resolução profissional] — https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2314

N09 | Resolução ANPD nº 15/2024 [Resolução regulatória] — https://www.gov.br/anpd/pt-br/canais_atendimento/agente-de-tratamento/comunicado-de-incidente-de-seguranca-cis

N10 | Resolução ANPD nº 18/2024 [Resolução regulatória] — https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/

N11 | Resolução ANPD nº 19/2024 [Resolução regulatória] — https://www.gov.br/anpd/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/atos-normativos/regulamentacoes_anpd/resolucao-cd-anpd-no-19-de-23-de-agosto-de-2024

N12 | Portaria GM/MS nº 8.026/2025 [Portaria/modelo RNDS] — https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds/legislacao

N13 | Portaria GM/MS nº 8.276/2025 [Portaria/modelo RNDS] — https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt8276_01_10_2025.html

N14 | Portaria GM/MS nº 8.347/2025 [Portaria/modelo RNDS] — https://fhir.saude.gov.br/

N15 | Portaria GM/MS nº 12.301/2026 [Portaria/política nacional] — https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/brasil-institui-politica-nacional-de-informacao-e-saude-digital-e-consolida-transformacao-digital-do-sus/

N16 | Decreto nº 12.560/2025 [Decreto federal] — https://www.planalto.gov.br/

N17 | Protocolo de Identificação do Paciente/MS [Protocolo oficial] — https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view

N18 | PNSP — Portaria GM/MS nº 529/2013 [Portaria de segurança] — https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/legislacao

T01 | Guia de Implementação RNDS/FHIR R4 [Especificação técnica oficial] — https://fhir.saude.gov.br/

T02 | WCAG 2.2 — W3C [Padrão técnico internacional] — https://www.w3.org/TR/WCAG22/

T03 | eMAG 3.1 [Referência técnica brasileira] — https://emag.governoeletronico.gov.br/

T04 | AHRQ Re-Engineered Discharge [Evidência/guia assistencial] — https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/index.html

T05 | NIST CSF 2.0 [Framework de boas práticas] — https://www.nist.gov/cyberframework

T06 | OMS Medication Without Harm [Guia global/boa prática] — https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm

18. Checklist de liberação documental e rastreabilidade

Verificações antes de consolidar o manual

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Cada afirmação jurídica crítica possui ID de fonte N, dispositivo/item específico e URL oficial verificada.	[ ]	[Preencher]
As normas com revogações/alterações foram comparadas ao texto consolidado, incluindo RDC 978/2025.	[ ]	[Preencher]

Verificação	C / NA / P	Evidência ou justificativa / responsável
Fontes técnicas (FHIR, WCAG, eMAG) têm versão explicitada e condicionantes de implementação.	[ ]	[Preencher]
Requisitos de RNDS, município ou fornecedor não são tratados como integrações já operantes.	[ ]	[Preencher]
Indicadores, SLAs e matrizes propostas estão rotulados como proposta interna até aprovação.	[ ]	[Preencher]
Procedimentos clínicos têm responsável profissional, papel assistencial e registro de evidência.	[ ]	[Preencher]
Revisões do manual são datadas, com histórico de mudanças e lista de arquivos atingidos.	[ ]	[Preencher]
O mecanismo de vigilância regulatória tem dono, periodicidade e suplente documentados.	[ ]	[Preencher]
A assinatura do parecer jurídico/técnico e a ata go/no-go foram anexadas antes da vigência.	[ ]	[Preencher]
Nenhum documento técnico se apresenta como substituto da norma oficial aplicável.	[ ]	[Preencher]

Controle de aprovação, homologação e revisão

Instância	Responsável / identificação	Parecer / data
Direção Técnica	[Nome, CRM, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
NSP / Qualidade	[Nome, função, assinatura]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Enfermagem / Farmácia	[Nome(s), registro profissional]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
TI / Segurança da Informação	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Encarregado / Jurídico	[Nome(s), função]	[ ] Aprovado [ ] Ajustes [Data]
Direção Institucional	[Nome, assinatura]	[ ] Aprovação final [Data]

Histórico de versões: v0.1 — primeira minuta técnica (03/11/2026); demais revisões: [versão, data, mudança, aprovador].