

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 paciente 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 usado 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 compartilhada 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 informadas, 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 promover a formulação do consenso nacional sobre compartilhamento de informações essenciais entre os provedores de cuidados de saúde

1.1. 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 paciente;
- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do paciente;
- 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 comunicar à equipe profissional responsável pela continuidade da assistência ao paciente 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.

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

- a) Profissionais de saúde (que acompanham regularmente o paciente 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 consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular.¹

concentração do medicamento

quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, cápsulas, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó líofilo 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

¹ Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 16472-1: Sumário de alta para continuidade do cuidado. 2016.

oportuna.²

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 admissão do paciente no hospital

efeitos adversos

reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações para os quais são usados.¹

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 paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 h.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.¹

modalidade assistencial

classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.³

- **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.⁴
- **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,

²Brasil. Resolução nº. 06, de 25 de agosto de 2016. Institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2016 set. 09; Seção 1.p 29.

³Ministério da Saúde (BR) [homepage de internet]. Wiki do Conjunto Mínimo de Dados [acesso em 04 set 2017]. Disponível em: <https://wiki.datasus.gov.br/cmd>.

⁴Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

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 paciente 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 pacientes cuja severidade de seus agravos ou lesões necessitem de atendimento em tempo hábil e oportuno.

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.

procedência

identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.³

- **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 paciente com o objetivo de rastrear, monitorar, prevenir, diagnosticar, tratar a doença ou reabilitar o paciente.¹

procedimento diagnóstico

métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.¹

procedimento terapêutico

procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.¹

procedimento cirúrgico

operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.¹

profissional de saúde

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

prontuário do paciente

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 (RES)

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 paciente 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.

3.2 Abreviaturas

CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
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
ISO	International Organization for Standardization
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação

4 Usos

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 atempado, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do paciente e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

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

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 – 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 uma única 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 Registro de Atendimento Clínico

Item/ Nível	Ocorrência	Modelo de Informação	Tipo de dados
1	[1..1]	Identificação do paciente	

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	[0..1]	Nome social	Sequência de caracteres alfanuméricos
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos
3	[1..1]	Data de nascimento	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[1..1]	Sexo	Texto codificado: Masculino; Feminino; Ignorado
3	[1..1]	Raça/Cor	Texto Codificado conforme IBGE: 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.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento	
2	[0..1]	Estabelecimento de Saúde	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) válido
2	[0..1]	Local de atendimento	Texto codificado: Unidade móvel, Rua, Domicílio, Escola/creche, Polo (Academia da Saúde, Instituição/Abrigo, Unidade prisional ou

			congêneres, Unidade socioeducativa, Outros
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado: Ordem Judicial; Retorno; Demandas espontânea; Demanda Referenciada.
2	[0..1]	Identificação da equipe de saúde	Número do Identificador Nacional de Equipe (INE)
2	[1..1]	Data e hora do atendimento	Texto padronizado conforme capítulo 6
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: Atenção Básica Ambulatorial Especializada Atenção Domiciliar Atenção Psicossocial Atenção à Urgência/Emergência
2	[1..1]	Tipo 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 de 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	Texto livre

		descreve o motivo do atendimento	
3	[1..1]	Código do motivo do atendimento	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Descrição do motivo do atendimento	Texto codificado por terminologia externa
2	[0..1]	Declaração subjetiva do indivíduo para o atendimento	Texto livre
1	[0..1]	Observações	
2	[0..1]	Sinais vitais	
3	[0..1]	Presão Arterial	
4	[1..1]	Sistólica	Texto padronizado conforme capítulo 6
4	[1..1]	Diastólica	Texto padronizado conforme capítulo 6
4	[1..1]	Posição do indivíduo na aferição	Texto codificado: Em pé Sentado Reclinado Deitado Deitado com inclinação para esquerda
4	[1..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	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[1..1]	Altura	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[0..1]	Perímetro cefálico	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[0..1]	Circunferência abdominal	Texto padronizado conforme capítulo 6

2	[0..1]	Informações adicionais	
3	[0..1]	DUM (Data da Última Menstruação)	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[0..1]	Idade gestacional	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[0..1]	Quantidade de gestas prévias	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[0..1]	Quantidade de Partos	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[0..1]	Quantidade de Abortos	Texto padronizado conforme capítulo 6
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 opioides/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	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Terminologia que descreve o	Identificador Único do

		diagnóstico / problema	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 resolvendo, 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; Outros
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	Texto padronizado conforme capítulo 6
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	Texto codificado por terminologia externa
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)	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Quantidade da unidade farmacêutica	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[1..1]	Unidade farmacêutica	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Frequência de uso do medicamento	Texto padronizado conforme capítulo 6
3	[1..1]	Via de administração	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Duração de uso do medicamento	Texto padronizado conforme capítulo 6
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]	Dados do desfecho	
2	[0..1]	Plano terapêutico	Texto livre

2	[0..1]	Desfecho	Texto codificado: Encaminhamento, Transferência, Evasão, Óbito, Retorno
2	[0..1]	Declaração de Óbito	Número da DO
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

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.

EXEMPLO 1 2014 = representa data parcial com ano de 2014.

EXEMPLO 2 2014-08 = representa data parcial de agosto de 2014.

EXEMPLO 3 2014-08-20 = representa data completa de 20 de agosto de 2014.

EXEMPLO 4 20140820 = representa data completa de 20 de agosto de 2014.

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;

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

EXEMPLO "P3Y6M4DT12H30M5S" representa a duração de "3 anos, 6 meses, 4 dias, 12 h, 30 min e 5 s".

Elementos de data e tempo incluindo os seus descritores podem ser omitidos se os valores forem zero. Por exemplo, "P23DT23H" e "P4Y" são ambas representações válidas de duração.

Para resolver a ambiguidade, "P1M" representa a duração de um mês e "PT1M" representa a duração de 1 min. O menor valor da duração pode ser representado como uma fração decimal, assim, "P0.5Y" indica meio ano e é equivalente a "P6M".

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 Registro de Atendimento Clínico o formato de duração seja o completo ou seja, com as letras como separadores dos componentes de tempo, conforme exemplos abaixo:

EXEMPLO 1 PT12H representa uma duração de 12 h.

EXEMPLO 2 PT5M representa uma duração de 5 min.

EXEMPLO 3 P6W representa uma duração de 6 semanas.

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 A.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.

EXEMPLO R/T12H/P4W - indica repetir a cada 12 h por 4 semanas.

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.

EXEMPLO Para repetir 5 vezes o intervalo de "P1Y2M10DT2H30M" começando em "2008-03-01T13:00:00Z", utilize "R5/2008-03-01T13:00:00Z/P1Y2M10DT2H30M".

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).

EXEMPLO 1 PT5H30M, PT10M Intervalo: restringe a duração para estar dentro de certos limites.

EXEMPLO 2 P4W P8W (4-8 semanas).

EXEMPLO 3 > PT10M (mais de 10 min.).

EXEMPLO 4 <= P3D (menor ou igual a três dias).

6.6 Representação de unidades de medida

Quantidade: número.

Tamanho: Representar em centímetros com uma casa decimal.

Peso: representar em quilogramas com três casas decimais.

Pressão arterial: mmHg com valor inteiro.