



Prontuário Salva-Vidas

Política Estadual de Interoperabilidade e Continuidade da Informação
em Saúde

PROJETO DE LEI N° _____ / 2026

Uma lei para que a informação clínica do paciente acompanhe o seu cuidado, em especial no momento em que ele é transferido de um hospital para outro.

EMENTA

Institui a Política Estadual de Interoperabilidade e Continuidade da Informação em Saúde — "Prontuário Salva-Vidas", no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná, para assegurar que a informação clínica acompanhe o paciente, em especial nas transferências entre estabelecimentos de saúde.

O texto da lei

ART. 1 A 4

Art. 1º Fica instituída a Política Estadual de Interoperabilidade e Continuidade da Informação em Saúde, denominada "**Prontuário Salva-Vidas**", com o objetivo de assegurar que a informação clínica do paciente acompanhe o seu cuidado ao longo da rede pública de saúde do Estado do Paraná, especialmente nos momentos de transferência entre estabelecimentos.

Parágrafo único. São diretrizes da Política: a continuidade do cuidado, a segurança do paciente, a eficiência no uso dos recursos públicos, a proteção de dados pessoais e a transparência das informações de gestão.

Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se:

I - interoperabilidade: a capacidade de sistemas de informação em saúde de trocar dados entre si e de utilizá-los de forma útil e segura, observados os padrões nacionais adotados pelo Ministério da Saúde;

II - registro integral do episódio: o conjunto completo dos dados clínicos produzidos no atendimento de um paciente em um estabelecimento, incluindo exames e respectivos resultados, laudos de imagem, medicações administradas com horários, alergias, sinais vitais e evolução clínica;

III - resumo clínico de transferência: o documento estruturado, gerado automaticamente, que acompanha o paciente transferido, contendo os dados do registro integral do episódio;

IV - estabelecimento de origem e estabelecimento de destino: respectivamente, aquele que transfere e aquele que recebe o paciente.

Art. 3º Os estabelecimentos públicos de saúde do Estado, bem como os privados contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde, ficam obrigados a adotar padrões nacionais de interoperabilidade em seus sistemas de informação, de modo que os dados clínicos possam ser compartilhados de forma estruturada com os demais entes do SUS.

Art. 4º Aprovada a transferência de um paciente pela regulação, o estabelecimento de origem disponibilizará automaticamente ao estabelecimento de destino o resumo clínico de transferência, antes da chegada do paciente.

Parágrafo único. A disponibilização de que trata o *caput* não substitui os protocolos assistenciais de transferência, a eles se somando como instrumento de continuidade da informação.

Art. 5º A padronização de que trata esta Lei aplica-se aos fornecedores de sistemas e de equipamentos de saúde, que deverão adotar campos, formatos e terminologias uniformes, conforme o padrão nacional, como **condição para a contratação e para a participação em licitações** com o poder público estadual.

§ 1º O registro do diagnóstico será feito mediante seleção estruturada na Classificação Internacional de Doenças (CID), e o dos exames e das medicações, nas respectivas tabelas oficiais, vedado o registro exclusivamente em texto livre para esses campos.

§ 2º Os sistemas oferecerão o preenchimento assistido desses campos no momento do atendimento, de modo a padronizar a informação em sua origem.

Art. 6º O tratamento dos dados pessoais decorrente desta Lei observará a Lei federal nº 13.709, de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), organizando-se em dois níveis:

I - na transferência de urgência, o resumo clínico é transmitido automaticamente ao estabelecimento de destino, para a finalidade de continuidade do cuidado;

II - fora da situação de urgência, o histórico clínico do paciente permanece acessível ao profissional que o assiste, mediante vínculo de atendimento e registro de auditoria de cada acesso.

Art. 7º Fica assegurada a rastreabilidade dos acessos e das transferências de informação, com registro de autoria, data e finalidade.

Parágrafo único. O Estado produzirá e divulgará indicadores públicos sobre o tempo de disponibilização da informação ao estabelecimento de destino e sobre a ocorrência de repetição de exames por indisponibilidade de dados.

Art. 8º O órgão de regulação estadual disporá de painel integrado com as informações clínicas essenciais das transferências, para apoio à decisão clínica e à gestão da rede de urgência e emergência.

Art. 9º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da sua publicação, podendo estabelecer prazos escalonados de implementação conforme a capacidade técnica dos estabelecimentos.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Este é o texto da proposta. As páginas seguintes trazem a justificativa, que explica o problema, os dados que o sustentam e o porquê de cada escolha da lei.

O PROBLEMA

Todos os dias, no Paraná, pacientes em estado grave são transferidos de uma unidade de urgência para hospitais de maior complexidade. Na maioria desses casos, o que acompanha o paciente é um resumo escrito à mão, enquanto o registro clínico completo — exames, resultados, imagens e medicações — permanece retido no sistema da unidade de origem. O médico que recebe o paciente precisa, muitas vezes, recomeçar a avaliação do zero, repetindo exames já realizados e perdendo tempo precioso em situações nas quais cada minuto influencia o desfecho. Não se trata de falta de tecnologia ou de recursos, mas da ausência de uma regra que obrigue a informação a acompanhar o paciente.

A DIMENSÃO NO PARANÁ

Somente no primeiro semestre de 2024, o Estado registrou mais de 100 mil transferências terrestres de urgência, crescimento superior a 15% em relação ao ano anterior, segundo o Governo do Estado e a Secretaria de Estado da Saúde.¹ Cada uma dessas transferências é um ponto em que a informação clínica pode se perder. A literatura de segurança do paciente demonstra que mais da metade dos erros de medicação ocorre justamente nos momentos de alta e de transferência entre unidades,² e estima-se que cerca de um em cada cinco exames laboratoriais seja repetido sem necessidade,³ desperdício que, em âmbito nacional, é medido em bilhões de reais por ano.⁴ O Paraná, ademais, é o único Estado do país a aplicar trombolítico ainda no atendimento pré-hospitalar para ganhar minutos em infarto e acidente vascular cerebral;⁵ esse mesmo esforço é comprometido quando o hospital de destino recebe o paciente sem o seu histórico.

O QUE JÁ EXISTE E POR QUE NÃO BASTA

O País avançou na base tecnológica: em julho de 2025, um decreto federal tornou a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) a plataforma oficial de interoperabilidade do SUS, adotando padrão nacional de troca de informações,⁶ e o Paraná já se integra a essa rede, tendo iniciado, em novembro de 2025, o processo de federalização com oficina realizada em Curitiba.⁷ O Estado também unificou a regulação de urgência com o sistema Care.⁸ Ocorre que essa infraestrutura resolve o registro de rotina e a informação da vaga, mas não obriga que o dado clínico completo chegue ao destino no momento crítico da transferência de urgência. É exatamente esse elo que a presente proposta busca fechar.

CUSTO E BENEFÍCIO

A proposta não cria órgão, cargo ou despesa nova relevante. A exigência de padronização é implementada por meio dos contratos e das licitações de sistemas que o poder público já realiza, valendo-se do próprio poder de compra do Estado para induzir a adequação dos fornecedores. Em contrapartida, os ganhos são expressivos: mais segurança para o paciente, economia com a redução de exames repetidos e melhor aproveitamento do tempo em atendimentos de urgência. Trata-se de fazer a estrutura existente render mais, e não de ampliá-la.

PROTEÇÃO DE DADOS

A proposta foi desenhada em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados. A transmissão automática limita-se ao necessário à continuidade do cuidado na urgência; fora dela, o acesso ao histórico depende de vínculo de atendimento e é integralmente registrado em trilha de auditoria. O modelo é, portanto, mais protetor da privacidade do que a prática atual, em que resumos clínicos circulam em papel, sem controle de acesso.

UM MODELO PARA O BRASIL

Ao transformar a interoperabilidade clínica em obrigação de resultado, com prazo e indicadores, o Paraná pode tornar-se referência nacional, oferecendo um modelo replicável por outros Estados. A infraestrutura tecnológica nacional já existe; falta o exemplo de quem a faça funcionar na ponta, no momento em que a vida do paciente depende disso.

FONTES CITADAS NA JUSTIFICATIVA

1. Governo do Estado do Paraná / Sesa (transferências de urgência, 1º sem. 2024).
2. Rev. Latino-Americana de Enfermagem (2016), com base em literatura da OMS.
3. Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed).
4. Estudo EY / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2023.
5. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
6. Ministério da Saúde / gov.br (Decreto de 23/07/2025).
7. Sesa-PR (Resolução nº 1603/2025).
8. Sesa-PR (Sistema Care, 2020).