



RESOLUÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Nº 01 DE 30 DE JANEIRO DE 2019

Resolução SMS nº 01, de 30 de janeiro de 2019.

Dispõe sobre a regulamentação da Resolução nº 33, de 26 de outubro de 2017, da Comissão Intergestores (CIT), referente a informações do Sumário de Alta para a continuidade do cuidado em Redes de Atenção à Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), para os serviços conveniados ou contratados com o Município de Campinas.

O Secretário Municipal de Saúde no uso de suas atribuições legais para o cumprimento da Resolução nº 33, 26 de outubro de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e,

CONSIDERANDO que a Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS – PNHOSP, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que estabeleceu, em suas diretrizes, a continuidade do cuidado por meio da articulação dos serviços hospitalares com os demais pontos da Rede de Atenção e definiu a alta hospitalar;

CONSIDERANDO a necessidade do fortalecimento da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde de Campinas como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado;

CONSIDERANDO que a Atenção Primária em Saúde tem como modelo organizativo a Estratégia de Saúde da Família e a articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para oferecer aos usuários o acesso, com qualidade e em tempo oportuno, na continuidade da atenção integral do cuidado;

CONSIDERANDO a necessidade da integração entre os diferentes serviços de saúde, notadamente, entre os hospitalares e Rede Básica de Saúde;

CONSIDERANDO que o SUS Campinas tem experiência na articulação da atenção hospitalar com os demais pontos de atenção e;

CONSIDERANDO que a Resolução nº 33, de 26 de outubro de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite do SUS, instituiu os modelos de informação do Sumário de Alta e do Registro de Atendimento, assim como definiu sua obrigatoriedade para todos os serviços de saúde do país, públicos e privados;

RESOLVE

Art. 1º. Determinar que os serviços hospitalares, públicos e privados, em funcionamento no Município de Campinas, conveniados ou contratados com a Secretaria Municipal de Saúde passem a informar eletronicamente o Sumário de Alta e o Registro de Atendimento, conforme determinado pela Resolução nº 33, de 26 de outubro de 2017.

§ 1º - Os serviços de saúde conveniados e contratados com a Secretaria Municipal de Saúde deverão informar, diariamente, até a meia noite, as informações descritas no ANEXO I, das Altas Hospitalares das últimas 24 (vinte e quatro) horas.

§ 2º - As informações supra requeridas deverão ser enviadas por meio eletrônico, para o endereço saude.relatoriodealta@campinas.sp.gov.br, com arquivo de extensão "CSV".

Art. 2º. São campos obrigatórios de envio de informação à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, os que seguem no ANEXO I.

Art. 3º Os serviços hospitalares terão o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da publicação desta Resolução, para organizarem os sistemas de informações e iniciarem o envio das informações Sumário de Alta e o Registro de Atendimento, por meio eletrônico.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Campinas, 30 de janeiro de 2019.

DR. CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I

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.

1. Objetivo: 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.

1. Objetivos 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.

2. Escopo:

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.

3. Termos, definições e abreviaturas

3.1. Termos e definições

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

01) **Alergia ou hipersensibilidade:** Reatividade alterada a um antígeno pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.

02) **Alta de internação:** Procedimento administrativo de saída de um indivíduo de uma instituição de saúde; inclui altas hospitalares e em centros de saúde.

03) **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.

04) **Concentração do medicamento:** Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, cápsula, 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.

- 05) **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.
- 06) **Criticidade da alergia ou reação adversa:** Uma indicação do potencial de danos nos órgãos críticos do sistema ou consequência de ameaça à vida.
- 07) **Alta** - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe contraindicação ABSOLUTA de uso futuro da substância.
- 08) **Baixa** - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado baixo. Existe contraindicação RELATIVA de uso futuro da substância.
- 09) **Indeterminada** - não foi possível avaliar com a informação disponível.
- 10) **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.
- 11) **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.
- 12) **Efeitos adversos:** Reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações para os quais são usados.
- 13) **Estabelecimento de saúde:** Espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.
- 14) **Internação hospitalar:** Admissão de um indivíduo para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.
- 15) **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.
- 16) **Local de atendimento:** Lugar onde ocorre o atendimento ao indivíduo.

17) **Modalidade assistencial:** Classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.

18) **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.

19) **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.

20) **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.

21) **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.

22) **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.

23) **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.

24) **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.

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

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

- 27) **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.
- 28) **Ordem Judicial:** indivíduo atendido por força de uma determinação judicial.
- 29) **Retorno:** indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado.
- 30) **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.
- 31) **Procedimento diagnóstico:** Métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.
- 32) **Procedimento terapêutico:** Procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.
- 33) **Procedimento cirúrgico:** Operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.
- 34) **Profissional de saúde:** Indivíduo que atua na prestação direta ou indireta de serviços de saúde.
- 35) **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.
- 36) **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.
- 37) **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.
- 38) **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.

39) **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.

3.2. Abreviaturas

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
RES	Registro Eletrônico em Saúde
OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
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:

- a) 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;
- b) 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;
- c) Contribuir para reduzir o número de reinternações evitáveis;
- d) 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;
- e) Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;
- f) 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;
- g) Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;
- h) Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;
- i) 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. Descreve o nível do elemento no modelo de informação;

• **Coluna 2 (Ocorrência):** demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento. Descreve o número de vezes que o elemento deve/pode aparecer, onde:

[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). Apresenta o elemento a ser informado;

Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento. Descreve o tipo de dado a ser preenchido

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 do CNS
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos	
3	[1..1]	Nome completo	Texto livre
3	[0..1]	Nome social	Texto livre
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Texto livre
3	[1..1]	Data de nascimento	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
3	[1..1]	Sexo	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino; • Feminino; • Ignorado
3	[1..1]	Raça/ Cor	Texto Codificado conforme IBGE: <ul style="list-style-type: none"> • Branca; • Preta; • Parda; • Amarela; • Indígena; • Sem Informação.
3	[0..1]	País de Nascimento	Texto codificado conforme CADSUS .
3	[0..1]	Município de Nascimento	Texto codificado conforme IBGE .
3	[0..1]	País de Residência	Texto codificado conforme CADSUS .
3	[0..1]	Município de Residência	Texto codificado conforme IBGE .
3	[0..1]	CEP de Residência	Texto codificado conforme CORREIOS . Ou <i>georreferenciado em Campinas</i> .
1	[1..1]	Caracterização do Atendimento	
2	[0..1]	Estabelecimento de Saúde	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
2	[0..1]	Local de atendimento	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Domicílio, • Instituição/Abrigo, • Unidade prisional ou congêneres, • Unidade socioeducativa, • Outros.

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Ordem Judicial; • Retorno; • Demanda espontânea; • Demanda referenciada.
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Número do Identificador Nacional de Equipe (INE)
2	[1..1]	Caráter da internação	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Eletiva; • Urgência
2	[1..1]	Data e hora da internação	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • 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	Texto codificado por terminologia externa

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
3	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Principal; • Secundário
3	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado: • Sim; • Não; • Desconhecido
3	[1..1]	Categoria de atividade	Texto Codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Ativo; • Inativo
3	[1..1]	Estado de resolução	Texto Codificado: <ul style="list-style-type: none"> • 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	Texto codificado por terminologia externa
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

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento	Texto livre
2	[1..N]	Procedimentos	
3	[1..1]	Procedimento	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Tipo de procedimento	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Cirúrgico; • Diagnóstico; • Terapêutico
3	[1..1]	Status do procedimento	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Alimento; • Medicamento; • Outros
3	[1..1]	Agente/substância específica	Texto livre
3	[0..1]	Manifestação	Texto livre

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
3	[0..1]	Grau de certeza	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Confirmado; • Resolvido; • Refutado; • Suspeito
3	[0..1]	Criticidade	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Alta; • Baixa; • Indeterminada
3	[0..1]	Data/hora da instalação da reação adversa	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações
3	[0..1]	Evolução da alergia/reação adversa	Texto livre
1	[1..1]	Prescrição da alta	
2	[0..1]	Medicamentos prescritos na alta (não estruturado)	
3	[1..1]	Descrição da prescrição	Texto livre
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)	Texto codificado por terminologia externa
5	[1..1]	Quantidade da unidade farmacêutica	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
5	[1..1]	Unidade farmacêutica	Texto codificado por terminologia externa
5	[1..1]	Frequência de uso do medicamento	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações
5	[1..1]	Via de administração	Texto codificado por terminologia externa
5	[1..1]	Duração de uso do medicamento	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações
5	[1..1]	Estado do medicamento	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Ativo • Descontinuado • Nunca ativo • Tratamento completo • Substituído
5	[0..1]	Orientação sobre o uso do medicamento	Texto livre
1	[0..N]	Instruções, orientações e recomendações da alta	
2	[1..1]	Descrição da instrução, orientação ou recomendação	Texto livre
2	[1..1]	Profissional responsável pela instrução	
3	[1..1]	Nome do profissional responsável pela instrução, orientação ou recomendação	Texto livre
3	[1..1]	CNS do profissional responsável pela instrução, orientação ou recomendação	Número do CNS
3	[1..1]	Ocupação do profissional responsável pela instrução, orientação ou recomendação	Número de CBO válido

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
1	[1..1]	Informações da alta	
2	[1..1]	Data e hora da saída da internação	Texto padronizado conforme inciso 6 - Representações
2	[1..1]	Condição do indivíduo na alta	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Bom estado geral; • Falecido; • Inalterado; • Melhorado; • Piorado
2	[1..1]	Desfecho da internação	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Alta clínica; • Alta voluntária; • Encaminhamento; • Evasão; • Óbito; • Ordem Judicial; Permanência; • Retorno; • Transferência
2	[0..1]	Declaração de Óbito	Número da D.O.
2	[0..1]	Encaminhamento pós-alta	
3	[0..1]	Tipo de estabelecimento de saúde	Texto Codificado por terminologia externa (CNES)
3	[0..1]	Descrição do serviço ou especialidade	Texto livre
2	[0..1]	Profissional responsável pela alta	
3	[1..1]	Nome do profissional	Texto livre
3	[1..1]	CNS do profissional	Número do CNS
3	[1..1]	Ocupação do profissional responsável pela alta	Número de CBO válido

Item/ Nível	Ocorrência	Elemento	Tipo de dado
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
2	[1..1]	Recomendação de avaliação do usuário pela Atenção Básica de Saúde	Texto codificado: <ul style="list-style-type: none"> • Em até 07 dias () • Em até 15 dias () • Em até 30 dias ()

6. Representações

6.1. Representação de datas

A representação de datas deve ser no formato AAAAMMDD.

- AAAA indica o ano com 4 dígitos,
- MM indica o mês com dois dígitos de 01 a 12.
- DD - indica o dia com dois dígitos de 01 a 31.
- Datas parciais devem ser representadas com os dados um "-" separando anos de meses, AAAA-MM.

6.2. Representação de duração

Duração é um componente de intervalos de tempo e define a quantidade de tempo em um determinado intervalo. Duração é representada pelo formato P[n]Y[n]M[n]DT[n]H[n]M[n]S or P[n]W. Nesta representação o [n] é substituído pelo valor dos elementos de tempo e datas que sucedem o [n].

Os zeros a direita não precisam ser representados. As letras maiúsculas P, Y, M, W, D, T, H, M e S são os descritores de cada um dos elementos de data e tempo e não podem ser substituídos.

- “P” é o descritor de duração (historicamente conhecida como "período") e deve ser colocado no início da representação de duração;
- “Y” é o descritor de ano e segue o valor do número de anos;
- “M” é o descritor de mês e segue o valor do número de meses;

- “W” é o descritor de semanas e segue o valor do número de semanas;
- “D” é o descritor de dias e segue o valor do número de dias;
- “T” é o descritor de tempo e precede os componentes de tempo da representação de duração;
- “H” é o descritor de horas e segue o valor do número de hora;
- “M” é o descritor de minutos e segue o valor do número de minutos;
- “S” é o descritor de segundos que segue o valor do número de segundos.

Elementos de data e tempo incluindo os seus descritores podem ser omitidos se os valores forem zero.

Aceita que se utilize uma forma alternativa mais simples de representar duração, através do formato PYYYYMMDDThhmmss ou na sua forma estendida com o "-" como delimitador dos componentes P[YYYY]-[MM]-[DD]T[hh]:[mm]:[ss]. Observar que se a data a ser informada for parcial, a forma estendida com os "-" deve ser adotada.

Propõe-se que no Sumário de Alta de Internação o formato de duração seja o completo ou seja, com as letras como separadores dos componentes de tempo.

6.3. Representação de intervalos de tempo

Um intervalo de tempo representa um valor de tempo entre dois instantes de tempo. O intervalo entre os dois instantes de tempo é expresso por uma duração, como descrito em 6.2.

Os instantes inicial e final do intervalo de tempo são representados como data e hora ou somente data. Existem quatro formas de se representar um intervalo de tempo:

a) Pelo início e fim do intervalo: "2007-03-01T13:00:00Z/2008-05-11T15:30:00Z" representa o intervalo que começa às 13h00 de primeiro de março de 2007 e termina no dia 11 de maio de 2008, às 15h30 horário UTC. O "Z" indica que trata-se do tempo UTC no marco zero;

b) Pelo início e duração: "2007-03-01T13:00:00Z/P1Y2M10DT2H30M" – representa o intervalo que começa às 13h00 de primeiro de março de 2007 e dura 1 ano, 2 meses, 10 dias, 2 h e 30 min;

c) Pela duração e ponto final do intervalo: "P1Y2M10DT2H30M/2008-05-11T15:30:00Z" - representa o intervalo que dura 1 ano, 2 meses, 10 dias, 2 h e 30 min e termina no dia 11 de maio de 2008, às 15h30 horário UTC;

d) Pela duração apenas, com informação adicional de contexto:

"P1Y2M10DT2H30M" indica um intervalo que dura 1 ano, 2 meses, 10 dias, 2 h e 30 min.

Os três primeiros formatos exigem que os dois valores sejam separados por um descritor de intervalo, ou seja uma barra "/".

6.4. Repetição de intervalos

A repetição de intervalos é representada pelo acréscimo de "R[n]/" no início da expressão de um intervalo, no qual R é utilizado para indicar que trata-se de um intervalo com repetição e [n] informa o número de repetições.

Se o valor [n] não estiver presente, isto indica um número ilimitado de repetições. Se o intervalo especificar o início ((alíneas a) e b) então, estes devem ser o início e final da repetição no intervalo.

6.5. Representação de um valor fixo de tempo

Valor fixo restringe a duração a ser um valor fixo. O padrão para valores fixos é "P [nn] Y [nn] M [nn] W [nn] DT [nn] H [nn] M [nn] S '(PVAL), onde nn são dígitos que devem ser positivos e inteiros. Valores fracionários são permitidos apenas para segundos. Durações negativas podem ser introduzidas com um sinal de menos na frente da letra P.

Onde:

- Y = anos;
- M = meses;
- W = semanas;
- D = dias;
- T- parte:
- H = horas,
- m = minutos,
- s = segundos.

Pode-se restringir as "unidades" que são permitidas e então usar o mesmo padrão como o padrão para valores fixos, onde não se introduz nenhum dígito. Finalmente, pode-se restringir intervalos que permitam que durações estejam dentro de certos limites. O padrão de intervalo é baseado no padrão de valor (PVAL) e se parece com o seguinte:

PVAL. PVAL ou > PVAL ou > = PVAL ou < PVAL ou < = PVAL.

Valor fixo: restringe a duração a ser um valor fixo. Por exemplo, P4W5D (quatro semanas e cinco dias), PT1H3M2.3S (1 h, 3 min e 2,3 s) Padrão: restringe a duração para usar "unidades" específicas, por exemplo, PD (dias apenas são permitidos, por exemplo, P5D), PTHM (horas e/ou minutos são permitidos).

6.6. Representação de unidades de medida

- a) Quantidade: número.
- b) Tamanho: Representar em centímetros com uma casa decimal.
- c) Peso: representar em quilogramas com três casas decimais.
- d) Pressão arterial: mmHg com valor inteiro.

Campinas, 30 de janeiro de 2019.

DR CARMINO ANTONIO DE SOUZA

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE