



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO



Publicado em: 08/01/2018 | Edição: 5 | Seção: 1 | Página: 1-49
Órgão: Comissão Intergestores Tripartite

RESOLUÇÃO Nº 34, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017

ANEXO

Altera o modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD).

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

Considerando o Decreto de 29 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde;

Considerando a Resolução CIT nº 06, de 25 de agosto de 2016, que institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD) e que descreve o seu modelo de informação;

Considerando as definições aprovadas pelo Comitê Consultivo Permanente do CMD, composto por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Departamento de Informática do SUS da Secretaria Executiva (DATASUS/SE/MS) e Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS), e que tem por objetivo apoiar o desenvolvimento, a implantação e a manutenção evolutiva do CMD;

Considerando a reunião do Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, realizada em 11 de dezembro de 2017, na qual houve aprovação das sugestões de alterações do referido modelo de informação;

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 14 de dezembro de 2017, resolve:

Art. 1º - Fica alterado o modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), que passa a vigorar com a redação, estrutura e conteúdo apresentados no anexo desta resolução.

Art. 2º - Para fins de registro dos contatos assistenciais no CMD, são adotados os seguintes conceitos:

I - de Procedência:

- a) Ordem Judicial: indivíduo atendido por força de uma determinação judicial;
- b) Retorno: indivíduo orientado a retornar ao serviço para continuidade do cuidado;
- c) Demanda espontânea: indivíduo chega ao serviço de saúde por iniciativa própria ou acompanhado por um responsável, sem encaminhamento formal de outro serviço;
- d) 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;

II - de Modalidade Assistencial:

- a) Atenção Básica: atenção à saúde realizada por equipes multiprofissionais, obedecendo aos princípios da territorialidade e longitudinalidade, coordenando ou integrando o cuidado da rede;

b) 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;

c) 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;

d) 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;

e) 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;

f) 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;

g) Atenção à Urgência/Emergência: atenção à saúde não programada destinada ao indivíduo cuja severidade de seus agravos ou lesões necessite de atendimento em tempo hábil e oportuno.

III - de Caráter do Atendimento:

a) Eletivo: é o atendimento previamente programado ou agendado;

b) Urgência: é o atendimento ao indivíduo cuja severidade dos agravos ou lesões demanda atendimento em tempo hábil e oportuno, não sendo possível programar ou agendar previamente.

IV - de Motivo de Desfecho:

a) Alta Clínica: conclusão do contato assistencial, sem necessidade imediata de continuidade do cuidado, confirmada pelo profissional responsável;

b) Encaminhamento: conclusão do contato assistencial com orientação do profissional responsável para continuidade do cuidado em outro ponto de atenção;

c) Transferência: conclusão do contato assistencial por necessidade imediata de continuidade do cuidado em outro estabelecimento de saúde, confirmada pelo profissional responsável;

d) Retorno: conclusão do contato assistencial com orientação do profissional responsável para continuidade do cuidado no mesmo ponto de atenção;

e) Alta Voluntária: conclusão do contato assistencial por decisão do indivíduo comunicada ao estabelecimento de saúde, sem que o profissional de saúde responsável pela sua assistência confirme a finalização do cuidado;

f) Ordem Judicial: conclusão do contato assistencial ocorrida quando o estabelecimento de saúde recebe uma ordem do juiz para dar alta ao indivíduo;

g) Evasão: conclusão do contato assistencial ocorrida quando o indivíduo abandona o estabelecimento de saúde por vontade própria sem solicitação ou condição de saúde que permita sua saída confirmada pelo profissional responsável pela sua assistência;

h) Óbito: conclusão do contato assistencial em decorrência da morte do indivíduo;

i) Permanência: conclusão parcial do contato assistencial ocorrida quando o indivíduo permanece em tratamento, mas o estabelecimento de saúde, por qualquer motivo, deseja enviar as informações do contato assistencial.

V - de Financiamento:

a) Sistema Único de Saúde (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 reverterem 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);

b)Particular: as ações e serviços de saúde são custeados diretamente por uma pessoa física ou jurídica;

c)Plano de Saúde Público: as ações e serviços de saúde são custeados 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;

d)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 3 de junho de 1998;

e)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.

Art. 3º Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

Modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados.

A Tabela abaixo 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 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dados	Conceito/Observações
1	[1..1]	Identificação do Indivíduo		Indivíduo: pessoa que recebe o atendimento registrado no contato assistencial. Todos os campos são de preenchimento obrigatório, exceto se o indivíduo não puder ser identificado durante o
				contato assistencial, sendo preenchida a justificativa da ausência do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
2	[0..1]	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Número do CNS	Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. (Prt. nº 940/GM/MS/2011)
2	[0..1]	Justificativa da impossibilidade de identificação do Indivíduo	Texto codificado: Indivíduo acidentado grave; Indivíduo psiquiátrico encontrado em via pública; Indivíduo com	Razão pela qual não foi possível obter os dados de identificação do indivíduo no contato assistencial. (Port. nº 84/SAS/MS/1997 e Port. nº 02/SAS/SGEP/MS/2012)

			problema neurológico grave ou comatoso; Indivíduo incapacitado por motivos sociais e/ou culturais;	
			Indivíduo doador de órgãos falecido	
2	[0..1]	Nome completo	Caracteres alfanuméricos	
2	[0..1]	Nome completo da mãe	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	Característica declarada pelas pessoas. (IBGE)
2	[1..1]	Data de nascimento	Data conforme ISO 8601	Estima-se e informa-se apenas o ano de nascimento para contatos assistenciais de indivíduos sem identificação.
2	[0..1]	País de nascimento	Texto codificado conforme CNS	O CNS utiliza os mesmos códigos do IBGE.
2	[0..1]	Município de nascimento	Texto codificado conforme IBGE	Preenchido somente se o país de nascimento for o Brasil.
2	[0..1]	País de residência	Texto codificado conforme CNS	O CNS utiliza os mesmos códigos do IBGE.
2	[0..1]	Município de residência	Texto codificado conforme IBGE	Preenchido somente se o país de residência for o Brasil.
2	[0..1]	CEP de residência	Texto codificado conforme Correios	Preenchido somente se o país de residência for o Brasil.
1	[1..1]	Informações do Contato Assistencial		
2	[1..1]	Estabelecimento de Saúde	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Número de identificação no CNES do estabelecimento de saúde que realizou o contato assistencial
2	[1..1]	Dados da admissão		Admissão: aceitação do indivíduo para assistência em um estabelecimento de saúde. (adaptado de Admissão do Paciente, DeCS)
3	[1..1]	Data da admissão	Data conforme ISO 8601	Data da aceitação do indivíduo para início do contato assistencial.
3	[1..1]	Procedência	Texto codificado: Ordem Judicial; Retorno; Demanda espontânea; Demanda referenciada	Identifica o serviço que encaminhou o indivíduo ou a sua iniciativa/de seu responsável na busca pelo acesso ao serviço de saúde.
3	[1..1]	Modalidade assistencial	Texto codificado: Atenção Básica; Ambulatorial Especializada; Atenção hospitalar; Atenção Intermediária;	Classifica os contatos assistenciais de acordo com as especificidades do modo, local e duração do atendimento.

			Atenção Domiciliar; Atenção Psicossocial; Atenção à Urgência/Emergência	
3	[1..1]	Caráter do atendimento	Texto codificado: Eletivo; Urgência	Identifica o contato assistencial de acordo com a prioridade de sua realização.
2	[1..1]	Dados do desfecho		Desfecho: conclusão do contato assistencial.
3	[1..1]	Motivo do desfecho	Texto codificado: Alta Clínica; Encaminhamento; Transferência;	Caracteriza o motivo de conclusão total ou parcial do contato assistencial.
			Retorno; Alta Voluntária; Ordem Judicial; Evasão; Óbito; Permanência	
3	[0..1]	Data de desfecho	Data conforme ISO 8601	
1	[1..1]	Problema(s)/Diagnóstico(s) Avaliado(s)		Informações sobre a condição de saúde, lesão, deficiência ou qualquer outra questão que afete o bem-estar físico, mental ou social de um indivíduo
				identificadas em um contato assistencial. (adaptado do conceito de Problema/Diagnóstico do Clinical Knowledge Manager/OpenEHR)
2	[1..N]	Terminologia que descreve o problema/diagnóstico	Texto codificado conforme OID	Identificador da terminologia que será utilizada para informar os problemas/diagnósticos avaliados.
3	[1..1]	Versão da terminologia	Caracteres numéricos representando uma data em formato YYYYMMDD	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o problema/diagnóstico no contato assistencial.
4	[1..N]	Problema/Diagnóstico	Texto codificado por terminologia externa	
5	[1..1]	Indicador de presença na admissão	Texto Codificado: Sim; Não; Desconhecido	Identifica se o problema/diagnóstico é previamente conhecido na admissão do indivíduo para o contato assistencial.
5	[1..1]	Categoria do diagnóstico	Texto Codificado: Principal; Secundário	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. (Prt. nº 1.324/SAS/MS/2014).
1	[1..1]	Procedimento(s) Realizado(s)		
2	[1..N]	Financiamento	Texto codificado	Terminologia que descreve o agente, instituição ou entidade responsável por custear as ações e serviços de saúde.

3	[1..N]	Terminologia que descreve o procedimento realizado	Texto codificado conforme OID	Identificador da terminologia que será utilizada para informar o(s) procedimento(s) realizado(s).
4	[1..1]	Versão da terminologia	Caracteres alfanuméricos representando uma data e uma letra ao final em formato YYYYMMDD	Identificador da edição da terminologia utilizada para descrever o procedimento realizado.
5	[1..N]	Procedimento(s) realizado(s)	Texto codificado por terminologia externa	Ação de saúde realizada no indivíduo durante um contato assistencial.
6	[1..1]	Quantidade	Caracteres numéricos	Número de vezes que o procedimento foi realizado na data informada.
6	[1..1]	Data da realização	Data conforme ISO 8601	Data que o procedimento foi realizado.
6	[0..1}	Número de autorização	Caracteres alfanuméricos	Identificador da permissão para a realização de um procedimento.
6	[1..N]	Classificação Brasileira de Ocupação/Ministério do Trabalho e Emprego (CBO/MTE) do profissional	Texto codificado conforme CBO/MTE	Atividade desempenhada pelo profissional que realizou o procedimento.
7	[0..1]	CNS do profissional	Número do CNS	Número válido do CNS do profissional no CNES do estabelecimento de saúde ou do seu terceiro que identifica de forma unívoca o profissional que realizou o procedimento.
8	[0..1]	Estabelecimento de saúde terceiro	Número de CNES	Número válido de um estabelecimento de saúde que identifica o serviço terceiro do estabelecimento de saúde do contato assistencial.
8	[0..1]	Equipe de saúde	Número do Identificador Nacional de Equipe (INE)	Número válido do INE no CNES do estabelecimento de saúde ou do terceiro que realizou o procedimento e que identifica um conjunto de profissionais de saúde destinado a um contato assistencial

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde