

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 paciente. Este é composto por narrativas clínicas, sendo cada uma direcionada ao registro de eventos realizados a partir da condição de saúde dos pacientes, diante os aspectos físicos, mentais e sociais^{1,2,3}.

Uma das narrativas clínicas importantes que compõem o prontuário é o sumário de alta, documento essencial para a continuidade do cuidado do paciente. O sumário de alta apresenta o conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do paciente 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 permanência⁴. A troca das informações essenciais referente ao período de permanência do paciente em um estabelecimento de saúde garante sua segurança na continuidade do tratamento^{5,6}.

O conjunto de dados ou conteúdo apresentado no sumário deve ser conciso, preciso e adequado para a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes 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 profissional⁷.

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^{8,9}.

¹Galvão MCB, Ricarte ILM. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da ciência da informação. InCID: R. Ci. Inf. e Doc. 2011 jul-dez; 2(2): 77-100.

²Nejm Júnior CS. Base eletrônica de dados clínicos e cirúrgicos em isquemia crônica de membros inferiores [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.

³Massad E, Marin HDF, Azevedo Neto RSD. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico [monografia]. São Paulo: FMUSP/UNIFESP/OPAS; 2003.

⁴Lapelle NR, Luckmann R, Simpson EH, Martin ER. Identifying strategies to improve access to credible and relevant information for public health professionals: a qualitative study. BMC Public Health. 2006; 6(89).

⁵Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and Quality Evaluation of Electronic Discharge Summary Systems Final Report. Sydney: ACSQHC; 2011.

⁶Rao P, Andrei A, Fried A, Gonzalez D, Shine D. Assessing Quality and Efficiency of Discharge Summaries. Am J Med Qual. 2005 Nov-Dec; 20(6): 337-43.

⁷Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007 Feb; 297(8): 831-41.

⁸Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde; 2010.

⁹Kaur J, Leyland M, Hunter D. The Discharge Summary Divide: a review of electronic solutions, obstacles and benefits. World Congress on Privacy, Security and Trust and the Management of e-Business. [s.i.]: [s.n.]. 2009.

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.

1.1 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 paciente;
- 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.

alergia ou hipersensibilidade

reatividade alterada a um antígeno, pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição

subsequente àquele antígeno particular¹⁰.

alta de internação

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

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 liófilo 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 oportuna¹¹.

criticidade da alergia ou reação adversa

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

- **alta** - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe 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

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.¹⁰

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.¹⁰

¹⁰ Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 16472-1: Sumário de alta para continuidade do cuidado. 2016.

¹¹ Brasil. 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.

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.¹⁰

modalidade assistencial

classificação do contato com o serviço de saúde de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento¹².

- **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 social¹³.
- **Ambulatorial Especializada:** atenção à saúde de caráter ambulatorial composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.
- **Atenção Hospitalar:** atenção à saúde prestada a um indivíduo por razões clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas que demandem a ocupação de um leito de internação por um período igual ou superior a 24 horas.
- **Atenção Intermediária:** atenção à saúde intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do 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 decorrentes 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.¹²

- **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

¹²Ministério 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>.

¹³Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

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.¹⁰

procedimento diagnóstico

métodos, procedimentos e ensaios feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função.¹⁰

procedimento terapêutico

procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doença.¹⁰

procedimento cirúrgico

operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões, diagnóstico e cura de certas doenças.¹⁰

profissional de saúde

indivíduo que atua na prestação direta ou indireta de serviços de saúde.¹⁰

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.¹⁰

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
JCI	Joint Commission International
ISO	International Organization for Standardization
RES	Registro Eletrônico em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação

4 Usos

O Sumário de Alta é um documento essencial para:

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

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

Contribuir para reduzir o número de re-internações evitáveis;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos 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 da alta, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do sumário de alta;

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

Alimentar o Registro Pessoal de Saúde do Paciente;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

5 Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que fazem parte do modelo de informação do Sumário de Alta. 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 é opcional e, se ocorrer, só deve aparecer uma vez;
[1..1] – indica que o elemento é obrigatório e deve estar presente uma única vez;
[0..n] – indica que o elemento é opcional e pode ocorrer várias vezes;
[1..n] – indica que o elemento é obrigatório, deve aparecer uma vez e pode ocorrer várias vezes;
- Coluna 3 – Elemento: apresenta o elemento a ser informado;
- Coluna 4 – Tipo de dados: descreve o tipo de dado a ser preenchido

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 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: Domicílio, Instituição/Abrigo, Unidade prisional ou congêneres, Unidade socioeducativa, Outros.
2	[1..1]	Procedência	Texto codificado: 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: Eletiva; Urgência
2	[1..1]	Data e hora da internação	Texto padronizado conforme capítulo 6
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: Atenção Domiciliar;

			Atenção Hospitalar; Atenção Intermediária; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência/Emergência;
1	[1..1]	Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação	
2	[1..1]	Terminologia que descreve o diagnóstico	Identificador Único do Objeto
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve o diagnóstico	Texto livre
2	[1..N]	Diagnósticos	
3	[1..1]	Diagnóstico	Texto codificado por terminologia externa
3	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado: Principal; Secundário
3	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado: Sim; Não; Desconhecido
3	[1..1]	Categoria de atividade	Texto Codificado: Ativo; Inativo
3	[1..1]	Estado de resolução	Texto Codificado: Resolvido; Resolvendo; Não resolvido; Indeterminado
1	[0..1]	Restrições funcionais e incapacidades em saúde	
2	[1..1]	Terminologia que descreve a restrição funcional ou incapacidade	Identificador único do Objeto
2	[1..1]	Nome e versão da terminologia que descreve a restrição funcional ou incapacidade	Texto livre
2	[0..N]	Restrições funcionais ou incapacidades	
3	[1..1]	Restrição funcional ou incapacidade	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
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: Cirúrgico; Diagnóstico; Terapêutico
3	[1..1]	Status do procedimento	Texto codificado: Concluído; Suspendido; Solicitado
3	[0..1]	Resultado ou observações do procedimento	Texto livre
1	[1..1]	Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação	
2	[1..1]	Descrição da evolução clínica do indivíduo durante a internação	Texto livre
1	[0..1]	Alergias e/ou reações adversas na internação	
2	[1..N]	Alergia e/ou reação adversa	
3	[1..1]	Categoria do agente causador da alergia ou reação adversa	Texto codificado: Alimento; Medicamento; 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/hora da instalação da reação	Texto padronizado

		adversa	conforme capítulo 6
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 capítulo 6
5	[1..1]	Unidade farmacêutica	Texto codificado por terminologia externa
5	[1..1]	Frequência de uso do medicamento	Texto padronizado conforme capítulo 6
5	[1..1]	Via de administração	Texto codificado por terminologia externa
5	[1..1]	Duração de uso do medicamento	Texto padronizado conforme capítulo 6
5	[1..1]	Estado do medicamento	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
1	[1..1]	Informações da alta	
2	[1..1]	Data e hora da saída da internação	Texto padronizado conforme capítulo 6
2	[1..1]	Condição do indivíduo na alta	Texto codificado: Bom estado geral; Falecido; Inalterado; Melhorado; Piorado
2	[1..1]	Desfecho da internação	Texto codificado: 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
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.

- a) P é o descritor de duração (historicamente conhecida como "período") e deve ser colocado no início da representação de duração;
- b) Y é o descritor de ano e segue o valor do número de anos;
- c) 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 Sumário de Alta de Internação 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.