



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO



Publicado em: 26/12/2017 | Edição: 246 | Seção: 1 | Página: 881-882

Orgão: Comissão Intergestores Tripartite

RESOLUÇÃO Nº 33, DE 26 DE OUTUBRO DE 2017

ANEXO A

Institui os modelos de informação do Sumário de Alta e do Registro de Atendimento Clínico.

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso I do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e tendo em vista o disposto no inciso I do art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, resolve:

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 8.789, de 29 de junho de 2016, que dispõe sobre o compartilhamento de bases de dados na administração pública federal;

Considerando a Portaria nº 2.073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar;

Considerando a Resolução nº 05/CIT, de 25 de agosto de 2016, que institui o Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde;

Considerando a necessidade de garantir a troca da informação assistencial entre os diversos pontos de atenção à saúde, por meio de modelos clínicos capazes de garantir a continuidade do cuidado durante toda a vida do cidadão, apoiar os profissionais de saúde para uma assistência mais resolutiva e segura, disponibilizar ao paciente informações sobre seu estado de saúde enquanto protagonista do seu cuidado, e garantir informações de qualidade para a tomada de decisão em saúde;

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 26 de outubro de 2017, resolve:

Art. 1º Ficam instituídos os seguintes documentos clínicos: Sumário de Alta e Registro de Atendimento Clínico. Os conteúdos e as estruturas das informações que compõem os referidos documentos clínicos estão descritos nos modelos de informação constantes nos anexos desta resolução.

§ 1º Sumário de Alta é o relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do indivíduo ao final de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde - Anexo A.

§ 2º Registro de Atendimento Clínico é o registro de dados essenciais de uma consulta realizada a um indivíduo no âmbito da atenção básica, especializada ou domiciliar (atendimento diário) - Anexo B.

Art. 2º Os documentos clínicos, definidos no Art. 1º, compõem o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integram o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS).

Art. 3º Fica definido que esta norma é de adoção obrigatória em todo o sistema de saúde do País, abrangendo as pessoas físicas ou jurídicas que realizem atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada.

Art. 4º Os documentos clínicos dispostos nesta resolução serão compartilhados entre sistemas de prontuários eletrônicos e o barramento de RES Nacional, o qual será objeto de definição futura.

Modelo de Informação

Sumário de Alta

Introdução

O instrumento utilizado pelos profissionais da área da saúde que pode garantir o armazenamento das

informações registradas durante um atendimento é o prontuário do indivíduo. Este é composto por narrativas clínicas, sendo cada uma direcionada ao registro de eventos realizados a partir da condição de saúde dos indivíduos, diante os aspectos físicos, mentais e sociais.

Uma das narrativas clínicas importantes que compõem o prontuário é o sumário de alta, documento essencial para a continuidade do cuidado do indivíduo. O sumário de alta apresenta o conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do indivíduo em um atendimento, como evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas e diagnósticas, condutas adotadas e iniciadas para seguimento em clínica ou outro estabelecimento de assistência à saúde, e principalmente no final de sua permanência. A troca das informações essenciais referente ao período de permanência do indivíduo em um estabelecimento de saúde garante sua segurança na continuidade do tratamento.

O conjunto de dados ou conteúdo apresentado no sumário deve ser conciso, preciso e adequado para a comunicação entre profissionais de saúde, indivíduos e seus familiares ou representantes legais. Quando as informações são apresentadas de uma forma estruturada e organizada há uma garantia de que os registros sejam apresentados de forma objetiva para compreensão do profissional.

A Joint Commission International (JCI) ressalta que o sumário também pode ser preenchido de acordo com o formulário específico de cada instituição, podendo ser manual ou eletrônico, devendo ser preenchido completamente antes da alta do indivíduo ou de sua saída da instituição hospitalar; quando deve ser entregue a este indivíduo, representante ou responsáveis legais.

1Objetivo

Estabelecer a estrutura do modelo de informação do Sumário de Alta, no intuito de estabelecer consenso nacional sobre os dados indispensáveis à continuidade do cuidado pós alta do indivíduo.

.1Objetivos específicos

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informação em saúde, apoiando a comunicação entre os diversos níveis de atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do indivíduo;

Contribuir para reduzir o número de intervenções evitáveis;

Facilitar a coleta, agregação, tratamento e análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

2Escopo

Este documento se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do indivíduo, incluindo:

a)Estabelecimentos de saúde em processo de planejamento, implementação ou atualização de sistemas de informação de saúde;

b)Desenvolvedores de sistemas de informação de saúde;

c)Administradores, gerentes e formuladores de políticas de saúde;

d)Profissionais de saúde;

e)Profissionais de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC); e

f)Indivíduos em geral.

3Termos, definições e abreviaturas

.2Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições.

Alergia ou hipersensibilidade

Reatividade alterada a um antígeno pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.

Alta de internação

Procedimento administrativo de saída de um indivíduo de uma instituição de saúde; inclui altas hospitalares e em centros de saúde.

Cartão Nacional de Saúde

Número de identificação do usuário do SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação em âmbito nacional.

Concentração do medicamento

Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, capsula, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó liofilizado para

injetável e supositórios) a concentração é expressa por unidade de peso (mg, g, etc). Nas formas líquidas ou semissólidas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou percentual.

Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

Base de dados padronizada de natureza administrativa, clínica e demográfica que contém um núcleo mínimo de informações referentes a cada contato assistencial, servindo de subsídio para gestão, planejamento e avaliação da rede assistencial e serviços de saúde, bem como para investigação epidemiológica e clínica. É um componente de informação essencial para a gestão da rede de atenção à saúde, programação das ações de serviços de saúde e planejamento em saúde, nos três níveis de gestão, proporcionando uma base de informações assistenciais válida, confiável, comparável e oportuna.

Criticidade da alergia ou reação adversa

Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou consequência de ameaça à vida.

Alta - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe contraindicação ABSOLUTA de uso futuro da substância.

Baixa - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado baixo. Existe contraindicação RELATIVA de uso futuro da substância.

Indeterminada - não foi possível avaliar com a informação disponível.

Diagnóstico

Determinação da natureza de uma doença ou estado, ou a diferenciação entre elas. A avaliação pode ser feita através de exame físico, exames laboratoriais, ou similares.

Diagnóstico principal

É a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela demanda do contato assistencial. O diagnóstico principal reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo, portanto, ser diferente do diagnóstico de admissão.

Efeitos adversos

Reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações para os quais são usados.

Estabelecimento de saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Internação hospitalar

Admissão de um indivíduo para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Identificador único do objeto

Uma cadeia de caracteres formada por números e pontos (?.?) conforme ISO/IEC 8824-1 que identifica univocamente o esquema de codificação que o conceito e código se referem.

Local de atendimento

Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.

Modalidade assistencial

Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.

Atenção Básica: atenção à saúde desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, norteadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da interdisciplinaridade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Ambulatorial especializada: atenção à saúde de caráter ambulatorial composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Atenção Hospitalar: atenção à saúde prestada a um indivíduo por razões clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas que demandem a ocupação de um leito de internação por um período igual ou superior a 24 horas.

Atenção Intermediária: atenção à saúde intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do indivíduo em um leito por um período inferior a 24 horas.

Atenção Domiciliar: atenção à saúde realizada de forma substitutiva ou complementar a internação

hospitalar ou cuidado ambulatorial por profissionais de saúde no domicílio do indivíduo.

Atenção Psicossocial: atenção à saúde por meio de cuidados ambulatoriais de caráter territorial e comunitário que visa à substituição do modelo asilar manicomial, que possibilitem a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Atenção à Urgência/Emergência: atenção à saúde não programada destinada a indivíduos cuja severidade de seus agravos ou lesões necessitem de atendimento em tempo hábil e oportuno.

Procedência

Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.

Demanda espontânea: indivíduo chega ao serviço de saúde por iniciativa própria ou acompanhado por um responsável, sem encaminhamento formal de outro serviço.

Demanda referenciada: indivíduo encaminhado por outro serviço, seja por insuficiência de tecnologia, insuficiência de capacidade, para continuidade do cuidado ou pela condição de saúde do indivíduo.

Ordem Judicial: indivíduo atendido por força de uma determinação judicial.

Retorno: indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado.

Procedimento em saúde

Atividade sistemática dirigida a, ou realizada em um indivíduo com o objetivo de rastrear, monitorar, prevenir, diagnosticar, tratar a doença ou reabilitar o indivíduo.

Procedimento diagnóstico

Métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.

Procedimento terapêutico

Procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.

Procedimento cirúrgico

Operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.

Profissional de saúde

Indivíduo que atua na prestação direta ou indireta de serviços de saúde.

Prontuário do indivíduo

Documento único elaborado em meio físico ou eletrônico, constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada no âmbito de uma mesma instituição de saúde.

Registro Eletrônico em Saúde

Um ou mais registros virtualmente integrados, relevantes para a saúde, bem-estar e atenção à saúde de um indivíduo, que é armazenado e comunicado de forma segura, acessível por diferentes utilizadores autorizados, representado por um modelo de informações padronizado.

Sumário de alta

Relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do indivíduo ao final de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde como: hospital, clínica, hospital-dia, internação domiciliar e urgência.

Terminologia

Sistematização e representação linguística de um conceito, ou seja, uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características para fornecer um vocabulário sistematizado e controlado. No caso específico da saúde, trata de informações clinicamente relevantes que podem ser usadas durante a entrada de dados para maior precisão que o obtido por texto livre que não pode ser interpretado automaticamente por um sistema.

Unidade de medida da concentração

As unidades de medida das concentrações de medicamentos são expressas pelo menor volume ou peso e devem ser expressas seguindo a nomenclatura das unidades de medidas internacionais.

.3Abreviaturas

CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações

CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Identificador Nacional de Equipe
JCI	Joint Commission International
ISO	International Organization for Standardization
OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

4 Usos

O Sumário de Alta é um documento essencial para:

Apoiar a comunicação das informações do sumário de alta entre os diversos níveis de atenção de modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo e redução de efeitos adversos;

Contribuir para reduzir o número de reinternações evitáveis;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos indivíduos, registros eletrônicos em saúde e outros sistemas que utilizam as informações clínicas como insumos em seus processos de trabalho, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;

Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

Prover aos desenvolvedores a especificação do conjunto de dados, mensagens de interface padronizada para a comunicação da alta, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do sumário de alta;

Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

5 Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Registro de Atendimento Clínico. O método que descreve o modelo é o seguinte:

Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

[0..] - Indica que o elemento é opcional.

[1..] - Indica que o elemento é obrigatório.

[..1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

[..N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Tabela 1 ? Modelo de informação do sumário de alta

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
1	[1..1]	Identificação do indivíduo	
2	[0..1]	Identificação pelo Cartão Nacional de Saúde	
3	[1..1]	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Número CNS
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos	
3	[1..1]	Nome completo	Texto livre
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Texto livre
3	[1..1]	Data de nascimento	ISO 8601
3	[0..1]	Município de Nascimento	IBGE
1	[1..1]	Caracterização do atendimento	
2	[1..1]	Local de atendimento	Texto codificado: Domicílio Instituição/Abrigo
			Unidade prisional ou congêneres Unidade socioeducativa No próprio estabelecimento Outros
2	[0..1]	Estabelecimento de Saúde	Número CNES válido
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado: Ordem Judicial
			Retorno Demanda espontânea Demanda referenciada
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Número INE
2	[1..1]	Caráter da internação	Texto codificado: Eletiva Urgência
2	[1..1]	Data e hora da internação	ISO 8601
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: Atenção Domiciliar Atenção Hospitalar Atenção Intermediária Atenção Psicossocial
			Atenção à Urgência/Emergência
1	[1..1]	Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação	
2	[1..1]	Terminologia que descreve o diagnóstico	Identificador único do objeto
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o diagnóstico	Texto livre
2	[1..N]	Diagnósticos	
3	[1..1]	Diagnóstico	CID CIAP
3	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado: Principal Secundário
3	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado: Sim Não Desconhecido
3	[1..1]	Estado de resolução	Texto Codificado: Resolvido
			Resolvendo Não resolvido Indeterminado
1	[0..1]	Restrições funcionais e incapacidades em saúde	
2	[1..1]	Terminologia que descreve a restrição funcional ou incapacidade	Identificador único do objeto
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve a restrição funcional ou incapacidade	Texto livre
2	[0..N]	Restrições funcionais ou incapacidades	

3	[1..1]	Restrição funcional ou incapacidade	CIAP
3	[1..1]	Status da restrição funcional ou incapacidade	Texto codificado: Ativo Inativo
1	[1..1]	Procedimento (s) realizado (s) ou solicitado (s)	
2	[1..1]	Terminologia que descreve o procedimento	Identificador único do objeto
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento	Texto livre
2	[1..N]	Procedimentos	
3	[1..1]	Procedimento	SIGATP CBHPM TUSS
3	[1..1]	Status do procedimento	Texto codificado: Concluído Suspenso Solicitado
3	[0..1]	Resultado ou observações do procedimento	Texto livre
1	[1..1]	Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação	
2	[1..1]	Descrição da evolução clínica do indivíduo durante a internação	Texto livre
1	[0..1]	Alergias e/ou reações adversas na internação	
2	[1..N]	Alergia e/ou reação adversa	
3	[1..1]	Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa	Texto codificado: Alimento Medicamento Outro
3	[1..1]	Agente/substância específica	Texto livre
3	[0..1]	Manifestação	Texto livre
3	[0..1]	Grau de certeza	Texto codificado: Confirmado
			Resolvido Refutado Suspeito
3	[0..1]	Criticidade	Texto codificado: Alta Baixa Indeterminada
3	[0..1]	Data/hora da instalação da reação adversa	ISO 8601
3	[0..1]	Evolução da alergia/reação adversa	Texto livre
1	[1..1]	Prescrição da alta	
2	[0..1]	Lista de medicamentos da alta (estruturada)	
3	[1..1]	Terminologia que descreve o medicamento	Identificador único do objeto
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia de medicamentos	Texto livre
4	[1..N]	Medicamentos	
5	[1..N]	Medicamento (nome do princípio ativo, concentração, unidade de medida e forma farmacêutica)	OBM
5	[1..1]	Quantidade da unidade farmacêutica	ISO 8601
5	[1..1]	Unidade farmacêutica	OBM
5	[1..1]	Frequência de uso do medicamento	ISO 8601
5	[1..1]	Via de administração	OBM
5	[1..1]	Duração de uso do medicamento	ISO 8601
5	[1..1]	Estado do medicamento	Ativo Descontinuado
			Nunca ativo Tratamento completo Substituído
5	[0..1]	Orientação sobre o uso do medicamento	Texto livre
2	[0..1]	Medicamentos prescritos na alta (não estruturado)	
3	[1..1]	Descrição da prescrição	Texto livre

1	[0..1]	Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)	
2	[1..1]	Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações	Texto livre
1	[1..1]	Informações da alta	
2	[1..1]	Data e hora da saída da internação	ISO 8601
2	[1..1]	Desfecho da internação	Texto codificado: Alta clínica Alta voluntária
			Encaminhamento Evasão Óbito
			Ordem Judicial Permanência Retorno Transferência
2	[0..1]	Encaminhamento pós-alta	
3	[0..1]	Tipo de estabelecimento de saúde	CNES
3	[0..1]	Descrição do serviço ou especialidade	Texto livre
2	[0..1]	Profissional responsável pela alta	
3	[1..1]	CNS do profissional	Número CNS
3	[1..1]	Ocupação do profissional responsável pela alta	Número CBO válido
1	[0..N]	Anexos com os Resultados de Exames	
2	[1..1]	Descrição dos anexos	Texto livre
1	[0..1]	Informações Adicionais/Complementares	
2	[1..1]	Descrição das informações	Texto livre

Modelo de Informação

Registro de Atendimento Clínico

Introdução

O registro de atendimento clínico é o registro de dados essenciais de uma consulta realizada a um indivíduo no âmbito da atenção básica, especializada ou domiciliar (atendimento diário). Apresenta informações relacionadas ao acompanhamento do indivíduo como medições, diagnósticos e/ou problemas avaliados, exames, procedimentos, pequenas cirurgias e desfecho.

Essas informações são registradas pelos profissionais de saúde, prioritariamente durante o atendimento, podendo ser usadas por profissionais que continuarão seu tratamento (de modo contínuo ou eventual) ou como fonte de conhecimento para assistência futura, além do uso pelo próprio cidadão em seu registro pessoal de saúde.

O acesso à informação clínica partilhada por uma equipe multidisciplinar de profissionais apoia, também, a prestação de cuidados à distância, levando ao atendimento qualificado e à redução da duplicação de serviços. Estes benefícios são particularmente importantes para os atuais desafios de saúde na gestão do plano de cuidados individualizados.

O registro de atendimento clínico favorece ainda o uso secundário de informações, trazendo benefícios significativos para melhorias na prestação de serviços, uma vez que as informações podem ser utilizadas com a finalidade de planejamento de serviços, possíveis tomadas de decisões, nos processos de auditoria e em pesquisas, promovendo maior eficiência e eficácia dos serviços. Além disso, permite à gestão o monitoramento de serviços, viabilizando a avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Dessa forma, partindo do pressuposto de que os sistemas de informação devem ser progressivamente qualificados, a reestruturação dos sistemas de informação do SUS em busca de um SUS eletrônico tem como horizonte a informatização dos processos de trabalho, garantir fluxo de informações adequado e aperfeiçoar a gestão do cuidado, dos serviços e das Redes de Atenção à Saúde.

1 Objetivo

Estabelecer a especificação do modelo de informação do Registro do Atendimento Clínico e promova a formulação do consenso nacional sobre compartilhamento de informações essenciais entre os provedores de cuidados de saúde

Objetivos específicos

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde apoiando a comunicação entre os diversos níveis de

atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do indivíduo;

Facilitar a agregação e a análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

2 Escopo

Esta resolução estabelece o conjunto de informações que fazem parte do Registro de Atendimento Clínico, documento que visa a comunicar à equipe profissional responsável pela continuidade da assistência ao indivíduo as informações clínicas mais relevantes de um episódio de cuidado.

Este documento provê aos desenvolvedores a especificação do modelo de informação do Registro do Atendimento Clínico e se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do indivíduo, incluindo:

a) Profissionais de saúde (que acompanham regularmente o indivíduo e os que venham a atendê-lo em situações de urgência/emergência ou fora de seu atendimento de rotina);

b) Estabelecimentos de saúde em fase de planejamento e implementação ou melhorias de seus sistemas de informação e saúde, visando a interoperabilidade;

c) Vendedores e desenvolvedores de software;

d) Gestores e realizadores de políticas públicas, especialistas clínicos, gerentes de informática em saúde e equipes de suporte, bem como integradores de sistemas;

e) Usuários dos serviços de saúde e suas entidades representativas;

f) Especialistas responsáveis apenas por algum aspecto específico da saúde do indivíduo, tais como diabetes ou gravidez e,

g) O próprio indivíduo e ou seus responsáveis.

3 Termos, definições e abreviaturas

3.1 Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições.

Alergia ou hipersensibilidade

Reatividade alterada a um antígeno, pode resultar em reações patológicas conseqüentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.

Cartão Nacional de Saúde

Número de identificação do usuário do SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação em âmbito nacional.

Concentração do medicamento

Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, capsula, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó liofilizado para injetável e supositórios) a concentração é expressa por unidade de peso (mg, g, etc). Nas formas líquidas ou semissólidas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou percentual.

Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

Base de dados padronizada de natureza administrativa, clínica e demográfica que contém um núcleo mínimo de informações referentes a cada contato assistencial, servindo de subsídio para gestão, planejamento e avaliação da rede assistencial e serviços de saúde, bem como para investigação epidemiológica e clínica. É um componente de informação essencial para a gestão da rede de atenção à saúde, programação das ações de serviços de saúde e planejamento em saúde, nos três níveis de gestão, proporcionando uma base de informações assistenciais válida, confiável, comparável e oportuna.

Criticidade da alergia ou reação adversa

Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou conseqüência de ameaça à vida.

Alta - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe contra-indicação ABSOLUTA de uso futuro da substância.

Baixa - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado baixo. Existe contra-indicação RELATIVA de uso futuro da substância.

Indeterminada - não foi possível avaliar com a informação disponível.

Diagnóstico

Determinação da natureza de uma doença ou estado, ou a diferenciação entre elas. A avaliação pode ser feita através de exame físico, exames laboratoriais, ou similares.

Diagnóstico principal

É a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo

responsável pela demanda do contato assistencial. O diagnóstico principal reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo, portanto, ser diferente do diagnóstico de admissão.

Efeitos adversos

Reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações para os quais são usados.

Estabelecimento de saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizados as ações e os serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Internação hospitalar

Admissão de um indivíduo para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 h.>d
-H/10<1

Identificador único do objeto

Uma cadeia de caracteres formada por números e pontos (?.?) conforme ISO/IEC 8824-1 que identifica univocamente o esquema de codificação que o conceito e código se referem.

Local de atendimento

Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.

Modalidade assistencial

Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.

Atenção Básica: atenção à saúde desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, norteada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da interdisciplinaridade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Ambulatorial especializada: atenção à saúde de caráter ambulatorial composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Atenção Hospitalar: atenção à saúde prestada a um indivíduo por razões clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas que demandem a ocupação de um leito de internação por um período igual ou superior a 24 horas.

Atenção Intermediária: atenção à saúde intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do indivíduo em um leito por um período inferior a 24 horas.

Atenção Domiciliar: atenção à saúde realizada de forma substitutiva ou complementar a internação hospitalar ou cuidado ambulatorial por profissionais de saúde no domicílio do indivíduo.

Atenção Psicossocial: atenção à saúde por meio de cuidados ambulatoriais de caráter territorial e comunitário que visa à substituição do modelo asilar manicomial, que possibilitem a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Atenção à Urgência/Emergência: atenção à saúde não programada destinada a indivíduos cuja severidade de seus agravos ou lesões necessitem de atendimento em tempo hábil e oportuno.

Ocupação

É a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas.

Procedência

Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.

Demanda espontânea: indivíduo chega ao serviço de saúde por iniciativa própria ou acompanhado por um responsável, sem encaminhamento formal de outro serviço.

Demanda referenciada: indivíduo encaminhado por outro serviço, seja por insuficiência de tecnologia, insuficiência de capacidade, para continuidade do cuidado ou pela condição de saúde do indivíduo.

Ordem Judicial: indivíduo atendido por força de uma determinação judicial.

Retorno: indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado.

Procedimento em saúde

Atividade sistemática dirigida a, ou realizada em um indivíduo com o objetivo de rastrear, monitorar,

prevenir, diagnosticar, tratar a doença ou reabilitar o indivíduo.

Procedimento diagnóstico

Métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.

Procedimento terapêutico

Procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.

Procedimento cirúrgico

Operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.

Profissional de saúde

Indivíduo que atua na prestação direta ou indireta de serviços de saúde.

Prontuário do indivíduo

Documento único elaborado em meio físico ou eletrônico, constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada no âmbito de uma mesma instituição de saúde.

Registro Eletrônico em Saúde

Um ou mais registros virtualmente integrados, relevantes para a saúde, bem-estar e atenção à saúde de um indivíduo, que é armazenado e comunicado de forma segura, acessível por diferentes utilizadores autorizados, representado por um modelo de informações padronizado.

Sumário de alta

Relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do indivíduo ao final de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde como: hospital, clínica, hospital-dia, internação domiciliar e urgência.

Terminologia

Sistematização e representação linguística de um conceito, ou seja, uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características para fornecer um vocabulário sistematizado e controlado. No caso específico da saúde, trata de informações clinicamente relevantes que podem ser usadas durante a entrada de dados para maior precisão que o obtido por texto livre que não pode ser interpretado automaticamente por um sistema.

Unidade de medida da concentração

As unidades de medida das concentrações de medicamentos são expressas pelo menor volume ou peso e devem ser expressas seguindo a nomenclatura das unidades de medidas internacionais.

.2Abreviaturas

CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Identificador Nacional de Equipe
JCI	Joint Commission International
ISO	International Organization for Standardization
OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

4Usos

O Registro de Atendimento Clínico é um documento essencial para:

Apoiar a comunicação das informações de um atendimento clínico entre os diversos níveis de atenção, de

modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo e redução de efeitos adversos;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos indivíduos, registros eletrônicos em saúde e outros sistemas que utilizam as informações clínicas como insumos em seus processos de trabalho, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;

Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

Prover aos desenvolvedores a especificação do conjunto de dados, mensagens de interface padronizada para a comunicação do atendimento clínico, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do registro de atendimento clínico;

Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

5Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Registro de Atendimento Clínico. O método que descreve o modelo é o seguinte:

Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

[0..] - Indica que o elemento é opcional.

[1..] - Indica que o elemento é obrigatório.

[..1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

[..N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Tabela 1 ? Modelo de informação do Registro de Atendimento Clínico

Item/Nível	Ocorrência	Modelo de Informação	Tipo de dados
1	[1..1]	Identificação do indivíduo	
2	[0..1]	Identificação pelo Cartão Nacional de Saúde	
3	[1..1]	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Número do CNS
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos	
3	[1..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos
3	[1..1]	Data de nascimento	ISO 8601
3	[0..1]	Município de Nascimento	IBGE.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento	
2	[1..1]	Local de atendimento	Texto codificado: Unidade móvel Rua Domicílio
			Escola/creche Polo Academia da Saúde Instituição/Abrigo

			Unidade prisional ou congêneres Unidade socioeducativa No próprio estabelecimento Outro.
2	[0..1]	Estabelecimento de Saúde	Número CNES válido
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado: Ordem Judicial Retorno
			Demanda espontânea Demanda Referenciada
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Número INE
2	[1..1]	Data e hora do atendimento	ISO 8601
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: Atenção Básica Ambulatorial
			Especializada Atenção Domiciliar Atenção Psicossocial Atenção à Urgência/Emergência
2	[1..1]	Caráter de atendimento	Texto codificado: Consulta agendada Consulta agendada programada:
			cuidado continuado Demanda espontânea (DE): consulta no dia
			Demanda espontânea (DE): atendimento de urgência
2	[1..1]	Profissionais do atendimento	
3	[1..N]	Profissional	
4	[1..1]	Nome do profissional	Texto livre
4	[1..1]	CNS do profissional	Número do CNS
4	[1..1]	Ocupação do profissional	Número CBO válido
4	[1..1]	É o responsável pelo atendimento?	Texto codificado: Sim Não
1	[0..1]	Motivo do atendimento	
2	[0..N]	Motivo do atendimento estruturado	
3	[1..1]	Terminologia que descreve o motivo do atendimento	Identificador único do objeto
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o motivo do atendimento	Texto livre
3	[1..1]	Código do motivo do atendimento	CIAP
3	[1..1]	Descrição do motivo do atendimento	CIAP
2	[0..1]	Declaração subjetiva do indivíduo para o atendimento	Texto livre
1	[0..1]	Observações	
2	[0..1]	Sinais vitais	
3	[0..1]	Pressão Arterial	
4	[1..1]	Sistólica	ISO 8601
4	[1..1]	Diastólica	ISO 8601
4	[0..1]	Posição do indivíduo na aferição	Texto codificado: Em pé Sentado
			Reclinado Deitado Deitado com inclinação para esquerda
4	[0..1]	Local de aferição	Texto codificado: Braço direito Braço esquerdo

			Coxa direita Coxa esquerda Pulso direito Pulso esquerdo
			Tornozelo direito Tornozelo esquerdo Dedo da mão Dedo do pé
2	[0..1]	Medições	
3	[1..1]	Peso	ISO 8601
3	[1..1]	Altura	ISO 8601
3	[0..1]	Perímetro cefálico	ISO 8601
3	[0..1]	Circunferência abdominal	ISO 8601
2	[0..1]	Informações adicionais	ISO 8601
3	[0..1]	DUM (Data da Última Menstruação)	ISO 8601
3	[0..1]	Idade gestacional	ISO 8601
3	[0..1]	Quantidade de gestas prévias	ISO 8601
3	[0..1]	Quantidade de Partos	ISO 8601
3	[0..1]	Quantidade de Abortos	ISO 8601
3	[0..1]	Tipo de aleitamento materno para crianças até 2 anos	Texto Codificado: Exclusivo Predominante Complementado Inexistente
3	[0..N]	Exposição à substâncias	
4	[0..1]	Uso de fitoterápicos, suplementos e vitaminas	Texto livre
4	[0..N]	Uso de álcool, tabaco e outras substâncias nos últimos 3 meses	
5	[0..1]	Substância	Texto codificado: Derivados do tabaco Bebidas alcoólicas
			Maconha Cocaína Crack Anfetaminas ou êxtase
			Inalantes Hipnóticos/sedativos Alucinógenos Opióides/opiáceos
5	[0..1]	Outras substâncias não especificadas	Texto livre
5	[0..1]	Frequência nos últimos 3 meses	Texto codificado: Nunca 1 ou 2 vezes
			Mensalmente Semanalmente Diariamente ou quase todos os dias
1	[1..1]	Problemas / diagnósticos avaliados	
2	[1..N]	Diagnóstico/Problema	
3	[1..1]	Código do diagnóstico/Problema	CID CIAP
3	[1..1]	Terminologia que descreve o diagnóstico / problema	Identificador Único do Objeto
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia	Texto livre
3	[0..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado: Principal Secundário
3	[0..1]	Estado de resolução do problema	Texto codificado: Resolvendo Resolvido Não resolvido Indeterminado
3	[0..1]	Nota	Texto livre
1	[0..1]	Alergias e/ou reações adversas no atendimento	

2	[1..N]	Alergia e/ou reação adversa	
3	[1..1]	Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa	Texto codificado: Alimento Medicamento Outro
3	[1..1]	Agente/substância específica	Texto livre
3	[0..1]	Manifestação	Texto livre
3	[0..1]	Grau de certeza	Texto codificado: Confirmado Resolvido Refutado Suspeito
3	[0..1]	Criticidade	Texto codificado: Alta Baixa Indeterminada
3	[0..1]	Data da instalação da reação adversa	ISO 8601
3	[0..1]	Evolução da alergia/reação adversa	Texto livre
1	[0..1]	Procedimento (s) realizado (s) ou solicitado (s)	
2	[1..1]	Terminologia que descreve o procedimento	Identificador único do Objeto
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento	Texto livre
2	[1..N]	Procedimento	
3	[1..1]	Nome do procedimento	SIGTAP CBHPM TUSS
3	[1..1]	Tipo de procedimento	Texto codificado: Cirúrgico Diagnóstico Terapêutico
3	[1..1]	Status do procedimento	Texto codificado: Concluído Suspenso Solicitado
3	[0..1]	Resultado ou observações do procedimento	Texto livre
1	[0..1]	Prescrição no atendimento	
2	[0..1]	Medicamentos prescritos no atendimento (não estruturado)	
3	[1..1]	Descrição da prescrição	Texto
2	[0..1]	Lista de medicamentos no atendimento (estruturada)	
3	[1..1]	Identificador único / recurso da terminologia	
4	[1..1]	Nome e versão da terminologia de medicamentos	Texto livre
4	[1..N]	Medicamento (nome do princípio ativo, concentração, unidade de medida e forma farmacêutica)	OBM
3	[1..1]	Quantidade da unidade farmacêutica	ISO 8601
3	[1..1]	Unidade farmacêutica	OBM
3	[1..1]	Frequência de uso do medicamento	ISO 8601
3	[1..1]	Via de administração	OBM
3	[1..1]	Duração de uso do medicamento	ISO 8601
3	[1..1]	Estado do medicamento	Ativo Descontinuado Nunca ativo Tratamento completo Substituído
3	[0..1]	Orientação sobre o uso do medicamento	Texto livre
1	[0..1]	Plano de cuidados, instruções e recomendações (na alta)	
2	[1..1]	Descrição do plano de cuidados, instruções e recomendações	Texto livre
1	[0..1]	Dados do desfecho	

2	[0..1]	Desfecho	Texto codificado: Encaminhamento Transferência Evasão Óbito Retorno
2	[0..1]	Outras informações	Texto livre
1	[0..N]	Anexos com os Resultados de Exames	
2	[1..1]	Descrição dos anexos	Texto livre
1	[0..1]	Informações Adicionais/Complementares	
2	[1..1]	Descrição das informações	Texto livre

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde