



Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

Prefácio

A Coordenação-Geral de Sistemas de Informação integra o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde e tem como atribuição geral coordenar e assessorar os processos de elaboração, implantação e monitoramento dos sistemas de informação da atenção à saúde.

Entre suas atividades destaca-se a responsabilidade pela criação e gestão de modelos de informação, terminologias/classificações padronizadas e definição de regras negociais para sistemas de informação relacionados à atenção à saúde, por meio da publicação de atos normativos (manuais, normas técnicas e portarias) que regulamentam a utilização de tais artefatos, visando uma produção de informações em saúde racional, padronizada, oportuna e com qualidade que possibilite subsidiar as políticas públicas de atenção à saúde no país.

O documento apresentado contém as seguintes seções:

- Parte 1: Modelo de Informação
- Parte 2: Modelo Computacional

Parte 1: Modelo de Informação

Introdução

Os Sistemas de informação em saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Assim, os SIS congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010).



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), os SIS foram conformados historicamente, de acordo com necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas, e não por meio de uma estratégia de maior abrangência, que considerasse o setor saúde como um todo. Isso, por sua vez, acarretou na fragmentação das bases de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de redundância na produção de informações em saúde no contexto de cada SIS.

A emergência em superar esses problemas e analisar o fenômeno no contexto atual, estão diretamente relacionadas com as recentes iniciativas e discussões realizadas no âmbito do MS, que visam buscar uma solução para reorganizar a área de tecnologias de informação em saúde (TIS). Reconhecendo a obsolescência das tecnologias dos SIS atualmente empregados, e os problemas decorrentes do modelo vigente de produção de informações, a instituição passa a buscar no cenário internacional modelos, experiências, padrões tecnológicos e de informação que possam subsidiar as reformulações necessárias dessa área.

É nesse contexto que o MS vem propondo a construção de uma estratégia de e-Saúde para o Brasil buscando a qualificação dos processos de atenção à saúde à população, de forma a permitir a integração e interoperabilidade dos SIS existentes no país. Nesta proposta, um dos elementos fundamentais para o sucesso de tal estratégia é a conformação de um Registro Eletrônico de Saúde (RES) Nacional, pois é por meio dele que as informações podem ser reorganizadas, agregando valor para se tornarem um componente estratégico para tomada de decisão clínica e de gestão do sistema de saúde (PANITZ, 2014).

Objetivos dos SIS

Os SIS são influenciados pela organização do SUS, e como tal, integram suas estruturas organizacionais e contribuem para sua missão. São constituídos por vários subsistemas e tem como objetivo geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Para tanto, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

Um de seus objetivos específicos, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. O nível local tem, então, responsabilidade não apenas com a alimentação do sistema de informação em saúde, mas também com sua organização e gestão (BRASIL, 2005).

Além desses, são objetivos dos SIS:



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

- a. Organizar a produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis, garantindo uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto destas sobre a situação de saúde;
- b. Assessorar o desenvolvimento de sistemas voltados para as especificidades das diferentes unidades operacionais do sistema de saúde;
- c. Contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base para ampliar o exercício do controle social e da cidadania. Também para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão (FERREIRA, 1998).

Principais problemas dos SIS atuais

Não há dúvidas de que as informações produzidas no âmbito dos SIS desenvolvidos pelo MS tiveram e têm grande valor de uso, seja para o conjunto de gestores, seja para a academia. Ademais, cada SIS desenvolvido cumpriu devidamente os objetivos aos quais foram propostos inicialmente.

No entanto, a organização e a construção dos SIS, conforme descrito anteriormente, ocasionaram diversos problemas nas informações produzidas, que serão detalhados a seguir.

a) Fragmentação

Ao se analisar os SIS, observa-se que o usuário está fragmentado entre as diversas bases de dados existentes. Seus fragmentos povoam SIS que não se integram. Assim, o indivíduo perde sua identidade integral como sujeito pleno, não sendo possível que possa ter sua trajetória seguida e analisada.

A fragmentação existente nas informações em saúde é expressão da fragmentação da atenção à saúde. A lógica fragmentadora, que decompõe a realidade observada e 'departamentaliza' as demandas da sociedade, é hegemônica tanto na organização das informações em saúde quanto na sua estruturação e gestão no âmbito das instituições de saúde (MORAES; GONZÁLEZ, 2007).

Outro ponto é que essa fragmentação reproduz a necessidade de informação individual de cada área técnica, justificando assim a constituição de um novo SIS a cada nova necessidade de informação, o que, de certa forma, confere maior visibilidade dentro das instituições. Por essas razões, foram criados inúmeros SIS de forma não integrada e que muitas vezes duplicam informações.

b) O viés de faturamento



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

Especificamente em relação aos SIS criados para informação de produção assistencial (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS), ambos foram criados entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, com a finalidade de operacionalizar o pagamento das internações e procedimentos ambulatoriais realizados nos estabelecimentos do SUS, além de instrumentalizar ações de controle e auditoria (CARVALHO, 2009). Ou seja, esses SIS não foram concebidos para fornecer informações para tomada de decisão, seja na área da gestão, seja na área epidemiológica. Entretanto, devido à grande quantidade de informações que esses SIS fornecem e por serem a fonte oficial no âmbito nacional, acabam sendo amplamente utilizados com essas finalidades, o que gera um forte viés de faturamento nessas informações, principalmente naqueles estabelecimentos que ainda são remunerados por produção de procedimentos.

Por outro lado, nos estabelecimentos que não são remunerados por produção de procedimentos, há comportamento de ausência de fidedignidade das informações registradas. Em estudo realizado para identificar a validade das informações disponíveis no SIH/SUS em um hospital do Distrito Federal, especificamente com relação às internações por causas sensíveis à Atenção Básica, foi verificado que 91% dos diagnósticos apontados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) não correspondiam aos diagnósticos descritos nos prontuários (CAVALCANTE, 2014).

c) A coleta da informação

Um processo comum aos SIS brasileiros é a instituição de um instrumento, impresso em papel, para coleta adicional aos registros profissionais e administrativos, duplicando o trabalho de registro rotineiro de dados. Este retrabalho e a digitação posterior dos dados aumentam a probabilidade de erros e vieses na informação produzida e utilizada para a tomada de decisão. O uso de coletores eletrônicos, que dispensam a transcrição digital dos dados, não tem solucionado o problema do retrabalho por que não coletam os dados necessários aos processos de trabalho em saúde, requerendo a continuidade dos registros manuais (BRASIL, 2004).

Até os dias de hoje, a operação da grande parte dos serviços de saúde no âmbito do SUS, especialmente no âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial, ainda se baseia em registros manuais, consumindo o serviço de diversos profissionais, com o agravante de que normalmente não são profissionais da área da saúde. Além disso, o preenchimento dos múltiplos formulários ou acionamento dos coletores de dados específicos, às vezes mais de um para determinado evento, se transforma em pesado encargo adicional, sem fornecer nenhum apoio para a melhoria da operação local. Sabe-se que, muitas vezes, essa forma de coletar dados que não tem interesse para o próprio serviço, tendo valor apenas para cumprir as determinações administrativas, resulta na má qualidade das informações coletadas (BRASIL, 2004).



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

Outro aspecto a ser destacado é que a coleta de informações desvinculada do processo de cuidado, ou seja, a partir de um processo de cuidado não informatizado, também gera importante viés na coleta dos dados, pois gera perdas importantes no processo de captação dessas informações.

1 - Escopo

Obter uma base de dados padronizada e capaz de proporcionar informações assistenciais oportunas, confiáveis e comparáveis que possibilite subsidiar processos e objetivos finalísticos, tais como a disseminação para pesquisa institucional e acadêmica, o monitoramento de políticas de saúde, o faturamento dos serviços prestados e o planejamento da rede de atenção à saúde em território nacional, considerando as esferas pública, suplementar e privada.

Segundo Oliván (1997) os tipos de informação que compõem um conjunto mínimo de dados são:

- Administrativa: relacionada com a gestão de recursos dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência, tais como humanos, materiais ou financeiros;
- Médico-administrativa: relacionada com a gestão dos pacientes, enquanto usuários dos serviços de cuidado assistencial em um estabelecimento de saúde;
- Clínica: relacionada ao estado de saúde ou doença dos indivíduos, expressa em diagnósticos, procedimentos e tratamentos realizados.

Este documento irá prover a especificação do modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde.

O documento se aplica a todas as partes interessadas no processo da atenção à saúde no território nacional:

- gestores formuladores de políticas;
- estabelecimentos de saúde;
- profissionais de saúde;
- gestores de Informação em Saúde, equipes de tecnologia da informação e suporte, integradores de sistemas;
- leitores técnicos e não-técnicos;
- fornecedores de *software* que estejam desenvolvendo sistemas que incluem informações da atenção à saúde.

2 - Referências Normativas

-

3 - Termos, definições e abreviaturas

3.1 - Termos e Definições

Para os efeitos desse documento, aplicam-se os termos e definições a seguir.



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

3.1.1

Admissão

Processo de admissão de indivíduos que inclui a aceitação de pacientes para o contato assistencial em estabelecimento de saúde (BVS, 2015).

3.1.2

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), e possui as seguintes finalidades: I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios (BRASIL, 2015).

3.1.3

Caráter do Atendimento

Informa a característica do contato assistencial que reflete a prioridade necessária para a sua realização. A característica pode ser eletiva ou de urgência.

3.1.4

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.

3.1.5

Contato Assistencial

Atenção à saúde prestada a um indivíduo em uma mesma modalidade assistencial, de forma ininterrupta e por um mesmo estabelecimento de saúde. Os tipos de contatos assistenciais ocorrem em função das modalidades assistenciais.



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

3.1.6

Financiamento

Terminologia que descreve o agente, instituição ou entidade responsável por custear as ações e serviços de saúde realizados por um estabelecimento de saúde aos seus usuários. Os financiamentos existentes são: Sistema Único de Saúde (SUS), Particular, Plano de Saúde Público, Plano de Saúde Privado e Gratuidade.

3.1.7

Financiamento SUS

As ações e serviços de saúde são custeados diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em suas três esferas de gestão, nos termos do Art. 198 da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080/1990 e da Lei Complementar nº 141/2012, bem como as custeadas de forma indireta pelo poder público, através de programas de dedução fiscal, que se revertem em assistência aos usuários do SUS, como os previstos no Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do SUS (PROADI SUS), Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e Programa Nacional de Apoio à Atenção à Saúde de Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

3.1.8

Financiamento Particular

As ações e serviços de saúde são custeadas diretamente por uma pessoa física ou jurídica.

3.1.9

Financiamento Plano de Saúde Público

As ações e serviços de saúde são custeadas por pessoas jurídicas de direito público que operam planos de saúde de caráter público, como os fundos, institutos e fundações de saúde dos servidores públicos e os fundos de saúde das forças armadas e auxiliares.

3.1.10

Financiamento Plano de Saúde Privado

As ações e serviços de saúde são custeadas por pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos termos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

3.1.11

Gratuidade

As ações e serviços de saúde são custeadas pelo próprio estabelecimento, seja para atendimento a uma urgência sem o reembolso ou em caráter de caridade.

3.1.12



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

Desfecho

Característica da conclusão do contato assistencial.

3.1.13

Dispositivo Médico Implantável

Qualquer produto médico projetado para ser totalmente introduzido no corpo humano ou para substituir uma superfície epitelial ou ocular, por meio de intervenção cirúrgica, e destinado a permanecer no local após a intervenção. Também é considerado um produto médico implantável, qualquer produto médico destinado a ser parcialmente introduzido no corpo humano através de intervenção cirúrgica e permanecer após esta intervenção por longo prazo. Órtese e prótese implantável por meio de procedimento médico ou odontológico invasivo, bem como os materiais utilizados como instrumental específico para sua implantação (ANVISA, 2001).

3.1.14

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 primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do indivíduo no estabelecimento de saúde, podendo portanto ser diferente do diagnóstico de admissão (BRASIL, 2014).

3.1.15

Diagnóstico Secundário

São todas as condições que coexistem no momento da admissão, que se desenvolvem durante o contato assistencial ou que afetem a atenção recebida e/ou o tempo de permanência no estabelecimento de saúde (BRASIL, 2014).

3.1.16

Equipe de Saúde

Conjunto de profissionais de saúde destinado a um contato assistencial.

3.1.17

Estabelecimento de Saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica (BRASIL, 2015).

3.1.18

Grupo de Diagnósticos Relacionados

Sistema de classificação que busca agrupar os tipos de indivíduos que apresentam características clínicas semelhantes e com padrões de utilização de serviços similares durante o contato assistencial na área hospitalar (BVS, 2015).



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

3.1.19

Modalidade assistencial

Especifica o regime do contato assistencial no qual o procedimento em saúde pode ser realizado.

3.1.20

Número de Autorização

Código de autorização para execução do procedimento realizado concedido ao estabelecimento de saúde pelo gestor respectivo, conforme as normativas do Sistema Único de Saúde.

3.1.21

Número do cartão nacional de saúde

Número de saúde do usuário que o identifica em todo o sistema de saúde. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação do usuário em âmbito nacional por meio de um número único (BRASIL, 2011).

3.1.22

Ocupação Profissional

É a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas, conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério de Trabalho e Emprego.

3.1.23

Procedência

Faz referência à iniciativa do autocuidado ou serviço sanitário/entidade que solicita o contato assistencial. Substitui a terminologia “origem do usuário”.

3.1.24

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 paciente^[21] Pode ser classificado em: (1) diagnóstico que refere-se a métodos, procedimentos e testes feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função; (2) terapêuticos ou clínicos que referem-se a procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doenças; (3) cirúrgicos operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões e diagnóstico e cura de certas doenças; (4) Medicamentos: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico; (5) dispositivos médicos implantáveis; (6) ações de promoção à saúde; (7) ações de vigilância em saúde; e (8) ações complementares em saúde (ANVISA, 2001; 2011; BRASIL, 1973; BVS, 2015).

3.1.25

Profissional de Saúde

Indivíduo que trabalha na provisão de serviços de saúde, quer como profissionais individuais ou



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

empregados de instituições e programas de saúde (BVS, 2015).

3.1.26

Prontuário do Paciente

Documento único elaborado em meio físico (papel ou filme fotográfico) ou eletrônico (em meio óptico, microfilmado ou digitalizado), constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e 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 (CFM, 2002).

3.1.27

Raça/Cor

Características físicas e fatores genéticos declaradas pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena.

3.1.28

Registro Eletrônico em Saúde (RES)

Repositório de informações a respeito da saúde de indivíduos, numa forma processável eletronicamente (ISO/TR 20514:2005).

3.1.29

Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES)

Sistema para registro, recuperação e manipulação das informações de um Registro Eletrônico em Saúde (ISO/TR 20514:2005).

3.1.30

Terminologia do procedimento realizado

Obra que consiste em listas formalmente adotadas dos termos técnicos ou expressões usadas no campo de procedimento realizado (BVS, 2015).

3.1.31

Problema de Saúde

O problema de saúde constitui o ponto principal do episódio de cuidados. Engloba, além dos diagnósticos médicos, outras condições tais como medo de doenças, sintomas, queixas, incapacidades ou necessidade de cuidados que estão contempladas na Classificação Internacional da Atenção Primária (SBMFC, 2009).

3.2 - Abreviaturas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

CIAP 2	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNS	Cartão Nacional de Saúde
GDR	Grupo de Diagnósticos Relacionados
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE	Identificador Nacional de Equipe
ISO	International Organization for Standardization
MS	Ministério da Saúde
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistemas de Informação em saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
S-RES	Sistema de Registro Eletrônico em Saúde
Tabela SUS	Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
TIS	Tecnologias de Informação em Saúde
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar

4 - Usos

O modelo de informação do conjunto mínimo de dados da atenção à saúde é um documento essencial para o descrito em 4.1 a 4.9.

- 4.1. Conhecimento da atividade assistencial desenvolvida pela rede de atenção à saúde no território nacional;
- 4.2. Obtenção de indicadores de gestão e de qualidade assistencial;
- 4.3. Conhecimento do perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira atendida nos serviços de saúde;
- 4.4. Conhecimento do perfil demográfico da população atendida nos serviços de saúde;
- 4.5. Subsídio ao monitoramento das políticas públicas de atenção à saúde;
- 4.6. Subsídio aos processos de planejamento da rede assistencial e dos serviços de saúde;
- 4.7. Possibilidade de aplicação de algoritmo de classificação de pacientes para conhecer a casuística (*casemix*) relacionada à produção dos serviços hospitalares, utilizando os Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR);



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

4.8. Possibilidade de realização dos processos administrativos necessários nos três níveis de gestão do SUS, inclusive o faturamento dos serviços prestados.

5 - Modelo de Informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que compõem o modelo de informação do conjunto mínimo de dados da atenção à saúde. O método que descreve o modelo é o seguinte:

- coluna 1 – Item/Nível – descreve o nível do elemento no modelo de informação;
- coluna 2 – Ocorrência – descreve o número de vezes que o elemento deve/pode aparecer, onde:

[0..1] – indica que o elemento não é obrigatório e, se ocorrer, só deve aparecer uma vez;

[1..1] – indica que o elemento deve estar presente pelo menos uma vez;

[0..n] – indica que o elemento pode ocorrer várias vezes;

[1..n] – indica que o elemento deve aparecer uma vez e pode ocorrer várias vezes.

Tabela 1 – Modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

Item/Nível	Ocorrência	Modelo de Informação	Tipo de Dados
1	[1..1]	Identificação do indivíduo	
2	[0..1]	Número do CNS	CNS com dígito verificador válido.
2	[0..1]	Justificativa da ausência do CNS	Texto Codificado: Pacientes acidentados graves; Pacientes psiquiátricos encontrados em vias públicas; Pacientes com problemas neurológicos graves ou comatosos; Pacientes incapacitados por motivos sociais e/ou culturais; Doador de Órgãos Falecido.
2	[0..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos.
2	[0..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos.
2	[1..1]	Sexo	Texto Codificado: Masculino; Feminino; Ignorado.
2	[0..1]	Raça/Cor	Texto Codificado conforme IBGE: Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena; Sem Informação.



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

2	[1..1]	Data de nascimento	Data, conforme ISO 8601.
2	[0..1]	País de Nascimento	Texto Codificado conforme CADSUS.
2	[0..1]	Município de Nascimento	Texto Codificado conforme IBGE.
2	[0..1]	País de Residência	Texto Codificado conforme CADSUS.
2	[0..1]	Município de Residência	Texto Codificado conforme IBGE.
2	[0..1]	CEP de Residência	Texto Codificado conforme CORREIOS.
1	[1..1]	Informações do Contato Assistencial	
2	[1..1]	Identificação do Estabelecimento de Saúde	Número de CNES válido de um estabelecimento de saúde.
2	[1..1]	Dados de Admissão	
3	[1..1]	Data de Admissão	Data, conforme ISO 8601.
3	[1..1]	Procedência	Texto Codificado: Iniciativa do Paciente ou Terceiros; Retorno; Atenção Básica; Atenção Domiciliar; Ambulatorial Especializado; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Internação Psiquiátrica; Pré-Hospitalar Móvel de Urgência; Ordem Judicial.
3	[1..1]	Modalidade Assistencial	Texto Codificado: Atenção Básica; Ambulatorial Especializado; Atenção Hospitalar; Atenção Intermediária; Atenção Domiciliar; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência e Emergência.
3	[1..1]	Caráter do Atendimento	Texto Codificado: Eletivo; Urgência.
2	[1..1]	Dados do Desfecho	
3	[1..1]	Desfecho	Texto Codificado: Alta Clínica; Alta



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

			voluntária; Ordem Judicial; Evasão; Óbito; Transferência; Retorno; Permanência, Encaminhamento.
3	[0..1]	Data de Desfecho	Data, conforme ISO 8601.
1	[1..1]	Problemas/Diagnósticos Avaliados	
2	[1..N]	Terminologia que descreve o problema/diagnóstico	Texto codificado conforme OID: 2.16.840.1.113883.6.3 (CID-10); 2.16.840.1.113883.6.139 (CIAP 2).
3	[1..1]	Versão da terminologia	YYYYMMDD
4	[1..N]	Problema/Diagnóstico	Texto codificado conforme terminologia externa.
5	[1..1]	Indicador de Presença na Admissão	Texto Codificado: Sim; Não; Desconhecido.
5	[1..1]	Diagnóstico Principal	Texto Codificado: Sim; Não.
1	[1..1]	Procedimentos	
2	[1..N]	Financiamento	Texto Codificado: SUS; Particular, Plano de Saúde Público; Plano de Saúde Privado e Gratuidade.
3	[1..N]	Terminologia que descreve o procedimento realizado	Texto codificado conforme OID CBHPM: 2.16.840.1.113883.2.21.1.123; TUSS: 2.16.840.1.113883.2.21.1.122; Tabela SUS: 2.16.840.1.113883.2.21.1.121.
4	[1..1]	Versão da Terminologia	Formato YYYYMMDDL.
5	[1..N]	Código do Procedimento Realizado	Texto Codificado conforme terminologia externa.
6	[1..1]	Quantidade	Quantidade de procedimentos realizados em formato numérico.
6	[1..1]	Data de Realização	Data, conforme ISO 8601.
6	[0..1]	Número de Autorização	Sequência de caracteres numéricos.



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

6	[1..N]	Ocupação Profissional	Texto codificado conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
7	[0.. 1]	CNS do Profissional	Número de CNS com dígito verificador válido.
7	[0..1]	Estabelecimento Terceiro	Número de CNES válido de um estabelecimento de saúde.
7	[0..1]	Identificador Nacional de Equipe	Número de Identificador Nacional de Equipe (INE) válido.

6 - Referências

ANVISA. Vocabulário Controlado de Formas Farmacêuticas, Vias de Administração e Embalagens de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2011. 56 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 06 out. 2015.

ANVISA. Resolução - RDC n.º 185, de 22 de outubro de 2001. Brasília: ANVISA, 2001. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 06 jan. 2015.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. (2015). Disponível em: [<http://decs.bvs.br/>]. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

BRASIL. Cartão Nacional de Saúde: normas e procedimentos de uso. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 74 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/normas_cartaoSUS_JAN2012.pdf>. Acesso em: 06 jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: Proposta Versão 2.0* (Inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde). 2004. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acessado em 20/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 1.324, de 27 de novembro de 2014. Estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (SISAIH01). Diário Oficial da União: Brasília, DF. 28 nov 2014. Seção I. P. 144

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2014. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União: Brasília, DF. 31 jan 2007. Seção I. P. 45



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

VERSÃO 1.9 - AGOSTO/2016

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.646, de 2 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.327, de 27 de novembro de 2015.

CAVALCANTE, D. M. *Internações sensíveis à Atenção Primária: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do Sistema de Informações Hospitalares, no Hospital Regional do Paranoá, Distrito Federal.* 129 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). Universidade de Brasília, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.638. Brasília: CFM, 2002. p. 184-185 p.

DS/CEN/TS 15127-1 *Sundheds informatik – Prøvning af fysiologisk målingssoftware – Del 1: Generelt. Health informatics – Testing of physiological measurement software – Part 1: General.* Ref. No. CEN/TS 15127-1:2005.

FERREIRA, S. M. G. *Sistemas de Informação em Saúde - Conceitos Fundamentais e Organização.* Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>>. Acessado em 18/09/2015.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION – ISO. ISO/TR 20514:2005: Health informatics — Electronic health record — Definition, scope, and context, 2005.

MARIN, H. F. *Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais.* *J. Health Inform.* 2010 Jan-Mar; 2(1): 20-4.

PANITZ, L. Registro Eletrônico de Saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS [Dissertação]. Brasília (DF): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) 2. ed. – Florianópolis, 2009.* Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf. Acessado em 17/08/2016.