

Discharge Summary: Reflections and Proposal for a Practical Guide

Nota de Alta: Reflexões e Proposta de Guia Prático

J. Vasco Barreto¹ 

Abstract:

A discharge summary is a clinical report relative to an episode of hospitalization. Its role is to ensure the transition of care between healthcare teams. Writing a discharge summary is a structured exercise of synthesizing relevant information, explaining the reasoning behind decisions and communicating the healthcare plan. A discharge summary is an opportunity to look at the patient's situation as a whole and to update the priorities of their individual care plan. The Government determined a set of minimum mandatory information to normalize discharge summaries. This instrument is useful, but it does not replace the clinical report itself, which is a highly personalized document, impossible to parameterize. To ensure that a free field text is not structurally fragile, it is necessary to adopt a recording system that allows dealing with complex systems, such as problem-oriented medical records. In practical terms, a guide for writing problem-oriented discharge notes is proposed.

Keywords: Electronic Health Records; Medical Records, Problem-Oriented; Patient Discharge; Patient Discharge Summaries; Transitional Care.

Resumo:

A nota de alta é um relatório clínico relativo a um episódio de internamento. A sua função é assegurar a transição de cuidados entre equipas de saúde. Escrever uma nota de alta é um exercício estruturado de síntese da informação relevante, explanação dos raciocínios e identificação das decisões e do plano. Uma nota de alta é uma oportunidade para se fazer um ponto de situação sobre o doente como um todo e para actualizar as prioridades do seu plano individual de cuidados. O Governo determinou um conjunto de informações mínimas obrigatórias para normalização da nota de alta. Este instrumento tem utilidade, mas não substitui o relatório clínico em si, que é um documento altamente personalizado e impossível de parametrizar. Para que um texto em campo livre não seja estruturalmente frágil, é necessário adoptar um sistema de registo que permita lidar com sistemas complexos, como o registo médico orientado por problemas. É apresentada, em termos

práticos, uma proposta de guia para a escrita de notas de alta orientadas por problemas.

Palavras-chave: Alta do Doente; Notas de Alta; Registo Electrónicos de Saúde; Registos Médicos Orientados por Problemas; Transição de Cuidados.

Introdução

A nota de alta é um relatório clínico relativo a um episódio de internamento. Tem carácter obrigatório e o seu conteúdo prevalece sobre a informação contida nos restantes documentos do processo clínico.¹ A sua função é assegurar a transição de cuidados entre a equipa responsável pelo internamento e a equipa que vai dar continuidade a esses cuidados. Esta, por sua vez, pode corresponder apenas ao Médico de Família ou pode dizer respeito aos médicos hospitalares que sigam o doente na consulta externa, assim como a outros médicos envolvidos nesse seguimento (unidades de cuidados continuados, estruturas residenciais para idosos, entre outros). O doente, sendo obviamente parte interessada, não é o destinatário da nota de alta – a informação relevante deve ser-lhe transmitida no momento da alta, mas o relatório destina-se a outros profissionais. Estas afirmações parecem demasiado evidentes para ser necessário enunciá-las, mas é importante desde já entrar em detalhe nalguns dos conceitos aqui contidos.

1) EQUIPA RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DO DOENTE

O conceito de cuidados centrados no doente significa que o doente contacta com diversos pontos do sistema de saúde que estão integrados, ou seja, que há um conhecimento integral dos dados clínicos do doente (idealmente sob a forma de uma lista de problemas em permanente actualização, como veremos adiante), e também um plano individual de cuidados, que são do conhecimento de todos os profissionais. Num sistema ideal, todas as equipas do sistema de saúde comunicam eficazmente entre si e partilham os objectivos contidos no plano individual de cuidados, ou seja, são parceiros na gestão do doente. Neste sentido, os episódios (consultas, internamentos, idas ao SU) implicam uma transição de cuidados em “cada sentido” e uma integração, no conjunto dos problemas do doente, do problema abordado em cada episódio. No internamento hospitalar, a Medicina Interna presta cuidados integrados; o seu âmbito de actuação é a globalidade do doente,

¹Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, ULS de Matosinhos, Matosinhos, Portugal;

<https://doi.org/10.2495/rspmi.2704>

mesmo num internamento por um problema agudo específico. Logo, a definição do plano de cuidados para cada doente tem de ter em conta o plano já definido nos cuidados de saúde primários. No momento da alta, tem de ser feita uma conciliação entre estes planos – o plano individual integrado de cuidados.²

2) TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

A transição de cuidados é a passagem eficaz de informação clínica entre equipas sempre que o doente se “desloca” entre elas. São exemplos comuns: quando um doente é internado; quando tem alta do internamento; quando é referenciado a uma consulta ou quando tem alta da mesma; quando é transferido entre serviços, entre hospitais ou entre um hospital e uma unidade de cuidados continuados; quando é enviado ao serviço de urgência (SU) e quando tem alta do mesmo; até, numa experiência canadiana, entre farmacêuticos hospitalares e comunitários no momento da alta hospitalar.³ Nos EUA, no ano 2000, houve mais de 400 consultas, 300 episódios de SU e 200 internamentos por cada 1000 pessoas com mais de 65 anos.⁴ Cada uma destas transições representa riscos potenciais, nomeadamente erros de medicação, falhas na comunicação do plano (ao doente e aos colegas) e mesmo perdas de seguimento.

3) RELATÓRIO CLÍNICO

A medicina clínica é uma actividade de base científica, mas com uma elevada dose de imprecisão e de incerteza. A maior parte das vezes, não lidamos directamente com a dimensão científica dos problemas, mas com a sua expressão simbólica (a semiologia). Mesmo quando nos aproximamos mais dos mecanismos moleculares, o sistema biológico humano é de tal maneira complexo que raramente é possível ter uma leitura exacta de todas as interacções entre as suas partes. E mesmo quando validamos matrizes de interpretação e algoritmos terapêuticos baseados na evidência, fazêmo-lo à custa de uma simplificação para “doentes médios”, de tal forma que é frequente não sermos depois capazes de aplicar as regras gerais assim definidas ao nosso doente individual. Esta declinação contemporânea do aforismo de Osler (*medicine is a science of uncertainty and an art of probability*⁵) serve para lembrar a razão pela qual é indispensável cuidarmos dos nossos registos enquanto instrumento de rigor científico.⁶ Se o não fizermos, corremos o risco de estar a praticar pouco mais do que um jogo de fantasia. Para lidar com sistemas complexos, precisamos de um sistema de raciocínio, de registo e de trabalho orientado por problemas.^{6,7} Retomaremos este assunto.

Um relatório não deve ser um somatório de registos do internamento nem um repositório de tudo o que se passou no hospital. Deve, sim, ser um exercício estruturado de síntese da informação relevante, explanação dos raciocínios e identificação das decisões e do plano. De seguida, debruçar-me-ei sobre o que penso que devem ser o conteúdo e a forma deste relatório.

O CONTEÚDO DA NOTA DE ALTA

1) A INFORMAÇÃO MÍNIMA ESSENCIAL

A nota de alta deve conter um conjunto mínimo de informações essenciais. Vários estudos que auditaram retrospectivamente o conteúdo de notas de alta mostraram que é muito frequente haver falhas de informação relevantes.⁸⁻¹⁵ Algumas das informações identificadas como estando em falta foram: estado clínico à data de alta; informação sobre exames de diagnóstico com resultado pendente; terapêutica proposta; destino de alta e combinações de seguimento; identificação do médico responsável; referência às informações dadas ao doente; sugestões para o médico de família.

Para assegurar que as informações tidas como essenciais não falham, é útil a criação de um documento parametrizado. Alguns estudos identificam a estruturação das notas de alta como um factor de qualidade.¹⁵⁻²⁴ Segundo a Joint Commission International, a nota de alta deve conter pelo menos: motivo de admissão; diagnósticos e comorbilidades; achados clínicos relevantes no internamento; procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados; medicações importantes instituídas; estado do doente à data da alta; e instruções relativas ao seguimento.^{1,9} Alguns artigos apresentam propostas adicionais de informação a incluir,^{4,16-19} de que destacamos as seguintes, por nos parecerem especialmente relevantes: plano de cuidados comum entre a equipa que envia e a que recebe o doente; preferências e objectivos do doente (incluindo directivas antecipadas de vontade, quando existentes); lista de problemas actualizada; estado físico e cognitivo basal; contactos dos médicos; preparação do doente e do cuidador para o que é esperado no local para onde é “transferido”; reconciliação terapêutica relativamente à prescrita antes do episódio; plano de seguimento; discussão explícita sobre sinais de alarme e sobre o modo de contactar a equipa se necessário.⁴

A Secretaria de Estado da Saúde, através do Despacho nº2784/2013, DR 2ª série, nº 36, de 20 de Fevereiro de 2013,²⁰ determinou um conjunto de campos obrigatórios para preenchimento na nota de alta, de forma a normalizar o documento no Serviço Nacional de Saúde. Foram incluídos os seguintes itens: Identificação do doente, datas de admissão e alta clínica e administrativa, nome do médico e do enfermeiro responsáveis pela alta, nome do médico de família, destino do doente, causa de admissão, breve descrição do episódio de internamento, terapêutica realizada, plano de continuidade de cuidados pós-alta, lista dos diagnósticos (ICD 10), lista dos procedimentos médicos ou cirúrgicos e seus códigos, menção da existência de dispositivos implantáveis e seu código do Infarmed, alergias, infecções nosocomiais, recurso a ventilação mecânica ou outras técnicas invasivas. Daqui, resultou a estruturação por campos que temos no sistema informático dos nossos hospitais (SClinico®), e que se apresenta na Tabela 1. Alguns destes campos são de preenchimento automático e são codificados, o que melhora a interoperabilidade entre sistemas.

Tabela 1: Estrutura parametrizada da nota de alta no SClínico®.

Causa de admissão
História clínica
Antecedentes pessoais e familiares
Últimas prescrições
Terapêutica no ambulatório
Diários
Terapêutica efectuada
Recurso a ventilação
Existência de infecção
Evolução no internamento
Alergias
Focos e diagnósticos de enfermagem activos
Intervenções de enfermagem activas
Atitudes terapêuticas activas
Meios complementares de diagnóstico efectuados
Intervenções cirúrgicas
Dispositivos implantáveis
Cuidados respiratórios domiciliários
Diagnósticos médicos
Proposta de monitorização e tratamento
Orientação
Meios complementares de diagnóstico marcados
Dados da alta do internamento

À semelhança do que se passou em Portugal, também o Royal College of Physicians definiu um modelo estruturado de nota de alta para o NHS.²¹ O documento tem 11 páginas. Por mais que se pretenda predefinir o conteúdo da nota de alta, nada pode pôr em causa a sua legibilidade, sob pena de se perder qualquer capacidade de comunicar. Num estudo, a percepção de qualidade da nota de alta reduzia significativamente quando o documento ultrapassava as 2 páginas.^{22,23} Um serviço de Psiquiatria português adoptou um modelo que não ultrapassa uma página, por considerar que os colegas que vão receber o relatório não terão tempo para ler mais.²⁴ Em suma, o relatório deve ser breve. Não deve demorar mais de poucos minutos a ler e perceber os detalhes importantes do internamento. Conseguir sintetizar com eficácia e qualidade é uma tarefa muito difícil, uma capacidade que demora a adquirir e para a qual em geral não existe treino dirigido.^{25,26}

2) O RELATÓRIO CLÍNICO

A homogeneização nacional de um conjunto de informações que se definiu como indispensável é importante e pode até produzir uma fonte de dados inestimável para a codificação clínica. No entanto, essa estrutura não substitui o relatório clínico em si, que é um documento altamente personalizado e muito difícil de parametrizar de forma universal.

Um dos problemas apontados às notas de alta é que apresentam sobretudo informação factual, frequentemente não interpretada, estando ausentes raciocínios que integrem essa informação factual.²⁸ Os raciocínios, as dúvidas, a explicação das decisões e a definição do plano para cada problema devem estar sempre presentes. Nos sistemas informáticos, esta componente foi deixada em texto livre. Essa parte do documento é que é o cerne do trabalho clínico da nota de alta. É a parte difícil, sobre a qual precisamos de reflectir.

Se os diários clínicos do internamento contiverem raciocínios, um instrumento de inteligência artificial poderá ser capaz de juntar essa informação de forma coerente e ajudar na construção da nota de alta. No entanto, por mais que nos aproximemos dessa possibilidade, é importante que este exercício continue a ser um acto humano. Os registos clínicos, para além da sua função documental, têm uma função pedagógica. Ensinam os jovens médicos a pensar, porque exigem-lhes que consigam encontrar um equilíbrio entre completude, clareza e brevidade.²⁸

A informação contida no relatório clínico deve primordialmente ser a relacionada com o internamento de agudos. No entanto, o internamento é uma oportunidade para se fazer um ponto de situação global e para rever o plano de cuidados relativo aos principais problemas do doente. Como organizar esta informação num documento que não seja apenas um formulário parametrizado mas que também não se estenda numa narrativa demasiado prolixa?

A FORMA DO RELATÓRIO CLÍNICO

1) O REGISTO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS

Na era da informatização dos registos de saúde, defender um texto em campo livre pode parecer anacrónico e contraintuitivo. O facto de um texto estar em campo livre aumenta o risco de fragilidade estrutural do mesmo. Para que isto não aconteça, é necessário definir uma matriz estrutural para a informação clínica. É também necessário adoptar um sistema de registo que permita lidar com sistemas complexos, como é o caso dos doentes mais típicos da Medicina Interna: doentes com multimorbilidade; doentes com doenças sistémicas; ou doentes com apresentações clínicas complexas. O instrumento que melhor responde a estas duas necessidades é o registo médico orientado por problemas (RMOP).^{6,7,29} Trata-se, como escreveu Lawrence Weed, de combinar as tarefas de clarificar problemas individuais e integrar múltiplos problemas; a conjugação dessas

tarefas é facilitada por um registo que seja estruturado em torno de uma lista de problemas completa.⁶

O RMOP pressupõe que inicialmente tenha sido obtida uma base de dados clínica (história clínica completa e exame físico feitos no início do internamento – a Nota de Entrada). A partir dessa base de dados, é elaborada uma lista hierarquizada de problemas, em que cada problema se encontra na forma mais elaborada possível. A lista de problemas pode conter problemas activos e passivos, mas deve conter todos os problemas do doente. Durante o internamento, são feitos registos de evolução (diários) sob o formato SOAP (Subjetivo, Objectivo, Avaliação e Plano), em que é registado um SOAP para cada problema ou para cada pequeno conjunto de problemas relacionáveis. A lista de problemas é dinâmica e vai-se transformando à medida que avança a nossa compreensão da situação clínica do doente.

Em qualquer momento, pode ser emitido um relatório, que não é mais do que o desenvolvimento da lista de problemas completa e actualizada. No momento da alta, alguns problemas podem ser “provisórios”, fragmentários e não corresponder a um diagnóstico, mas sim a um dado clínico ainda mal compreendido. Nesses casos, o relatório deve reflectir as dúvidas actuais e as investigações em curso, assim como um plano de investigação e terapêutica actual e de contingência.⁷

2) SEQUÊNCIA DO RELATÓRIO CLÍNICO POR PROBLEMAS

Como já foi antes dito, devemos ser concisos. No momento da alta, não tem qualquer interesse recapitular todo o percurso da investigação,²⁹ e mesmo os detalhes da história clínica inicial perderam em boa parte a sua importância se já nos tiverem levado ao diagnóstico. Apenas se persistirem dúvidas quanto ao diagnóstico se pode justificar dar detalhes da clínica ou de resultados de exames de diagnóstico.

Podemos começar o relatório com um parágrafo de enquadramento telegráfico do doente.

Exemplo:

O Sr. José, de 75 anos, com DPOC sob oxigenoterapia de longa duração e com cardiopatia isquémica, esteve internado entre os dias X e Y, com identificação dos seguintes problemas:

Depois, problema a problema, começando pelos mais relacionados com o internamento, sintetizamos a informação mais relevante. Alguma dessa informação é de natureza variável conforme o problema em causa (ex: estadiamento de doenças crónicas, atingimento de órgãos-alvo na diabetes, isolamento de microrganismos em infecções (incluindo microrganismos problema), antibióticos utilizados, transfusões, scores de prognóstico específicos, entre outras). Outra informação é sempre relevante no que diz respeito aos problemas agudos do internamento (terapêuticas efectuadas, resposta às mesmas, evolução clínica, estado clínico à alta e restante plano de tratamento e vigilância).

Para os problemas ainda não esclarecidos, deve ser feita uma descrição clínica mais detalhada, incluindo os resultados de exames de diagnóstico (não a cópia integral dos relatórios, mas apenas a informação relevante seleccionada) e devem ser expressas as dúvidas, as hipóteses interpretativas já consideradas e o plano de actuação, que pode incluir sugestões para seguimento nos cuidados de saúde primários ou em alguma consulta.

Para os problemas relacionados com doenças que não tenham tido tanta relevância no internamento, deve ser dada informação mínima essencial. O exemplo típico são as doenças crónicas, em que importa mencionar a terapêutica habitual, o estado do controlo da doença e o seu estadiamento, quando é o caso.

Os problemas passivos ou “menos activos” podem ser apenas nomeados no fim do relatório, com a indicação de que não careceram de intervenções naquele internamento.

É sempre importante referir o estado do doente no momento da alta. Os estados cognitivo e funcional podem ser enquadráveis em algum dos problemas já descritos, mas se assim não tiver sido deve encontrar-se um local onde o fazer. O estado clínico deve ser descrito no texto subordinado ao problema a que se refere (ex: gasimetria à alta, estado volémico no momento da alta, valor de hemoglobina).

No final do relatório, deve ser explanada a reconciliação terapêutica. A razão de ser das decisões já deve ter sido explicada acima, e aqui resta resumir e unificar os dados relativos à prescrição. É útil organizar a informação segundo os qualificativos “Mantém”, “Suspende”, “Altera” e “Inicia”, listando abaixo todos os fármacos com a sua nova posologia e, quando for caso disso, também a prévia (ex: furosemida – passa de 40 mg qd para 40 mg bid). Para clarificação do doente, é muito importante que seja fornecida à parte uma tabela com a identificação dos fármacos, dosagem, horário (com referencial do ciclo do dia – acordar, refeições, deitar) e duração do tratamento. Esta tabela deve ser entregue em mão e explicada ao doente até não persistirem dúvidas.

Em cada problema, devem já ter sido registados os sinais de alerta e como agir perante os mesmos, mas devem também ser registados em algum local os nomes dos médicos da equipa e os seus contactos profissionais.²⁹

Há autores que defendem a utilização de uma estrutura SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) como forma estruturada de passagem de informação. Esta estrutura é muito usada nas passagens de doentes em vários contextos, nomeadamente de doentes críticos. O SBAR pode ser encarado como uma espécie de “SOAP em momento de *handover*”; ou seja, é visto como um instrumento cognitivo vocacionado para a comunicação, e não tanto para o diagnóstico.²⁸ Para quem não tiver experiência com RMOP e sentir necessidade de utilizar uma matriz para organizar a informação sob cada problema, pode ser interessante começar por socorrer-se desta estrutura.

Experimentemos um exemplo.

#1 *Pielonefrite aguda a E. coli*

S: *A doente recorreu ao SU por lombalgia esquerda e febre com 2 dias de evolução.*

B: *Trata-se de uma doente com internamento recente por diverticulite, tratada com antibioterapia (ceftriaxone), e que esteve algaliada até 2 semanas antes deste episódio.*

A: *À observação, estava febril, hemodinamicamente bem, com abdómen inocente e Murphy renal positivo. A urina mostrava leuconitritúria e a TC abdominal foi normal. Não tinha disfunções. Iniciou Piperacilina + Tazobactam e evoluiu favoravelmente. Identificada E. coli multi-sensível, pelo que se desescalou o antibiótico para cefuroxima oral. No momento da alta, apirética e com parâmetros inflamatórios decrescentes, ao 4º dia de tratamento.*

R: *Deve completar 7 dias de antibiótico (cefuroxima 500 mg bid mais 3 dias). Deve ser reavaliada no espaço de 1 semana no médico de família. Em caso de recidiva da febre, deve repetir urocultura. Se a febre for persistente ou se associar a dor intensa ou vómitos persistentes, deve recorrer a cuidados médicos de imediato.*

3) OUTRAS INFORMAÇÕES

Havendo parametrização para assegurar que as informações mínimas essenciais não falham, em princípio o relatório como descrito acima será suficiente. No entanto, deixam-se alguns comentários relativamente a mais alguns aspectos:

- É muito importante que os sistemas informáticos permitam a inserção automática do máximo número de dados de preenchimento obrigatório, como sejam a identificação do doente e do médico de família, as datas de entrada e de saída e as datas de consultas subsequentes.
- Os serviços e os médicos que constituem a equipa assistencial (desejavelmente multidisciplinar) devem fazer parte da nota de alta e devem ser definidos caso a caso.
- Num documento tão curto quanto a nota de alta deve ser, não deve haver repetições de nenhuma espécie.
- Devem evitar-se abreviaturas, sobretudo se não forem consagradas pelo uso.
- Os diagnósticos finais devem idealmente ser inseridos com o seu código, mas se isso não for possível, por exemplo por falta de tempo, devem ser inseridos em texto livre no final do relatório clínico.
- A orientação do doente, nomeadamente para consultas hospitalares, deve ser sempre inserida, seja no campo predefinido, seja em texto livre. Se a referência for “apenas” para o médico de família, isso deve ser referido.
- Pode ser útil, em algumas situações, acrescentar uma secção sobre “o que evitar” ou “o que não fazer”. Esta secção pode incluir referência a alergias, hábitos alimentares ou outros hábitos desaconselhados, terapêuticas contraindicadas ou outro tipo de alertas, que podem ser dirigidos ao doente, a outros médicos ou a ambos.

- Por fim, pode ter interesse identificar os interlocutores próximos do doente (cônjuges, descendentes, cuidadores informais, amigos) que tenham acompanhado com proximidade o doente e o seu episódio de internamento. Em todos os casos de pessoas com algum nível de dependência, deve aqui ser mencionado quem é o cuidador de referência e o seu contacto.

Conclusão

Quando recebemos um doente que esteve internado, esperamos da equipa responsável pelo internamento que tenha feito uma análise aprofundada sobre o mesmo e que nos deixe ficar um documento que relate sumariamente o que se passou e que explique o que foi pensado, que dúvidas persistem e qual é o plano. Se em vez disso recebemos um documento de várias páginas, desorganizado, que inclui a cópia literal da nota de entrada e dos relatórios dos exames de imagem, onde não conseguimos encontrar raciocínios nem decisões nem o plano de seguimento, sentimo-nos defraudados. Para além disso, uma nota de alta com essas características não assegura a transição de cuidados, não comunica com ninguém, coloca o doente em risco e obriga-nos a fazer todo esse trabalho de aprofundamento sem termos conhecido o doente antes. Pior ainda, isto acontece em ambiente de urgência, onde o tempo é escasso, ou numa consulta de 20 a 40 minutos, metade dos quais vão ser consumidos com esta actividade.

Uma nota de alta é uma oportunidade para se fazer um ponto de situação sobre o doente como um todo e para actualizar as prioridades do seu plano individual de cuidados. É também uma das mais preciosas oportunidades de desenvolvimento de competências clínicas. Elaborar e escrever boas notas de alta deve ser cultivado nos serviços, a bem dos doentes, a bem da qualidade clínica e a bem da formação médica. O RMOP é um instrumento de enorme utilidade como suporte ao raciocínio e ao trabalho clínico, em particular com doentes complexos.

Acknowledgements / Agradecimentos

Agradeço ao Dr. João Sá, ao Dr. Rui Môço e à Dra. Mafalda Santos a sua excelente revisão deste artigo e as sugestões com que me ajudaram a melhorá-lo.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The author have no conflicts of interest to declare.
 Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.
 Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse.
 Apoio Financeiro: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

Proveniência e Revisão por Pares: Não solicitado; revisão externa por pares.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

Corresponding Author / Autor Correspondente:

J. Vasco Barreto - vasco.barreto@ulsm.min-saude.pt

Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, ULS de Matosinhos, R. de Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Sra. da Hora, Matosinhos, Portugal

Received / Recebido: 2025/02/06

Accepted / Aceite: 2025/04/01

Published ahead of print / Publicado em ahead of print: 2025/00/00

REFERÊNCIAS

- Oliveira PJ. A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Lisboa: ISCTE; 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/11651>
- Carneiro R, Simões C, Carneiro AH. Plano Individual e Integrado de Cuidados Como Objetivo da Relação Clínica. *Med Interna*. 2019;18:147-52. doi: 10.24950/rspmi/PV/284/18/2/2019.
- Guilcher SJ, Fernandes O, Luke MJ, Wong G, Lui P, Cameron K, et al. A developmental evaluation of an intraprofessional Pharmacy Communication Partnership (PROMPT) to improve transitions in care from hospital to community: A mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:99. doi: 10.1186/s12913-020-4909-0.
- Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:549-55. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x.
- Bean WB. *Sir William Osler: Aphorisms from His Bedside Teachings and Writings*. New York: Henry Schuman, Inc; 1950.
- Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278:593-600. doi: 10.1056/NEJM196803142781105.
- Barreto JV, Paiva P. 2008. O registo clínico orientado por problemas. *Med Interna*. 2008;15:201-6.
- Varela A, Rola J. Nota de alta hospitalar--que informação clínica para o médico de família. *Acta Méd Port*. 2000;13:81-4. doi: 10.20344/amp.1777.
- Kind AJ, Smith MA. Documentation of Mandated Discharge Summary Components in Transitions from Acute to Subacute Care. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Correia C, Rodrigues L, Lopes L, Nunes L, Neves C, Almeida J, et al. Avaliação do desempenho médico através da qualidade do registo dos processos clínicos. *Med Interna*. 1995;2:7-12.
- Barata C, Azevedo F. Qualidade do processo clínico – estudo comparativo 2004-2005. *Med Interna*. 2011;18:4-10.
- Reid DB, Parsons SR, Gill SD, Hughes AJ. Discharge communication from inpatient care: an audit of written medical discharge summary procedure against the new National Health Service Standard for clinical handover. *Aust Health Rev*. 2015;39:197-201. doi: 10.1071/AH14095.
- Tulloch AJ, Fowler GH, McMullan JJ, Spence JM. Hospital discharge reports: content and design. *Br Med J*. 1975;4:443-6. doi: 10.1136/bmj.4.5994.443.
- Bado W, Williams CJ. Usefulness of letters from hospitals to general practitioners. *Br Med J*. 1984;288:1813-4. doi: 10.1136/bmj.288.6433.1813.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41. doi: 10.1001/jama.297.8.831.
- Kamalodeen S. How to Write a Discharge Summary. [accessed feb 2018] Available at: geekymedics.com/how-to-write-a-discharge-summary.
- Waddell AE, Yue Y, Comrie R, Wong BM, Kurdyak PA. Effects of the Implementation of a Patient-Oriented Discharge Summary (PODS) on Pre- and Postdischarge Outcomes. *Psychiatr Serv*. 2023;74:1204-7. doi: 10.1176/appi.ps.20220309.
- Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC Geriatr*. 2010;10:69. doi: 10.1186/1471-2318-10-69.
- Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. *J R Coll Physicians Lond*. 1995;29:307-10.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Despacho n.º 2784/2013, de 20 de fevereiro, Diário da República n.º 36/2013, Série II de 2013-02-20, páginas 6908 – 6909
- Stopford E, Spencer N. How to Write a Discharge Summary. *BMJ*. 2015; 351. doi: 10.1136/sbmj.h2696.
- van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual*. 1999;14:160-9. doi: 10.1177/106286069901400403.
- Chow KM, Szeto CC. Secular trends in the medical discharge summary in an acute medical hospital. *Postgrad Med J*. 2006;82:615-8. doi: 10.1136/pgmj.2006.046789.
- Gama Marques J. Como Escrever Notas de Alta e Cartas de Referência? Uma Perspetiva Simples mas Efetiva. *Acta Méd Port*. 2018;31:189-90. /doi:10.20344/amp.10304.
- Dodd K. Transitions of care - how to write a "good" discharge summary. Boston: Boston Medical Center. Inpatient Times; 2007.
- Adams G, Alsentzer E, Ketenci M, Zucker J, Elhadad N. What's in a Summary? Laying the Groundwork for Advances in Hospital-Course Summarization. *Proc Conf*. 2021;2021:4794-811. doi: 10.18653/v1/2021.naacl-main.382.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS. Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. [consultado 02-09-2019] Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Norma-t%C3%A9cnica-para-disponibiliza%C3%A7%C3%A3o-de-notas-de-alta-estruturadas-no-RSE-a-partir-dos-sistemas-hospitalares-de-registo-cl%C3%A9nico.pdf>
- Lenert LA, Sakaguchi FH, Weir CR. Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. *Acad Med*. 2014;89:393-8. doi: 10.1097/ACM.000000000000145.
- Araújo Correia J, Barteto JV. Registo e raciocínio clínico / João Araújo Correia, J. Vasco Barreto. Lisboa : Lidel; 2018 [consultado fev 20204] Disponível em: <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2020661>