



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO AVALIAÇÃO E CONTROLE

COORDENAÇÃO GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

JUNHO_2009

VERSÃO 01-2009

Este Manual é atualizado periodicamente pela CGSI

As alterações em relação à última versão de

OUTUBRO NOVEMBRO 2008 estão marcadas em vermelho. Foi

feita uma revisão ortográfica.

MÓDULO I

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

BRASÍLIA/DF

© 2009 - Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Coordenação Geral de Sistemas de Informação

Esplanada dos Ministérios, Edifício Anexo, bloco B, 4.º andar, sala 454 B

CEP: 70.058-900 - Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2698 / 3315-2437

Home page: www.saude.gov.br/sas

Email: cgsi@saude.gov.br

Coordenação: Luzia Santana de Sousa

Elaboração: Ana Lourdes Marques Maia

Colaboração: Equipe Técnica da Coordenação Geral de Sistemas de Informação e Técnicos de Estados e Municípios por meio da lista descentralizacao.aih@listas.datasus.gov.br

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO.....	8
2. INTRODUÇÃO.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
4. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS.....	9
4.1 CONSULTA/ATENDIMENTO.....	9
4.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH.....	10
4.3 EMISSÃO DA AIH.....	10
4.4 PROCESSOS DE PREENCHIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE AIH.....	11
4.5 APRESENTAÇÃO DA AIH – SISTEMA DO PRESTADOR SISAIH01.....	12
5. EMISSÃO DE NOVA AIH PARA UM MESMO PACIENTE NA MESMA INTERNAÇÃO.....	12
5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA.....	12
5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA.....	13
5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA.....	13
5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA.....	13
5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA.....	13
5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA.....	13
5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA.....	13
5.8 PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, INTERNAÇÃO DOMICILIAR, AIDS e TUBERCULOSE.....	13
5.9 EM CLÍNICA MÉDICA.....	13
5.10 POLITRAUMATIZADO/CIRURGIA MÚLTIPLA.....	13
5.11 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH.....	14
6. ESPECIALIDADE DO LEITO/ CARÁTER DE ATENDIMENTO/MOTIVO DE SAÍDA/PERMANÊNCIA/ALTA.....	14
6.1 ESPECIALIDADE DO LEITO.....	14
6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO.....	14
6.3 MOTIVO DE SAÍDA / PERMANÊNCIA / ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO.....	15
7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO - (ANTIGA ESPECIALIDADE).....	15
7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES.....	16
8. SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO.....	17
8.1 DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICA.....	17
8.2 DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA.....	17
8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA.....	18

8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA.....	18
8.5 MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH.....	18
9. TRATAMENTO DE POLITRAUMATIZADO.....	18
10. CIRURGIAS MÚLTIPLAS.....	21
11. PACIENTES COM LESÃO LABIO-PALATAL E CRÂNIOFACIAL.....	23
12. TRATAMENTO DE AIDS.....	23
12.1 MODALIDADE HOSPITALAR NO TRATAMENTO DA AIDS.....	23
12.2 MODALIDADE HOSPITAL DIA/AIDS.....	24
12.3 LIPODISTROFIA.....	24
13. REGISTRO DE DIÁRIAS NA AIH.....	25
13.1 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE.....	25
13.2 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA IDOSO.....	25
13.3 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA GESTANTE.....	25
13.4 DIÁRIAS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO/UTI.....	26
13.5. DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL – UCI.....	27
14. PERMANÊNCIA A MAIOR.....	27
15. ATENDIMENTO CLÍNICO (CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO).....	28
16. QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH.....	28
16.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM EM PROCEDIMENTOS (COMPATIBILIDADE).....	29
17. DIÁLISE PERITONIAL E HEMODIÁLISE.....	29
18. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNETICA.....	30
19. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.....	31
20. TRANSFUÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO OU TROCA (EXSANGÜINEOTRANSFUÇÃO).....	32
21. ALBUMINA HUMANA.....	32
22. HEMOTERAPIA.....	32
22.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL.....	33
22.2 TRANSFUÇÃO SANGÜÍNEA.....	33
22.3 ATO TRANSFUSIONAL.....	33
22.4 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA - (HEMOCENTROS).....	34
22.5 ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO DE HEMOTERAPIA NA AIH.....	35
23. FISIOTERAPIA.....	36
24. RADIOLOGIA.....	36
25. ULTRA-SONOGRAFIA.....	36

26. PATOLOGIA CLÍNICA	36
27. ANATOMIA PATOLÓGICA	36
28. REGISTRO DE ANESTESIAS NA AIH	37
28.1 ANESTESIA REGIONAL	38
28.2 ANESTESIA GERAL.....	38
28.3 SEDAÇÃO	38
28.4 ANESTESIA LOCAL.....	38
28.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO	38
28.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA	39
28.7 ANESTESIA EM QUEIMADOS	39
29. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS –OPM	39
29.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS E FORNECEDORES CADASTRADOS NA ANVISA	39
30. ACIDENTE DE TRABALHO	42
30.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO.....	42
31. VIDEOLAPAROSCOPIA.....	42
32. ATENDIMENTO EM OBSTETRICIA	43
32.1 PARTO NORMAL	43
32.2 ATENDIMENTO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	43
32.3 PARTO GEMELAR E EXAME VDRL NA GESTANTE.....	44
32.4 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES.....	44
33. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)	44
34. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN) – EMISSÃO DE AIH PARA O RN.....	45
34.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM NASCIDO.....	46
34.2 ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO	46
34.3. REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	46
35. FATORES DE COAGULAÇÃO	47
36. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO DEPENDENTE ÁLCOOL E DROGAS	47
37. PSIQUIATRIA	48
37.1 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL	50
37.2 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL.....	50
37.2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL	51
37.2.2 LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL.....	51
38. ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS	51
38.1 PEQUENO QUEIMADO	51
38.2 MÉDIO QUEIMADO.....	51
38.3 GRANDE QUEIMADO	51

38.4 INTERCORRENCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO	52
39. PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS	52
40. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	54
41. TRATAMENTO DA HANSENÍASE	54
42. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO	54
43. DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA.....	55
44. TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA	55
45. ATENÇÃO AO IDOSO	55
46. INTERNAÇÃO DOMICILIAR.....	56
47. HOSPITAL DIA	57
47.1. HOSPITAL DIA EM GERIATRIA	57
47.2 HOSPITAL DIA PARA PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA	57
48. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH	58
48.1 CICLOSPORINA	58
49. TRANSPLANTES	58
49.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ORGAOS TECIDOS E CELULAS.....	58
49.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	59
49.3 ENTREVISTA FAMILIAR.....	60
49.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS.....	60
49.5 COORDENAÇÃO SALA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE.....	60
49.6 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/RETIRADA DE ÓRGÃOS.....	60
49.7 RETIRADA DE CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO DE VÁLVULAS/TUBOVALVADO PARA TRANSPLANTE	61
49.8 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO HUMANO.....	61
49.8.1 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO CARDÍACO HUMANO	61
49.8.2 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA CARDÍACA HUMANA	61
49.9 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	61
49.10 PROCEDIMENTOS DE RETIRADA DE ÓRGÃOS	62
49.11 PROCESSAMENTO DE CORNEA/ESCLERA	62
49.12 PROCEDIMENTOS AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CELULAS.....	62
49.13 RETIRADA DE ORGÃOS	63
49.13.1 RETIRADA DE ÓRGÃOS EFETUADA NO HOSPITAL EM QUE FOI REALIZADO O PROCEDIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS:	63

49.14 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE	65
49.15 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS.....	65
49.16 ATENDIMENTO REGIME DE HOSPITAL-DIA P/ INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	66
49.17 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA.....	66
49.18 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA – APARENTADO	66
49.19 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA - NÃO APARENTADO	67
50. ONCOLOGIA	67
51. ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR.....	67
52. EPILEPSIA.....	69
53. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	70
54. NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	70
55. DISTÚRBIOS DO SONO – POLISSONOGRAMIA	72
56. GASTROPLASTIA.....	72
57. TRATAMENTO DA OSTEOGENESIS IMPERFECTA	73
58. TERAPIA NUTRICIONAL	73
59. OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	75
60. INFORMAÇÕES ADICIONAIS.....	75
60.1 CADASTRO E PAGAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA	75
60.2 AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	76
60.3 ALTA POR ÓBITO.....	76
60.4 HABILITAÇÃO.....	76
61. RATEIO DE PONTOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SP NA AIH	76
62. COMPATIBILIDADES E EXCLUDÊNCIAS	78
62.1 CID X PROCEDIMENTO	78
63. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA	78
64. AUDITORIA	79
65. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	80

1. APRESENTAÇÃO

Este Manual é uma iniciativa do Ministério da Saúde para auxiliar gestores, prestadores e profissionais de saúde que em sua rotina trabalha com os sistemas de entrada de dados e processamento do atendimento na rede pública e complementar do Sistema Único de Saúde/SUS.

Os sistemas objeto deste manual são:

1. **Sistema de Entrada de Dados da Internação/SISAIH01** que é utilizado pelo estabelecimento de saúde onde ocorre o atendimento ao paciente.
2. **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado/SIHD** a partir do qual são compactadas as informações de toda a rede e enviadas para o nível federal que se encarrega da disseminação das informações. Este sistema é uma ferramenta que subsidia o trabalho de controle, avaliação e auditoria do SUS no nível local.

Neste texto está detalhado o que deve ser observado na entrada dos dados nos sistemas, possibilitando, ao final do processamento, a geração de informações qualificadas, que alimentam o Banco de Dados Nacional.

O Manual é composto por dois módulos:

1. **Módulo I** – para gestores locais e prestadores - contém as orientações técnicas para profissionais de saúde, gestores e prestadores, as quais subsidiam, não só quanto às regras dos sistemas, mas quanto às políticas de saúde prioritárias e sua normatização.
2. **Módulo II** – para prestadores - contém as orientações operacionais para instalação, alimentação, operação e processamento do SISAIH01 para os técnicos do estabelecimento de saúde (médicos, enfermeiros, demais profissionais de nível superior, técnicos de informática, faturistas, supervisores e autorizadores), responsáveis pela alimentação e processamento do SISAIH01.

Há meios formais de interação e contribuição entre todos os interessados no melhor desempenho destes sistemas, meios estes disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Todas as contribuições são bem vindas e podem ser enviadas pelo *email*: descentralizacao.aih@listas.datasus.gov.br.

2. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei N.º 8.080/90 e pela Lei N.º 8142/90. Com o SUS, surgiu também a necessidade de um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS pela Portaria GM/MS n.º 896/90. Desde então, são publicadas Portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema. A Autorização de Internação Hospitalar/AIH é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços.

Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, Distrito Federal e municípios foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/SUS necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da Portaria GM/MS n.º 396/00, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, bem como a atualização anual deste Manual de Orientações Técnicas e Operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das - AIH era centralizado no Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do SUS/DATASUS/SE/MS. A Portaria GM/MS n.º 821/04 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS.

Com a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, a partir de janeiro de 2008, definida pela Portaria SAS n.º 3848/07, nova versão do Manual do SIH vem sendo disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da Tabela e do Sistema de Gerenciamento/SIGTAP.

3. OBJETIVOS

- I. Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.
- II. Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos Laudos para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar.
- III. Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do Sistema de Informação Hospitalar.
- IV. Orientar Gestores Estaduais e Municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS/SIGTAP.
- V. Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.
- VI. Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.
- VII. Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.
- VIII. Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde.

4. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo.

Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela Central de Regulação ou SAMU, onde houver.

4.1 CONSULTA/ATENDIMENTO

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do Sistema Único de Saúde. O profissional médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicita a Autorização para Internação Hospitalar/AIH, devendo obrigatoriamente preencher o Laudo para Solicitação de AIH.

4.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO É DIFERENTE DE AIH.

O Laudo é o documento utilizado para solicitar a autorização internação hospitalar.

O Laudo é preenchido em duas vias carbonadas, sendo uma anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada pelo gestor.

O Laudo contém dados de identificação do paciente, informações de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares, e descrição das condições que justificam a internação do paciente, além da hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo.

Existe o modelo padronizado de Laudo para Solicitação de AIH que está disponibilizado no sítio <http://sihd.datasus.gov.br>, mas é possível a utilização de modelos próprios, desenvolvidos por gestores locais ou prestadores, desde que contenha os dados necessários à alimentação do SISAIH01.

O Laudo deve ser preenchido em duas vias pelo profissional Assistente/Solicitante de forma legível e sem abreviaturas. A primeira via é enviada ao órgão Gestor Local para autorizar a emissão da AIH e a segunda via é anexada ao prontuário do paciente.

O preenchimento do Laudo deve ser feito pelo médico, odontólogo ou enfermeiro obstetrix que está assistindo ao paciente, nos casos eletivos, devendo a autorização ocorrer **antes da internação**. Nos casos de urgência, o preenchimento deve ser feito na ocasião da internação e a autorização pelo gestor deve ocorrer até 72 horas após o momento da internação. A autorização pode ser concedida pelo autorizador no próprio estabelecimento, quando de natureza pública e na rede complementar, se o gestor dispuser de equipe de autorizadores que se desloquem aos hospitais. Ou, o laudo deve ser enviado ao órgão gestor local e lá ser autorizado. Os laudos autorizados passam a ter o número da AIH, essencial para o registro das informações no SISAIH01. A digitação dos laudos e das demais informações sobre as internações podem ser digitadas antes mesmo de o hospital conhecer o número da AIH. Quando receber o número é só inserir no sistema. Veja o Manual do SISAIH01 – Módulo II, disponível no site <http://sihd.datasus.gov.br> ou nas Versões do SISAIH01.

Laudos com rasuras serão rejeitados pelos supervisores/autorizadores.

Não há, por parte do Ministério da Saúde, nenhuma exigência de emissão de AIH em papel, ou melhor, a prática de AIH em papel foi extinta desde a implantação da AIH magnética em 2001, o que representa economia substancial no processo de internamento de pacientes no SUS. O detalhamento do preenchimento do laudo está no Módulo II deste Manual.

4.3 EMISSÃO DA AIH

Existem dois tipos de AIH: Tipo 1 que é para internamento inicial e **Tipo 5** que é de continuidade. Nos casos de internação eletiva, o paciente ou seu responsável de posse do Laudo para Solicitação de AIH preenchido, pode encaminhar-se ao órgão gestor local, onde será analisado pelo profissional autorizador.

O autorizador pode encaminhar das seguintes formas:

1. As informações são insuficientes para autorizar. Solicita dados adicionais.
2. As informações são satisfatórias e permitem com segurança autorizar a emissão da AIH. Autoriza a internação.

O responsável no Órgão Emissor preenche o campo do laudo que informa que a AIH está autorizada, fornece o número daquela AIH e identifica o profissional que autorizou.

No passado a AIH tinha objetivo quase exclusivo de pagamento, ficando em plano secundário as razões clínicas.

Nos casos em que tecnicamente a internação é considerada desnecessária, a critério do autorizador, a internação poderá ser apresentada com os procedimentos e códigos abaixo:

- 03.01.06.001-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA PEDIÁTRICA - Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica pediátrica.
- 03.01.06.007-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA - Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico para clínica cirúrgica.
- 03.01.06.008-8 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA - Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica médica.

4.4 PROCESSOS DE PREENCHIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE AIH

Não existe mais o formulário de AIH impresso (inclusive a antiga “minissaia ou cheque”)

Este impresso foi **EXTINTO** desde 2001, com a AIH magnética. Algumas Secretarias Estaduais de Saúde continuam imprimindo as “AIH 7 e mini saias ou cheques”. A manutenção deste processo é desperdício de recursos públicos. No prontuário do paciente deve ser arquivado o **número** da AIH autorizada pelo gestor.

A assinatura e preenchimento dos “cheques” no hospital foram extintos, assim o supervisor terá mais tempo para atividades de controle e avaliação.

O NÚMERO da AIH autorizada pode ser gerado pelo gestor das seguintes formas:

- I. Gerado a partir do MÓDULO AUTORIZADOR;
- II. Etiquetas impressas, que podem ser autocolantes com numeração gerada a partir de aplicativo específico;
- III. Impressa em papel comum que pode ser colado no laudo de solicitação de AIH;
- IV. Este número pode ser manuscrito e controlado por protocolo de entrega pelo gestor ao autorizador.
- V. Pode ser usado um **CARIMBO DATADOR AUTOMÁTICO. O Laudo de Internação deve ser carimbado nas duas vias.** A programação para gerar numeração da AIH é a seguinte:
 - Primeiro e segundo dígitos correspondem a Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (ex: 25 – Paraíba, 31 – Minas Gerais), exceto nos casos das séries numéricas de internação específicas da CNRAC, que iniciarão com o número 99 indicando que corresponde a todo Brasil, sem divisão por unidade federada.
 - Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 06 para 2006).
 - Quinto dígito deverá ser o número 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral.
 - Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999.
 - O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador, calculado pelo programa “DR SYSTEM”.

A duplicação vai implicar em rejeição da AIH por “duplicidade” no Banco de Dados Nacional (com a crítica “AIH já utilizada em outro processamento”).

Não há consistência de repetição de número de AIH no SISAIH01, portanto a AIH será normalmente consistida neste aplicativo. No site <http://sihd.datasus.gov.br> em Remessas de AIH pode ser feita a consulta digitando o número da AIH para saber se aquele número já foi utilizado em outra competência por qualquer outro estabelecimento.

O Módulo Autorizador é um aplicativo disponibilizado pelo DATASUS. Ele gera o número de AIH automaticamente, necessitando apenas da informação de um intervalo da série numérica. Este aplicativo pode ser obtido para *download* no site <http://sihd.datasus.gov.br>

O arquivo gerado no SISAIH01 deve ser entregue ao gestor local a cada competência. Este arquivo deve ser em **meio magnético seguro, prioritariamente em CD ROM ou através de um email** especificamente criado pelo gestor local, utilizando obrigatoriamente o aviso de entrega e de leitura, que funcionará como comprovante. Pode ainda, o arquivo ser gravado em *pendrive* e copiado pelo gestor na presença do prestador e assinado o recibo que é gerado pelo SISAIH01 no fechamento da competência.

Em **última hipótese** pode ser usado **disquete**, uma vez que este meio é inseguro que é danificado facilmente.

Não é permitido que o médico que solicita a internação autorize a AIH desta mesma internação. Devem ser profissionais diferentes: o assistente e o autorizador da AIH.

Não há impedimento legal para que um médico autorizador seja também médico assistencial em estabelecimentos que estejam sob a gestão onde ele é autorizador

Estes autorizadores designados pelo gestor devem ter vínculo público. O autorizador não deve ter vínculo apenas com hospitais privados ou filantrópicos.

A validade da AIH segue a seguinte sistemática:

- Caso uma AIH seja apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade, pode ser reapresentada até o 6º mês a contar do mês de alta do paciente.
- AIH apresentada com mais de 04 (quatro) meses do mês da alta, será rejeitada em definitivo.

4.5 APRESENTAÇÃO DA AIH – SISTEMA DO PRESTADOR SISAIH01

O preenchimento da AIH deve ser feito no SISAIH01. Alterações nas regras ou no sistema são colocadas no site <http://sihd.datasus.gov.br> sendo **importantíssimo** o acesso diário deste site por gestores e prestadores de serviços para acompanharem novas versões, portarias ou avisos.

Todos devem acessar e baixar mensalmente as versões atualizadas dos Sistemas de Informação no *site* <http://sihd.datasus.gov.br>. O Módulo II deste manual tem as instruções de instalação e operação do SISAIH01.

5. EMISSÃO DE NOVA AIH PARA UM MESMO PACIENTE NA MESMA INTERNAÇÃO

A emissão de nova AIH é para o mesmo paciente é possível nas condições abaixo:

O motivo de saída deve ser: 2 – Permanência ou 5.1 - Encerramento Administrativo utilizado quando é necessário emitir nova AIH para o mesmo paciente na mesma internação, nos casos abaixo:

5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA

Quando uma nova cirurgia em ato anestésico diferente durante a mesma internação do mesmo paciente. Neste caso está incluída também a reoperação.

5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA

No caso de uma internação, originalmente para procedimento obstétrico e que precisa de intervenção cirúrgica fora da obstetrícia ou quando o ato for realizado em ato anestésico diferente.

5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA

Nos casos em que realizar parto e/ou intervenção cirúrgica obstétrica em paciente que havia sido internada por outro motivo não relacionado à obstetrícia no momento da internação.

5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA

Quando houver duas intervenções obstétricas em tempos cirúrgicos diferentes, numa mesma internação.

5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA

Nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela para o procedimento que gerou a internação.

5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA

Se esgotado o tempo de permanência para o procedimento, o paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não conseqüente ao ato cirúrgico.

5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA

Em casos clínicos onde, no decorrer do internamento, haja uma intercorrência cirúrgica, não relacionada diretamente com a patologia clínica, depois de ultrapassada a metade dos dias da média de permanência para o procedimento clínico que gerou a internação.

5.8 PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, INTERNAÇÃO DOMICILIAR, AIDS e TUBERCULOSE.

Quando no decorrer da internação, o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia.

5.9 EM CLÍNICA MÉDICA

Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia, 03 dias após a alta da primeira internação.

5.10 POLITRAUMATIZADO/CIRURGIA MÚLTIPLA

Pode ser emitida uma nova AIH para o Tratamento de Politraumatizados e Cirurgia Múltipla nos casos em que é preciso reoperar o paciente no decorrer da mesma internação.

No caso do procedimento principal ser Politraumatizado e Cirurgia Múltipla e forem realizados mais de 05 (cinco) procedimentos principais, deve ser emitida nova AIH com motivo de saída – 5.1 - Encerramento administrativo.

5.11 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH

No caso de retorno do paciente com menos de 03 dias da alta, para o mesmo hospital e necessitando continuar internado pela mesma patologia, deve permanecer com a mesma AIH anterior. Não deve ser aberta nova AIH, mesmo que o internamento seja feito por médicos diferentes. Deve ser registrado na AIH o código de consulta de paciente internado, para cada médico que atender ao paciente.

6. ESPECIALIDADE DO LEITO/ CARÁTER DE ATENDIMENTO/MOTIVO DE SAÍDA/PERMANÊNCIA/ALTA

6.1 ESPECIALIDADE DO LEITO

Os leitos existentes no hospital e disponibilizados para o SUS devem estar adequadamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES, desmembrados por especialidade médica, dentro dos grandes blocos, como cirurgia e clínica, por exemplo.

O monitoramento mensal do CNES é condição para o recebimento dos Procedimentos Realizados em cada paciente. O erro de cadastro resulta em glosa de AIH.

Para efeito de preenchimento da especialidade do leito no SISAIH01, devem ser considerados os códigos conforme tabela abaixo:

CÓDIGO	NOME
01	CIRURGIA
02	OBSTETRÍCIA
03	CLÍNICA MÉDICA
04	CRONICOS
05	PSIQUIATRIA
06	PNEUMOLOGIA SANITÁRIA
07	PEDIATRIA
08	REABILITAÇÃO
09	HOSPITAL DIA – CIRÚRGICOS
10	HOSPITAL DIA – AIDS
11	HOSPITAL DIA – FIBROSE CÍSTICA
12	HOSPITAL DIA – INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTES
13	HOSPITAL DIA – GERIATRIA
14	HOSPITAL DIA – SAUDE MENTAL

6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO

Para registro do caráter de atendimento na AIH devem ser observados os códigos abaixo:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	Eletivo
02	Urgência
03	Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
04	Acidente no trajeto para o trabalho
05	Outros tipos de Acidente de Trânsito
06	Outros tipos de Lesões e Envenenamentos por agentes químicos ou físicos

6.3 MOTIVO DE SAÍDA / PERMANÊNCIA / ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

Para registro na AIH do motivo de saída do paciente do hospital ou para registrar a emissão de uma nova AIH numa mesma internação devem ser observados os códigos da tabela abaixo:

TABELA AUXILIAR MOTIVO DE SAÍDA/PERMANÊNCIA	
POR ALTA: 1	
1.1	Alta Curado
1.2	Alta Melhorado
1.3	Alta da Puérpera e permanência do recém-nascido
1.4	Alta a pedido
1.5	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
1.6	Alta por Evasão
1.7	Alta da Puérpera e recém-nascido
1.8	Alta por Outros motivos
POR PERMANÊNCIA: 2	
2.1	Por características próprias da doença
2.2.	Por Intercorrência
2.3	Por impossibilidade sócio-familiar
2.4	Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo
2.5	Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto
2.6	Por mudança de Procedimento
2.7	Por reoperação
2.8	Outros motivos
POR TRANSFERÊNCIA: 3	
3.1	Transferido para outro estabelecimento
POR ÓBITO: 4	
4.1	Com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente
4.2	Com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML
4.3	Com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito – SVO
POR OUTROS MOTIVOS: 5	
5.1	Encerramento Administrativo

O sistema paga o último dia de internamento nos motivos de permanência, óbito e transferência.

7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO - (ANTIGA ESPECIALIDADE)

Com a unificação das tabelas dos sistemas ambulatorial e hospitalar e com a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO foi adotada como forma de registro obrigatório para definir o profissional responsável ou habilitado para realizar determinado procedimento.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES desde a sua implantação adotou o CBO para identificação da ocupação dos profissionais. Esta tabela de CBO tem caráter nacional e está sob a responsabilidade e gestão do Ministério do Trabalho.

Por ser uma tabela para utilização em todos os sistemas nacionais que precisem da informação sobre ocupação de qualquer trabalhador, contribui para a qualidade da informação e

para a formação e cruzamentos dos Bancos de Dados Nacionais possibilitando estudos e levantamentos úteis para o planejamento e a avaliação de políticas públicas.

A informação a ser inserida no CNES deve ter como base a “ocupação” que determinado trabalhador “se ocupa” naquele estabelecimento de saúde. Este é o CBO que deve ser informado no CNES do estabelecimento. Para o caso de profissões que exigem diploma para o seu exercício (médico, enfermeiro etc.), é recomendável que se tenha por base os registros do setor administrativo/recursos humanos da instituição na qual presta serviço, como garantia de habilitação do profissional para aquela “ocupação”. É recomendável que, para os médicos especialistas, seja solicitado documento que comprove a especialização, não sendo, no entanto, obrigatório, especialmente pelas diferenças regionais no país e a conseqüente oferta de profissionais para o atendimento na rede de saúde. Para os procedimentos em que há definição e exigência nas políticas específicas, sabidamente as da alta complexidade, a especialização deve ser atendida.

7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES

Não é condição para o cadastramento de CBO/Classificação Brasileira de Ocupação de médicos e médicos residentes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES que o profissional seja portador de título de especialista. O CBO informado no CNES para o médico deve representar a real ocupação desempenhada pelo profissional no estabelecimento de saúde ao qual ele está vinculado. O CNES não é um instrumento de gestão de recursos humanos, mas de cadastro de estabelecimentos de saúde com relação à área física, equipamentos e profissionais.

Algumas portarias normativas da Alta Complexidade exigem que o médico tenha título de especialista para realização de determinados procedimentos. No entanto, a verificação de títulos é feita no ato da seleção e/ou contratação do médico pela instituição para compor equipe médica qualificada e não por exigência do CNES. A exigência de apresentação de título de especialista é prerrogativa do órgão, instituição ou estabelecimento na ocasião da contratação do médico, sendo o contratante responsável pelas informações inseridas no Módulo do Profissional do CNES.

Considerando que existem municípios que dispõem de apenas um médico ou pouco mais e, por esta razão este profissional desempenha várias ocupações tais como: clínico, pediatra, obstetra, cirurgião geral e anestesista. É recomendável que os antigos profissionais cadastrados no SIA como Plantonistas (58) ou Médico de qualquer especialidade (84) sejam cadastrados no CNES com estes CBO para garantir o registro da realização de todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade realizados. O SIGTAP foi atualizado na competência julho/2008, incluindo estes 5 CBO, conforme o caso, nos procedimentos de média complexidade, o que adéqua o sistema de informação e a realidade dos serviços de saúde.

Com relação ao CBO de anestesista, esclarecemos que a PT SAS/MS nº 98 de 26 de março de 1999 no seu Artigo 2º reforça e autoriza o registro de médicos da seguinte forma: “Fica autorizado o recadastramento/cadastramento, para a realização de atos anestésicos, de profissionais médicos, registrados nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina, mesmo que não possuam titulação de especialista em anestesiologia, naqueles municípios em que não existem profissionais com esta titulação ou cujo número ou disponibilidade para cadastramento não seja suficiente ao pleno atendimento aos pacientes do SUS.”

No SIGTAP, o CBO de anesthesiologista será compatível apenas com os procedimentos de anestesia (geral, regional, sedação e obstétrica). Observe-se o item anterior. No SISAIH01 e no SIHD os procedimentos cirúrgicos que incluem anestesia no seu valor, e, que, portanto, exigem dados complementares da equipe, ao abrir a janela para preenchimento da equipe cirúrgica, verifica a compatibilidade entre o procedimento e o CBO do cirurgião e não com o CBO dos auxiliares ou do anestesista. O sistema admite o mesmo CPF para o médico que exerceu a função/ocupação de anestesista e que também foi o cirurgião ou ainda o CPF de um dos auxiliares. O CPF do cirurgião não pode se repetir para registro como auxiliar, por

representar uma inverdade. O CBO dos auxiliares do cirurgião pode ser qualquer um da família 2231 (médico) ou 223268 (cirurgião buco-maxilo).

Quanto aos médicos residentes, há uma particularidade, estes devem ser cadastrados com o CBO de Programa de Residência Médica, ou seja, da ocupação que exercem no estabelecimento. A supervisão e o acompanhamento destes médicos nos hospitais é parte do programa de formação ao qual está matriculado. Existe CBO específico de médico residente 2231F9.

8. SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Durante a internação a hipótese diagnóstica inicial pode não ser confirmada ou pode surgir uma condição clínica superveniente. Ou ainda ser identificada outra patologia de maior gravidade ou complexidade ou intercorrência que implique na necessidade de mudança da conduta inicialmente recomendada ou da especialidade médica/leito. Nestes casos, o procedimento solicitado e autorizado no Laudo para Solicitação/AIH precisa ser modificado. Esta modificação deve ser feita mediante o preenchimento do Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar.

Nestas mudanças é preciso autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico nos estabelecimentos públicos e do Órgão Gestor nos estabelecimentos da rede complementar filantrópica ou privada. O modelo de Laudo Para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar está disponível no sítio: <http://sihd.datasus.gov.br>

No caso de mudança de procedimento, o código do novo procedimento será registrado no campo Procedimento Realizado, devendo ser marcado o campo de “sim” para Mudança de procedimento no SISAIH01.

Não é permitida mudança de procedimento, sob pena de rejeição da AIH, quando a mudança for de um procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia Múltipla de Lesões Lábio-Palatais, Tratamento da AIDS, Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e em Psiquiatria, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia.

Para autorizar a mudança de procedimento é importante que o autorizador observe: se o caso é eletivo ou urgência. Avaliar o tempo decorrido para solicitar a mudança de procedimento ou se é mais aconselhável a emissão de nova AIH e alta administrativa.

A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações:

8.1 DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICA

Exemplo: Paciente internado para realização de um determinado procedimento, no decorrer da internação desenvolve um quadro compatível com outro procedimento, sendo este último de valor maior. Pode ser solicitada mudança de procedimento para o procedimento de maior valor.

8.2 DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA

Exemplo: Paciente internado com quadro de Colecistite aguda, no caso o procedimento do SIGTAP é – 03.03.07.012-9 – TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PÂNCREAS – e durante a internação precisa ser submetido à 04.07.03.002-6- COLECISTECTOMIA OU 04.07.03 003-4 - COLECISTECTOMIA VIDEO-

LAPAROSCÓPICA. Nesse caso, deve ser solicitada não só a mudança de procedimento, como também a especialidade do leito de clínico para cirúrgico.

8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA

Exemplo: Paciente internado para submeter-se a uma 04.09.06.013-5 - HISTERECTOMIA TOTAL, porém é detectado, antes da cirurgia, que a paciente apresenta um quadro de diabetes descompensado. No SIGTAP o procedimento é 03.03.03.003-8 - DIABETES MELLITUS. Devido ao quadro clínico da paciente não é possível realizar a cirurgia. Nesse caso deve ser solicitada mudança de procedimento para clínica médica.

8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA

No caso de realização de uma nova cirurgia durante o período de internação.

8.5 MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH

No caso de ser necessário informar mais de um procedimento numa mesma AIH deve ser registrado no campo Procedimento solicitado e Realizado o código para o qual a AIH foi autorizada. O valor do SH deste procedimento será apurado para o estabelecimento.

Depois de registrado este código na 1ª linha da tela "Procedimentos Realizados", registrar em seguida as OPM correspondentes a este procedimento se for o caso, na linha seguinte registrar o segundo procedimento e suas OPM, depois o terceiro, sempre na mesma lógica de seguir abaixo do procedimento principal, as próteses correspondentes.

Quanto a apurar valores o sistema trata da seguinte forma: Apenas o valor do SH do primeiro procedimento será pago. O valor do SP do primeiro procedimento é que será dividido por todos os profissionais que atuaram na AIH, obedecendo aos pontos do SP de cada procedimento. Ou seja, quanto mais profissionais atuarem e quanto mais procedimentos forem realizados e tiverem pontos do SP, reduzirá o valor de um ponto para pagamento aos profissionais.

Neste caso não podem ser registrados os procedimentos de Tratamento com cirurgias múltiplas, politraumatizados e seqüenciais em neurocirurgia.

9. TRATAMENTO DE POLITRAUMATIZADO

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 421/07 as CIRURGIAS EM POLITRAUMATIZADO são cirurgias múltiplas ou procedimentos seqüenciais procedidos em indivíduo que sofre traumatismo seguido de lesões que, ao acometer múltiplos órgãos (fígado, baço, pulmão etc.) ou sistemas corporais (circulatório, nervoso, respiratório, músculo-esquelético, etc.), podem ou não pôr em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões.

Sob a denominação de POLITRAUMATIZADOS estão as internações de pacientes vítimas de causas externas. Deve ser registrado na AIH o código específico 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO, tanto no campo Procedimento Solicitado quanto no Procedimento Realizado. Este código tem o valor zero no SIGTAP, sendo informados na tela Procedimentos Realizados os códigos das cirurgias realizadas necessárias para o tratamento das lesões sofridas pelo paciente.

Na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 devem ser digitados em ordem decrescente de complexidade e valores do SH dos Procedimentos Realizados. É permitido o registro de até 05 Procedimentos Realizados na mesma AIH. A ordem de digitação dos Procedimentos Realizados deve obedecer à seguinte seqüência: Procedimento principal realizado de maior complexidade e nas linhas abaixo os procedimentos especiais e OPM

compatíveis com o procedimento principal. A seguir, deve ser digitado o segundo procedimento principal realizado, e na linha imediatamente abaixo digitados as suas OPM compatíveis e assim por diante, até o quinto procedimento.

Os procedimentos realizados no Politraumatizado podem ser registrados no SISAIH01 sem a preocupação de pertencerem a um mesmo segmento ou lado do corpo humano acometido.

No caso de serem necessárias outras cirurgias em atos anestésicos diferentes, deverá ser solicitada nova AIH para o mesmo paciente na mesma internação. O motivo de saída da primeira AIH será o 2.7 – Por reoperação.

Quando, no mesmo ato anestésico for realizado mais de 05 procedimentos cirúrgicos em Politraumatizado, deverá ser encerrada a primeira AIH com motivo de alta 5.1 – Encerramento administrativo. Os demais procedimentos, a partir do sexto, devem ser registrados numa segunda AIH, obedecendo à mesma lógica para procedimentos principais e OPM.

1º EXEMPLO: Foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de úmero e cúbito direito e cúbito esquerdo. Emitir laudo para solicitação/AIH com código 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO. No SISAIH01 deve ser registrado na tela “Dados da Internação”, nos campos Procedimento Realizado e Procedimento Principal, na tela “Procedimentos Realizados”.

1ª linha - Procedimento: 04.08.02.036-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISÁRIA DO CÔNDILO/TROCANTER DO ÚMERO. Nas linhas a seguir registra as OPM deste primeiro procedimento,

O segundo procedimento 04.08.02.043-1 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CÚBITO (DIREITO), a ser registrado na linha imediatamente abaixo da última OPM do primeiro procedimento e a seguir nas linhas subseqüentes necessárias, as OPM relativas ao segundo procedimento principal.

Quando encerrar os procedimentos especiais, OPM, compatíveis com o segundo procedimento principal digitado e suas OPM, informar o terceiro procedimento realizado 04.08.02.043-1 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CÚBITO (ESQUERDO) e a seguir as OPM correspondentes ao terceiro procedimento principal informado.

Observar para colocar sempre em primeiro lugar o procedimento principal de maior valor do SH. O sistema aceita se não colocar o de maior valor primeiro, mas é recomendável que se coloque para não resultar em perda econômica para o hospital.

No caso de hospitais com Contrato de Gestão, se houver algum dos procedimentos principais realizados que seja de Alta Complexidade, é recomendável que este seja registrado na primeira linha, pois a AIH “assumirá” a complexidade do primeiro procedimento informado para os procedimentos com valor zerado (Politraumatizados, Cirurgias Múltiplas, Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia e AIDS).

Existem procedimentos clínicos que são compatíveis na AIH de Politraumatizado, cujos procedimentos, em sua quase totalidade são de cirurgia. As compatibilidades entre Tratamento de politraumatizado e procedimentos clínicos são os seguintes:

- 03.03.04.008-4 – TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE;
- 03.03.04.009-2 – TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO
- 03.03.04.010-6 – TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE.
- 03.03.04.011-4 – TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

O procedimento 03.03.04.010-6 - Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico Grave só pode ser registrado quando realizado em paciente internado em hospital de Alta Complexidade com habilitação em Trauma e Anomalias do Desenvolvimento.

Na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 deve ser digitado primeiro o procedimento principal, após ele, nas linhas imediatamente abaixo, os procedimentos especiais compatíveis com ele. Outros procedimentos especiais que não guardem relação direta de compatibilidade devem ser informados sempre ao final, depois que tudo que se refere aos procedimentos principais já tiver sido inserido, mesmo que os especiais sejam de maior valor e tenham sido autorizados ou realizados anteriormente.

2º EXEMPLO: Foram realizados os procedimentos: esplenectomia, colostomia, redução cirúrgica de fratura de úmero, e amputação de dedo da mão D.

Deve ser emitido Laudo com código de procedimento solicitado e realizado de 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO.

Na AIH deverá ser registrado na tela "Procedimentos Realizados":

- 04.07.02.010-1 - COLOSTOMIA
- 04.07.03.012-3 - ESPLENECTOMIA
- 04.08.02.039-3 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO ÚMERO
- OPM compatível
- OPM compatível
- OPM compatível

Após encerrar o registro de todas as OPM compatíveis utilizadas é que coloca na linha abaixo o próximo procedimento principal realizado.

04.08.06.004-2 - AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO.

3º EXEMPLO: Foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de rádio e fêmur, mais esplenectomia e colostomia. Emitir Laudo para Emissão de AIH com código de Politraumatizado (04.15.03.001-3). Na AIH deverá ser registrado na tela "Procedimentos Realizados":

- 04.07.02.010-1 – COLOSTOMIA
- 04.08.05.051-9 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
- OPM compatível
- OPM compatível
- 04.07.03.012-3 – ESPLENECTOMIA
- 04.08.02.044-0 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO FISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Na linha abaixo de cada procedimento principal devem ser incluídas as OPM compatíveis e utilizadas neste procedimento. Quando encerrar o registro das OPM deste procedimento informado é que na linha seguinte deve ser informada a terceira cirurgia realizada ou terceiro procedimento principal.

O total de linhas disponíveis no SISAIH01 para inclusão de procedimentos é de 150.

Para os procedimentos que sejam realizados em órgãos pares, pode ser informado no SISAIH01 o mesmo procedimento duas vezes e solicitada à liberação de quantidade. Exemplo: 04.08.05.058-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA/ DOS CÔNDILOS DO FÊMUR. Não esquecer após cada procedimento principal, incluir abaixo os procedimentos principais OPM antes de registrar o segundo procedimento principal, mesmo neste caso de procedimentos iguais para liberação de quantidade.

Sempre que colocar o procedimento principal separado por linhas com outros procedimentos e as OPM do primeiro procedimento, haverá rejeição da AIH.

3º EXEMPLO: No caso do paciente ser submetido a mais de um procedimento, em especialidades diferentes NÃO ENVOLVENDO A ORTOPEDIA: Paciente com ruptura de

baço, lesão de cólon e hemotórax em que foram realizados 3 procedimentos: esplenectomia, colostomia e toracotomia com drenagem fechada. Solicitar a AIH com o procedimento 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO. No SISAIH 01, registrar na tela Procedimentos Realizados:

- 04.07.02.010-1 - COLOSTOMIA
- 04.07.03.012-3 – ESPLENECTOMIA
- 04.12.04.016-6 - TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA.

Na ocorrência de Procedimentos Realizados que não necessitam de autorização, ou seja, o instrumento de registro é AIH secundária, estes também devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados, em seguida aos procedimentos com instrumentos de registro AIH principal e especial.

Numa AIH com o procedimento 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO, o componente Serviço Hospitalar será remunerado em percentual decrescente de valores, na ordem em que forem registrados na tela Procedimentos Realizados, conforme tabela abaixo:

1º Procedimento	2º Procedimento	3º Procedimento	4º Procedimento	5º Procedimento
100%	100%	75%	75%	50%

Os componentes Serviços Profissionais (SP) recebem remuneração de 100% dos valores para todos os procedimentos registrados na tela Procedimentos Realizados.

É importante observar que a AIH de politraumatizado “assumirá” a complexidade do primeiro procedimento informado. Se Média ou Alta Complexidade.

10. CIRURGIAS MÚLTIPLAS

Cirurgias múltiplas são atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executado através de única ou de várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. (Portaria nº. 421 de 23 de julho de 2007) Neste conceito, todos os procedimentos em órgãos bilaterais, deverão ser aceitos quando registrados duas vezes no SISAIH01.

Deve ser registrado no SISAIH01 como procedimento solicitado e procedimento principal realizado 04.15.01.001-2 – TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS.

Na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 deverão ser registrados, em ordem decrescente de complexidade e valores, os procedimentos principais realizados. Serão admitidos até 05 Procedimentos Realizados na mesma AIH.

Quanto à complexidade, a AIH “assume” a complexidade do primeiro procedimento informado.

Também se o primeiro procedimento informado for financiado pelo FAEC, toda a AIH será paga pelo FAEC.

Quando ocorrerem novas cirurgias de emergência, na mesma internação, com atos anestésicos diferentes, inclusive para as reoperações, o médico assistente deverá solicitar nova AIH e o motivo de saída será o 2.7 – Por reoperação.

Cirurgia bilateral não é considerada cirurgia múltipla quando no nome ou descrição do procedimento contenha a palavra bilateral.

EXEMPLO: 04.09.06.021-6 OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA (a descrição explicita que é uni ou bilateral).

Exemplos de como devem ser registrados os Procedimentos Realizados em cirurgia múltipla:

1º EXEMPLO: Colecistectomia mais Herniorrafia Inguinal.

O procedimento principal solicitado e realizado a ser digitado no SISAIH01 deve ser o 04.15.01.001-2 – TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS e os dois procedimentos, colecistectomia e herniorrafia inguinal deverão ser digitados na tela Procedimentos Realizados, desde que tenham sido solicitados e autorizados no Laudo para Solicitação de AIH.

Os componentes Serviços Hospitalares serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01, conforme tabela abaixo:

Na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 devem ser digitados em ordem decrescente de complexidade e valores do SH dos Procedimentos Realizados.

1º Procedimento	2º Procedimento	3º Procedimento	4º Procedimento	5º Procedimento
100%	75%	75%	60%	50%

Os Serviços Profissionais (SP) recebem remuneração de 100% de valores em todos os registros.

Deverá ser emitida nova AIH quando houver mais de 5 Procedimentos Realizados e o motivo de saída da primeira AIH deve ser o 5.1 – Encerramento Administrativo.

O procedimento cirúrgico de Mastectomia por Câncer é compatível com o implante de Prótese Mamária e/ou Reconstrução com Retalho Miocutâneo (qualquer parte em oncologia), pela importância da questão da humanização no atendimento à paciente. Assim, o Ministério da Saúde inclui e recomenda a autorização como Tratamento com Cirurgias Múltiplas os procedimentos 04.10.01.005-7 - MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA, e 04.16.12.002-4 – MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA AXILAR, e 04.16.12.003-2 - MASTECTOMIA SIMPLES POR TUMOR e 04.10.01.009-0 - PLÁSTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA PÓS-MASTECTOMIA COM IMPLANTE DE PRÓTESE, quando realizados no mesmo Ato Anestésico. Ou seja, é possível registrar na AIH o procedimento 04.10.01.005 -7 ou 04.16.12.002-4 ou 04.16.12.003-2 concomitante com o 04.10.01.009-0 e/ou 04.16.08.008-1.

Esclarecimentos adicionais:

- No caso de quadro de abdômen agudo é realizada uma cirurgia chamada laparotomia exploradora. Se durante esta cirurgia necessitar de hemicolecomia e/ou drenagem de abscesso subfrênico a AIH não pode ter como procedimento principal a cirurgia múltipla porque o abscesso é consequência da lesão do colo. Certamente houve anteriormente perfuração do colo causada por tumor ou diverticulite que leva a formação do abscesso.
- Paciente com doença respiratória alta que no mesmo ato cirúrgico são realizadas turbinectomia + adenoidectomia + correção de desvio do septo pode ser cirurgia múltipla porque uma é no tímpano, outra retira adenóide e por último é corrigido o desvio do septo.
- Paciente com colostomia sendo operado para reconstrução de trânsito intestinal, se no mesmo ato anestésico corrige-se hérnia incisional pode ser cirurgia múltipla, pois há o fechamento de colostomia e hernioplastia incisional (que precisará de colocação de tela inorgânica).
- Paciente vítima de arma de fogo, submetido à cirurgia com realização de enterectomia + toracotomia com drenagem pleural fechada e arteriorrafia femoral **é politraumatizado e não cirurgia múltipla.**

11. PACIENTES COM LESÃO LABIO-PALATAL E CRÂNIOFACIAL

Os Procedimentos Realizados em pacientes com lesões labiopalatais e craniofaciais somente podem ser realizados em hospitais de Alta Complexidade de Malformação/Labiopalatal – Centro de Tratamento em Malformação Labiopalatal – código da habilitação no CNES - 0401.

Incluída na tabela pela Portaria SAS/MS n.º. 187 de 16/10/1998 a Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Labiopalatais ou Crânio Faciais, com a implantação do SIGTAP, passa a ser registrada com o código 04.15.01.001-2 – TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS.

Os procedimentos para tratamento de pacientes com deformidades craniofaciais ou labiopalatais são todos os constantes no SIGTAP – Grupo 04, Subgrupo – 04 e Forma de Organização – 03.

O componente Serviço Hospitalar será remunerado em percentuais decrescentes de valores, na ordem em que forem registrados, conforme tabela abaixo:

1º Procedimento	2º Procedimento	3º Procedimento	4º Procedimento	5º Procedimento
100%	75%	75%	60%	50%

Os componentes Serviços Profissionais (S. P) recebem remuneração de 100% dos valores em todos os procedimentos registrados.

12. TRATAMENTO DE AIDS

Incluídos na tabela do SIH/SUS pela Portaria SNAS/MS n.º. 291/1992, os procedimentos para tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS somente são autorizados para hospitais com habilitação específica no CNES. Podem ser registrados os procedimentos do Grupo 03, Subgrupo 03 e Forma de Organização 18.

12.1 MODALIDADE HOSPITALAR NO TRATAMENTO DA AIDS

Na internação de pacientes com AIDS deve ser registrado na AIH o procedimento 03.03.18.001-3 no campo Procedimento Solicitado e Procedimento Principal Realizado do SISAIH01.

Na modalidade hospitalar o tratamento de pacientes com AIDS deve ser registrado na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 em ordem decrescente de complexidade e valores, até 04 Procedimentos Realizados dentre os abaixo listados:

CÓDIGO PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICOS
03.03.18.004-8 Tratamento de Afecções do Sistema Nervoso em HIV/AIDS	Tratamento dos casos de síndrome neurológica indiferenciada Toxoplasmose cerebral Meningite criptocócica Linfoma Neuropatia periférica
03.03.18.005-6 Tratamento de Afecções do Sistema Respiratório em HIV/AIDS	Tratamento de Pneumonia por P. Carinii Tuberculose Pulmonar Pneumonia intersticial indiferenciada
03.03.18.006-4 Tratamento de Doenças Disseminadas em HIV/AIDS	Tratamento de casos de Tuberculose disseminada Outras mico bacterioses disseminadas Histoplasmose Salmonela septicêmica Sarcoma de Kaposi Linfomas não Hodgkin

CÓDIGO PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICOS
03.03.18.003-0 Tratamento de Afecções do Aparelho Digestivo em HIV/AIDS	Tratamento de citomegalovirus esofágico Herpes simples esofágico Cândida simples esofágica Síndrome diarréica Colites, lesões ano retais.

No tratamento da AIDS, os componentes Serviços Hospitalares (SH) são remunerados em percentual decrescente de complexidade e valores, conforme tabela a seguir:

1º procedimento - 100%	3º procedimento - 75%
2º procedimento - 100%	4º procedimento - 75%

Os componentes Serviços Profissionais (SP) recebem remuneração de 100% de valores em todos os procedimentos registrados na tela de Procedimentos Realizados.

12.2 MODALIDADE HOSPITAL DIA/AIDS

O tratamento da AIDS em hospital-dia é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Este tratamento inclui programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, evitando a internação integral (Portaria SAS/MS n.º. 130/94).

Somente podem ser registrados procedimentos em regime de Hospital Dia em AIDS nos estabelecimentos habilitados e que a habilitação esteja devidamente inserida no CNES do estabelecimento.

Não é permitido registro de permanência a maior nos Procedimentos Realizados em regime de Hospital Dia – AIDS. As diárias são pagas até 05 dias úteis da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH-5.

Deve ser registrado na 1ª linha da tela "Procedimentos Realizados" do SISAIH01 o código 03.03.18.007-2 – TRATAMENTO DE HIV/AIDS (POR DIA) e o quantitativo de diárias utilizadas no período do tratamento.

12.3 LIPODISTROFIA

Incluídos na Tabela do SIH/SUS Procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. (PT GM/MS n.º 2.582/04). Os procedimentos de lipodistrofia só podem ser realizados por serviços habilitados em conformidade com a Portaria SAS/MS n.º 118/05. Estes Serviços devem estar cadastrados no CNES com o tipo de estabelecimento de saúde Hospital Geral ou Hospital Especializado. Para fins de habilitação, serão considerados, preferencialmente, os Hospitais Universitários e de Ensino certificados. Os procedimentos de lipodistrofia deverão ser submetidos à autorização prévia do gestor local.

São considerados critérios de indicação para realização dos referidos procedimentos todas as condições a seguir:

1. Paciente com diagnóstico de HIV/AIDS e lipodistrofia decorrente do uso de anti-retroviral (ARV),
2. Paciente submetido à terapia anti-retroviral por pelo menos 12 meses,
3. Paciente que não responde ou não pode ser submetido à mudança da terapia ARV,
4. Paciente clinicamente estável, ou seja, aquele sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses,
5. Com resultados clínico-laboratoriais:
 - a) CD4 > 350 cels/mm³ (exceto para lipoatrofia facial)
 - b) Carga Viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos 6 meses (s/ variação de 0,5 log entre duas contagens).

- c) Parâmetros clínico-laboratoriais que preencham os critérios necessários e suficientes de segurança para qualquer procedimento cirúrgico.

Há consenso quanto à contra-indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/AIDS nas condições a seguir:

1. Qualquer condição clínica ou co-morbidade descompensada nos últimos seis meses que confira aumento de risco ao procedimento.
2. Qualquer tratamento concomitante com anticoagulantes, imunomoduladores, imunossuppressores e/ou quimioterápicos.

13. REGISTRO DE DIÁRIAS NA AIH

13.1 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

A cada paciente será permitido apenas um acompanhante. É permitida a presença de acompanhante para todos os menores de 18 anos conforme define o Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA. Para os maiores de 18, nos casos em que o quadro clínico exija ou justifique. Cabe ao médico a determinação da imprescindibilidade da permanência do acompanhante. Essas diárias também são registradas na tela "Procedimentos Realizados" do SISAIH01.

Não deve ser discutida a liberação ou não do acompanhante, mas se ele realmente existiu.

Para alguns procedimentos não está prevista a presença de acompanhantes mesmo para menores de 18 anos, é o caso de: Cuidados Prolongados, Hospital Dia, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, assim como em situações clínicas em que esteja contra-indicada a presença de um acompanhante.

13.2 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA IDOSO

A Portaria GM/MS n.º 280/99 define que para todos os pacientes com mais de 60 anos de idade internados em hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS é permitida a presença do acompanhante. Na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS existem dois procedimentos de diária de acompanhante para idosos: 08.02.01.004-0 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS COM PERNOITE E 08.02.01.005-9 – DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSO SEM PERNOITE.

Os idosos têm direito a acompanhante independente do procedimento ao qual ele está sendo submetido, não há restrições, Inclusive nas internações por: Cuidados Prolongados, Hospital Dia, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, conforme determina o Estatuto do Idoso.

13.3 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA GESTANTE

A Portaria GM/MS n.º. 2.418/2005, em conformidade com o Art. 1º da Lei n.º1.108/2005, regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em todos os hospitais do SUS. Entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. Os hospitais devem registrar as diárias de acompanhante no trabalho de parto e pós-parto imediato, na AIH na tela de Procedimentos Realizados do SISAIH01 para os procedimentos relacionados na Portaria SAS/MS n.º. 238/2006 e que de acordo com o SIGTAP são: 03.01.00.10.03-9, 04.11.01.003-4, 03.10.01.004-7, 04.11.01.002-6 e 04.11.01.004-2.

Em qualquer das situações acima, o registro do número de diárias, deve estar em conformidade com os dias de internação da paciente. Se for superior a da internação, a AIH é rejeitada. No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação e o fornecimento das principais refeições. A cada paciente é permitido apenas um acompanhante. O Diretor Geral, Diretor Clínico, Diretor Técnico ou Órgão Gestor, a critério deste, deve autorizar previamente a diária de acompanhante.

13.4 DIÁRIAS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO/UTI

Se durante a internação hospitalar houver necessidade do paciente ser submetido à Unidade de Tratamento Intensivo/UTI a solicitação deve ser feita no Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimento e de Procedimento (s) Especial (ais), com a devida autorização pelo Diretor Geral, Diretor Clínico ou Órgão Gestor. As Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização de recursos humanos e adequação da área física são classificadas como: TIPO I, TIPO II e TIPO III (Portaria GM/MS 3.432/1998).

Existem procedimentos em que as diárias de UTI já estão incluídas no valor do procedimento e, portanto, para estes procedimentos há crítica nos sistemas SISAIH01 e SIHD. Estes procedimentos são: Epilepsia, Transplante de Fígado, Coração, Pulmão, Medula Óssea, Pâncreas, Rim e Pâncreas, Psiquiatria, Psiquiatria Hospital-Dia, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Tratamento Ortodôntico em Lesões Labiopalatais, Implante Osteointegrado Extra Oral, Tratamento de Pequeno Queimado, Tratamento de Médio Queimado, Tratamento de Grande Queimado, Atendimento de Urgência em Médio e Grande Queimado.

É permitido o registro de diárias de UTI no SISAIH01 no procedimento Transplante de Rim com códigos no SIGTAP de 05.05.02.009-2 e 05.05.02.010-6. Nos transplantes de qualquer dos outros órgãos, as diárias de UTI estão incluídas no valor total do procedimento.

A diária de UTI é procedimento especial, devendo ser registrada no SISAIH01 na tela Procedimentos Realizados de acordo com sua habilitação no mês de competência em que foi utilizada.

Exemplo: Paciente internado na UTI de 02 de janeiro a 05 de fevereiro. Deverá ser repetido o código da diária de UTI para competência janeiro e fevereiro. Os códigos de Diária de UTI são válidos para todos os procedimentos.

Os dias de internação nos quais o paciente permaneceu na UTI, não são computados para solicitação de permanência a maior definida para o procedimento principal. Ou seja, se o procedimento tem como média de permanência 6 dias, e no terceiro dia de internamento, ele é transferido para a UTI, suspende a contagem dos dias para a média de permanência, e só retorna a contar no dia da saída do paciente da UTI para efeito de solicitação de permanência a maior. Se o paciente internou no dia 1 e saiu da UTI no dia 3 e foi para a enfermaria, são duas diárias de UTI (dias 1 e 2) e a do dia 03 já é da enfermaria, retornando a contagem da média de permanência do procedimento principal da AIH.

O laudo de solicitação de internação em UTI deve estar arquivado juntamente com a respectiva AIH no prontuário do paciente. O laudo solicitando internação em UTI Tipo I, II e III deve ser autorizado pelo Diretor Geral ou Diretor Clínico ou Órgão Gestor.

A unidade intermediária ou semi-intensiva não é considerada como UTI.

Quanto às diárias de UTI o sistema não faz o cálculo de diárias utilizadas pela competência de AIH e sim pelo período de internação informado na AIH. Se um paciente ficou internado de 20/08 a 15/09, o sistema irá calcular as diárias utilizadas na competência agosto e as da competência setembro.

As diárias utilizadas podem ser consultadas no SIHD por meio do `SELECT*FROM TB_UL`. O resultado dirá a quantidade de diárias disponível e a quantidade utilizada e será possível verificar quando a capacidade máxima foi atingida.

Quando um paciente entra na UTI e vem a óbito no mesmo dia da internação pode ser informada esta diária no SISAIH01 e será recebida pelo hospital.

A capacidade instalada da UTI pode ser calculada multiplicando a quantidade de leitos ativos no CNES pela quantidade de dias de um dado mês ou competência. Por exemplo: Se uma UTI possui 05 leitos cadastrados e ativos no CNES e o mês tem 31 dias, então = 5 X 31 = 155. Logo, não é possível mais que 155 diárias de UTI neste mês.

Não há limite máximo de diárias numa mesma AIH. No entanto, a qualquer tempo pode ser encerrada a AIH por Encerramento administrativo – 5.1 possibilitando ao hospital receber naquela competência as diárias de UTI já utilizadas. O paciente permanecendo na UTI, será aberta uma nova AIH e começado a contagem das diárias da AIH a partir de 01 até a saída do paciente da UTI para a enfermaria ou até nova alta administrativa ou óbito.

Não se registra consulta de internação de médico uteista. O uteista é um plantonista que monitora o paciente o tempo inteiro, portanto não tem visita ou consulta.

Este encerramento possibilita ao hospital receber parte do valor do tratamento do paciente, uma vez que a manutenção na UTI é um procedimento de alto custo e que o hospital precisa receber recursos em tempo menor do que o período em que o paciente está na UTI. É preciso ficar claro que não há limite de dias para a permanência do paciente na UTI, ele pode permanecer o tempo necessário e o hospital utilizar periodicamente o encerramento administrativo da AIH.

13.5. DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL – UCI

É uma Unidade destinada ao atendimento do Recém Nascido nas seguintes situações: após alta da UTI e que precise de observação nas primeiras 24 horas, com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica. Que esteja em venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição, em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão, que necessite realizar exsanguineotransfusão, com peso superior a 1500g e inferior a 2000g em observação nas primeiras 72 horas ou o recém nascido submetido à cirurgia de médio porte, e em condições clínicas estáveis.

Podem habilitar-se a UCI os estabelecimentos que atenderem aos critérios estabelecidos na Portaria GM/MS n.º 1.091/99. Entretanto, cabe ao gestor estadual e/ou municipal, definir quais Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais serão habilitadas, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

Desde outubro de 2006 os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelas habilitações de UCI no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

As diárias de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal devem ser registradas na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01.

O laudo solicitando internação Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal deve ser autorizado pelo Diretor Geral ou Diretor Clínico ou Órgão Gestor.

A diária em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal poderá ser registrada com a diária de UTI Neonatal, na mesma AIH quando utilizada e habilitada.

14. PERMANÊNCIA A MAIOR

A Permanência a maior é a designação do sistema para os casos em que o paciente necessite permanecer internado, após o período definido no SIGTAP para a média de permanência do procedimento principal que determinou a internação. O registro de permanência

a maior é feito quando o período de internação ultrapassa o dobro dos dias previstos na Média de Permanência considerando o que está definido no SIGTAP para o procedimento principal informado na AIH.

O registro no SISAIH01 deve ser feito na tela Procedimentos Realizados e colocado o número de dias que o paciente permaneceu além do dobro dos dias previstos para a Média de Permanência do procedimento principal. Deve ser contado a partir do primeiro dia de permanência à maior, excluídas as diárias de UTI, que são pagas com código próprio.

A Permanência a Maior é um atributo do procedimento. Quando não for previsto no SIGTAP este atributo para um determinado procedimento, o SIHD efetuará a glosa.

Nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia e Cirurgia Plástica Corretiva pós Gastroplastia, para fins de cálculo de permanência deve-se utilizar como parâmetro a média de permanência do procedimento de maior número de dias, entre os registrados no SISAIH01, na tela Procedimentos Realizados.

O Diretor Geral, Diretor Clínico, Diretor Técnico ou Órgão Gestor deve autorizar previamente a Permanência a Maior no Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Especiais e/ou Mudança de Procedimento.

15. ATENDIMENTO CLÍNICO (CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO)

Corresponde à consulta/avaliação do médico ou do cirurgião dentista realizada no leito para acompanhamento da evolução clínica do paciente internado. Procedimento: 03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO. Este procedimento tem origem nos seguintes códigos, utilizados até dezembro de 2007: H.25001019, H.14016010 É um procedimento de média complexidade com financiamento MAC. Esta visita clínica pode ser realizada diariamente para evolução do paciente internado. Deve ser registrado na tela “Procedimentos Realizados” do SISAIH01. Nos casos em que o paciente necessite de avaliação de médico especialista para emissão de parecer, deve-se registrar uma consulta para cada parecer emitido, conforme o CBO do médico que prestou o atendimento. Colocar também o CPF do profissional para possibilitar o rateio de pontos. Este registro do CPF será substituído pelo número do Cartão Nacional de Saúde do profissional ainda em 2008.

Para os demais profissionais de nível superior que realizarem consulta ao paciente internado deve ser registrado o procedimento 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (exceto médico e cirurgião dentista).

16. QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH

A partir da competência maio de 2008 a regra adotada é a seguinte: se o procedimento exige média de permanência, ou seja, não é por dia, a quantidade de dias a ser registrada no SISAIH01 será sempre 01. No entanto, se forem órgãos pares ou múltiplos (dedos), fica limitada a quantidade somada 1+1+1. A quantidade que estiver no atributo “quantidade máxima” do procedimento será o limite, devendo ser solicitada a liberação de crítica pelo gestor.

Ex: Se forem amputados 03 dedos informar três vezes o mesmo procedimento com a quantidade 01. A quantidade máxima neste caso é 05. Como há um limite de cinco principais por AIH, acima disto abre-se outra AIH.

16.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM EM PROCEDIMENTOS (COMPATIBILIDADE)

Cada procedimento no SIGTAP tem o atributo quantidade máxima.

Existem várias OPM, do Grupo 07, Subgrupo 02, ou seja, relacionadas ao ato cirúrgico que são compatíveis com diversos procedimentos principais ou cirurgias. Mas a quantidade utilizada não é a mesma para qualquer dos procedimentos principais informados na AIH. Pode, por exemplo, ser usado um determinado parafuso em quantidade 02 num determinado procedimento, 03 noutro e ainda 06 num terceiro. Para este procedimento parafuso, no SIGTAP deverá ser colocada a quantidade máxima de 06. No entanto, quando ele for informado na AIH deve obedecer à quantidade estabelecida no Relatório de Compatibilidades no SIGTAP. Não deve ser entendido que para qualquer procedimento poderá ser informada quantidade 06.

Apesar de 06 ser a quantidade máxima de parafuso aceita, há procedimentos em que a compatibilidade estabelecida no SIGTAP é menor que 06 e nestes, caso deve ser informado a quantidade correta, sob pena de rejeição da AIH.

EXEMPLO1:

04.08.02.026-1 - REIMPLANTE DO TERCO DISTAL DO ANTEBRACO ATE OS METACARPIANOS

07.02.05.017-2 - FIO MONONYLON 8.0 Qtd: 08

07.02.03.089-9 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Qtd: 02

EXEMPLO 2:

04.08.02.027-0 - REIMPLANTE OU REVASCULARIZACAO AO NIVEL DA MAO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)

07.02.05.018-0 - FIO MONONYLON 9.0 Qtd: 04

07.02.03.107-0 - PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS) Qtd: 01

17. DIÁLISE PERITONIAL E HEMODIÁLISE

O registro de Hemodiálise e Diálise Peritoneal é permitido em casos de Insuficiência Renal Aguda, em pacientes internados. O código CID de Insuficiência Renal, conforme o caso deve ser registrado no campo CID Principal ou CID Secundário.

É permitido o registro de 15 sessões de Diálise Peritoneal ou Hemodiálise por AIH. A realização do procedimento dialítico em Unidade de Terapia Intensiva só pode ocorrer quando a situação clínica do paciente exigir sua permanência nessa Unidade. É permitido o registro de uma sessão/dia de Hemodiálise ou Diálise Peritoneal durante os dias de internação do paciente, uma vez que este procedimento admite liberação de crítica de quantidade e verifica se a quantidade de dias de internamento é compatível com a quantidade de sessões de hemodiálise.

O registro desses procedimentos é realizado na tela “Procedimentos Realizados” do SISAIH01, e necessita autorização do Diretor Clínico ou do Órgão Gestor:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.
03.05.01.013-1	Hemodiálise para Pacientes Renais Agudos/Crônicos Agudizados	15
03.05.01.003-4	Diálise Peritoneal para Pacientes Renais Agudos	15
03.03.07.002-1	Hemoperfusão	15
03.05.01.019-0	Ultra filtração	15
03.05.01.004-2	Hemodiálise Contínua	15
03.05.01.015-8	Hemofiltração Contínua	15
03.08.02.001-4	Hedifiltração Contínua	15
03.05.01.014-0	Hemofiltração	15

18. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNETICA

Os exames de Tomografia Computadorizada podem ser registrados no SISAIH01 na tela Procedimentos Realizados e são procedimentos especiais. Os códigos do SIGTAP são os mesmos tanto para a modalidade ambulatorial como hospitalar, assim como os valores. Um determinado código de tomografia só deve ser registrado numa AIH uma única vez, permitindo liberação de quantidade. No entanto, podem ser registrados tomografias de diferentes partes do corpo humano ou órgãos numa mesma AIH, sem necessidade de liberação de quantidade. O estabelecimento de saúde que realiza tomografias deve ter no seu CNES o cadastro do serviço/classificação e do equipamento, assim como é preciso que no CNES deste estabelecimento exista o CBO do especialista.

A tomografia é um exame complementar que auxilia no esclarecimento diagnóstico ou no acompanhamento de pacientes com diagnóstico firmado, portanto não é exigido que o estabelecimento seja habilitado em neurologia ou ortopedia.

O paciente internado pode ser levado em ambulância para realizar uma tomografia em outro estabelecimento, mas o registro da realização da tomografia deve ser feito na AIH que pertence ao hospital onde ele está internado. Não é permitido este registro no BPA-I do SIA/SUS do estabelecimento onde o exame foi realizado, porque naquele período o paciente está sendo assistido sob regime de internação em outra unidade.

É obrigatório que o estabelecimento executante tenha o CNES mesmo não sendo credenciado junto ao SUS pelo gestor local e conste como Terceiro do estabelecimento no qual o paciente está internado. É preciso também que no CNES do executante esteja “marcado” que ele está à disposição do SUS. No entanto, esta marcação só será válida se ele realmente for credenciado pelo gestor para atendimento ao SUS.

Para o registro destas tomografias no SISAIH01, deve ser digitado na tela de Procedimentos Realizados, no campo “executante” o CNES do estabelecimento que de fato realizou o exame.

Quanto ao estabelecimento que vai receber o valor da tomografia, é prerrogativa do gestor local optar por ceder ou não o crédito a terceiro. No caso de ceder o crédito, o CNES do estabelecimento onde o paciente realizou a tomografia deve ser registrado no campo Apurar Valores e constar como Terceiro no CNES do estabelecimento onde o paciente está internado. Se o gestor não optar pela cessão de crédito, deverá ser informado no campo Apurar Valores, o CNES do hospital onde o paciente está internado. O pagamento ao executante será feito conforme as condições definidas por ambas as partes, ou pelos termos do contrato, se houver, não tendo nenhuma implicação legal específica para o SUS.

A cessão de crédito não se aplica aos estabelecimentos de natureza pública, uma vez que para estes não é previsto a terceirização e nem a desvinculação de honorários. Então, se o estabelecimento onde o paciente está internado for público, no campo Apurar Valores, deve ser informado o CNES de onde o paciente está internado, mesmo que o paciente tenha realizado a tomografia em outro estabelecimento.

É necessária a autorização do Diretor Geral, Diretor Clínico ou do órgão Gestor para a realização de tomografias em pacientes internados.

Concluindo, os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, registrados no Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS, não podendo ser autorizado e registrado no SIA/SUS mesmo que seja realizado em outro estabelecimento.

Todas as definições e parâmetros aplicados à tomografia se aplicam totalmente aos exames de ressonância magnética.

19. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.

Quando um desses exames for necessário por intercorrência da patologia que motivou a internação, deve ser justificado pelo médico assistente, autorizado pelo Diretor Geral, Diretor Clínico ou pelo Gestor do SUS. Em qualquer outra circunstância, esses exames devem ser realizados ambulatorialmente.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO ATUAL
02.11.02.002-8	Cateterismo Cardíaco em Pediatria
02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco

Na realização do procedimento 02.11.02.002-8 – CATETERISMO CARDÍACO EM PEDIATRIA é autorizada a inclusão do código do procedimento de anestesia e o registro deve ser feito na tela Procedimentos Realizados, informando o CPF e CBO de quem realizou a anestesia.

O procedimento especial 02.11.02.002-8 - CATETERISMO CARDÍACO EM PEDIATRIA é compatível com os seguintes procedimentos principais:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO PRINCIPAL
03.03.06.012-3	Tratamento de doença reumática s/cardite
03.03.06.021-2	Tratamento de insuficiência cardíaca
04.06.01.092-7	Revascularização miocárdica c/uso de extracorpórea
04.06.01.093-5	Revascularização miocárdica c/uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)
04.06.01.094-3	Revascularização miocárdica s/uso de extracorpórea
04.06.01.095-1	Revascularização miocárdica s/uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)
04.06.01.120-6	Troca valvar c/revascularização miocárdica
04.06.03.001-4	Angioplastia coronariana
04.06.03.002-2	Angioplastia coronariana c/implante de dupla prótese intraluminal arterial
04.06.03.003-0	Angioplastia coronariana c/implante de prótese intraluminal

O procedimento especial **02.11.02.001-0 Cateterismo Cardíaco** é compatível com os seguintes procedimentos principais:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO PRINCIPAL
03.03.06.004-2	Tratamento de cardiopatia isquêmica crônica
03.03.06.019-0	Tratamento de infarto agudo do miocárdio
03.03.06.021-2	Tratamento de insuficiência cardíaca
03.03.06.028-0	Tratamento de síndrome coronariana aguda
04.06.01.092-7	Revascularização miocárdica c/uso de extracorpórea
04.06.01.093-5	Revascularização miocárdica c/uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)
04.06.01.094-3	Revascularização miocárdica s/uso de extracorpórea
04.06.01.095-1	Revascularização miocárdica s/uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)
04.06.01.120-6	Troca valvar c/revascularização miocárdica
04.06.03.001-4	Angioplastia coronariana
04.06.03.002-2	Angioplastia coronariana c/implante de dupla prótese intraluminal arterial
04.06.03.003-0	Angioplastia coronariana c/implante de prótese intraluminal

Procedimentos Especiais de Cintilografia devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 obedecendo às compatibilidades entre procedimentos. Deve ser informado o CPF e CBO do médico que realizou o procedimento.

Os procedimentos especiais diagnósticos neurointervencionistas (Arteriografias) relacionados no Artigo 10 da Portaria SAS n.º 765/05, obrigatoriamente têm que ter em seus laudos as descrições das devidas mensurações angiográficas digitais (relação domus/colo) e as fotos dos respectivos aneurismas.

20. TRANSFUÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO OU TROCA (EXSANGÜINEOTRANSFUÇÃO)

É realizada nos casos de Incompatibilidade ABO/Rh, icterícia neonatal ou sepsis em pediatria. Necessita de autorização do Diretor Clínico ou do Gestor. Deve ser registrado na tela Procedimentos Realizados e a quantidade máxima é de 05 (cinco) sessões. O código 02.02.02.047-9 – PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANSFUSIONAL também deve ser registrado na mesma tela de Procedimentos Realizados, cabendo quando for o caso a opção apurar valor para “terceiros” através de registro no CNES do estabelecimento responsável pelos exames pré transfusionais.

O pagamento da exsanguineotransfução é efetuado diretamente ao hospital, portanto não deve ser colocado na AIH o CPF do profissional que realizou o procedimento, no campo APURAR VALOR PARA. Preencher só o campo de identificação do EXECUTANTE.

21. ALBUMINA HUMANA

É a Albumina Humana de origem plasmática. É uma solução protéica, estéril e aprotéica, obtida por fracionamento de plasma ou soro humano e que corresponde eletroforéticamente à fração albumina do plasma. É o código 06.03.07.001-9 – ALBUMINA HUMANA 20 POR CENTO (FRASCO-AMPOLA DE 50 ML). O registro deste procedimento deve ser feito na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01, sendo permitido o registro de até 99 frascos. A Portaria SAS n.º. 247/00 estabelece padrões de referência para adoção de conduta terapêutica de Albumina Humana no âmbito do SUS.

Indicações: I – choque: séptico; hipovolêmico associado à hipoalbuminemia grave. II – doença hepática: crônica associada à hipoalbuminemia grave; ascite não responsiva ao tratamento clássico; insuficiência hepática aguda. III – síndrome nefrótica associada a edema refratário aos diuréticos e associados à oligúria, edema genital associado não responsivo à terapêutica clássica. IV – dermatites esfoliativas generalizadas. V – diálise associada à hipoalbuminemia. VI – fistulas liquóricas ou derivação ventricular externa. VII – hipoalbuminemia grave. VIII – peritonite com drenagem externa. IX – plasmaferese e exsanguineotransfução parcial. X – queimaduras; XI – transplante hepático. XII – hemorragia meníngea espontânea. XIII – pré-eclampsia grave. XIV – enteropatia com perda de proteína. XV – reposição volêmica com indicação de colóide. XVI – mediastinite. XVII – cirurgias externas de abdômen. XVIII – *by pass* cardiopulmonar com hemodiluição. XIX – insuficiência cardíaca.

22. HEMOTERAPIA

De acordo com a RDC ANVISA n.º. 153/04 – o sangue só deve ser liberado para transfusão em pacientes mediante solicitação por escrito ou prescrição do médico requisitante, com assinatura, nome legível e número do CRM local. Quando da transfusão de sangue ou hemocomponente, deverá ser registrado no prontuário do paciente as informações referentes ao produto: número da bolsa, tipo de hemocomponente, quantidade transfundida e nome do técnico responsável pela liberação. Pode ser usado inclusive o selo ou carimbo para esta identificação. (Portaria SAS/MS n.º. 163/1993).

Desde a implantação da Portaria SAS/MS n.º. 163/1993 os procedimentos de coleta/processamento e sorologia são registrados somente na modalidade ambulatorial no sistema SIA/SUS.

Para os hospitais que tenham serviço próprio de Medicina Transfusional (Serviço de Hemoterapia - Agência Transfusional) os procedimentos registrados na AIH devem informar nos campos "Executante" e "Apurar Valor" o CNES do próprio hospital.

No caso dos procedimentos relacionados aos exames pré transfusionais serem realizados utilizando serviços de hemoterapia terceirizados, deve ser informado o CNES do serviço executante responsável, cadastrado como "terceiro" pelo Hospital, apurando valor para o mesmo.

O pagamento da transfusão é efetuado diretamente ao hospital, portanto não deve ser colocado na AIH o CPF do profissional que realizou o procedimento no campo APURAR VALOR PARA. Preencher apenas o campo EXECUTANTE.

22.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

O hospital que realiza intervenções cirúrgicas de grande porte, ou que efetue mais de 60 (sessenta) transfusões por mês, deve contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT) - dentro das suas instalações.

O serviço que efetua menos de 60 (sessenta) transfusões por mês pode ser suprido de sangue e componentes por serviço de hemoterapia externo, com contrato formalmente estabelecido, prevendo o suprimento em caso de transfusão de extrema urgência.

Todo serviço que tenha atendimento de emergência, ou obstetrícia, ou que realize cirurgias de médio porte, deve ter contrato formalmente estabelecido com serviço de hemoterapia.

22.2 TRANSFUÇÃO SANGÜÍNEA

Requisições de Sangue e Hemocomponentes para Transfusão - As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulários específicos que contenham informações suficientes para uma correta identificação do receptor. Do formulário devem constar, pelo menos, os seguintes dados: nome e sobrenome do paciente, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito (no caso de paciente internado), diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado, (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, a data, a assinatura e o número do CRM do médico solicitante.

Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia.

Quanto ao tipo, a transfusão pode ser classificada em:

- a) "Programada", para determinado dia e hora;
- b) "Não urgente", a se realizar dentro das 24 horas;
- c) "Urgente", a realizar dentro das 3 horas; ou
- d) "De extrema urgência", quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.

22.3 ATO TRANSFUSIONAL

Toda transfusão de sangue ou componentes sanguíneos deve ser prescrita por um médico e deve ser registrada no prontuário do paciente no hospital.

É obrigatório que fique registrado no prontuário os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos, bem como a data em que a transfusão foi realizada.

PROCEDIMENTOS DE HEMOTERAPIA	
CÓDIGO	NOME
03.06.02.001-7	AFERESE TERAPEUTICA
03.06.02.002-5	APLICACAO DE FATOR IX DE COAGULACAO
03.06.02.003-3	APLICACAO DE FATOR VIII DE COAGULACAO
03.06.02.004-1	SANGRIA TERAPEUTICA
03.06.02.005-0	TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE GRANULOCITOS
03.06.02.006-8	TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
03.06.02.007-6	TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS
03.06.02.008-4	TRANSFUSAO DE CRIOPRECIPITADO
03.06.02.009-2	TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE
03.06.02.010-6	TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO
03.06.02.011-4	TRANSFUSAO DE PLASMA ISENTO DE CRIOPRECIPITADO
03.06.02.012-2	TRANSFUSAO DE SANGUE / COMPONENTES IRRADIADOS
03.06.02.013-0	TRANSFUSAO DE SUBSTITUICAO / TROCA (EXSANGUINEOTRANSFUSSÃO)
03.06.02.014-9	TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL
03.06.02.015-7	TRANSFUSAO FETAL INTRA-UTERINA

22.4 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA - (HEMOCENTROS)

É um estabelecimento de saúde que pode prestar “serviço de terceiro” a outro estabelecimento QUE EMITA AIH por meio da realização de PROCEDIMENTOS relacionados aos exames PRÉ TRANSFUSIONAIS para análise de compatibilidade sanguínea. Não cabe registro na AIH de atos relacionados aos PROCESSOS DE COLETA/PROCESSAMENTO e SOROLOGIA destinados à produção de bolsas de hemocomponentes que são informados pelos Hemocentros exclusivamente através do SIA/SUS.

A Portaria SAS/MS n.º 198/2008 incluiu no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES, o tipo de estabelecimento 69 - CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA, e seus subtipos:

- 69 - CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA
- 69.1- HEMOTERAPIA / HEMATOLOGIA - COORDENADOR (antigo HEMOCENTRO)
- 69.2 – HEMOTERAPIA / HEMATOLOGIA - REGIONAL
- 69.3 - HEMOTERAPIA/HEMATOLOGIA - NUCLEO
- 69.4 - UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSSÃO – UCT
- 69.5 - UNIDADE DE COLETA - UC
- 69.6 - CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES – CTLD
- 69.7 - AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – AT

Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica é estabelecimento isolado, de esfera administrativa, pública ou privada, que realiza o ciclo do sangue, desde a captação do doador, processamento, testes sorológicos, testes imunohematológicos, distribuição e transfusão de sangue de maneira total ou parcial. Este Centro pode estar envolvido nas atividades relacionadas ao diagnóstico e tratamento ambulatorial e hospitalar de doenças hematológicas.

Os procedimentos de coleta/processamento e sorologia são realizados nos centros de hemoterapia e hematologia e são registrados somente na modalidade ambulatorial no sistema SIA/SUS.

22.5 ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO DE HEMOTERAPIA NA AIH

Código Procedimento	0212010026 Pré-trans I	0212010034 Pré-trans II	0212020013 Deleucotização CH (Por Unidade utilizada)	0212020021 Deleucotização CP (Por Dose = 6 a 10 unid p/ adulto e 01 unid p/ cada 5kg na criança)	0306020068 Transfusão CH	0306020076 Transfusão CP	0306020084 Transfusão Crioprecipitado	030602092 Transfusão CP/aférese	0306020106 Transfusão Plasma	0306020041 Sangria	0306020149 Transfusão Sangue total
Produto											
CP	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CPF	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CPA	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
CH	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CHF	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CHL	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CHD / CHPL	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CHA	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
PL	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
CRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
SANGRIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
S T	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Legenda:

SIGLA	DESCRIÇÃO	SIGLA	DESCRIÇÃO
CP	Concentrado de Plaquetas	CPA	Concentrado de Plaquetas por Aférese
CH	Concentrado de Hemácias	CPF	Concentrado de Plaquetas com Filtro
CHA	Concentrado de Hemácias Aliquotado	CRIO	Crioprecipitado
CHD	Concentrado de Hemácias Deleucocitada	PL	Plasma Fresco
CHF	Concentrado de Hemácias com Filtro	ST	Sangue total
CHL	Concentrado de Hemácias Lavadas	SANGRIA	Sangria
CHPL	Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos		

Estes procedimentos são especiais na AIH.

23. FISIOTERAPIA

Os procedimentos relativos à fisioterapia realizados em pacientes internados são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Todos os procedimentos de Fisioterapia estão no Grupo 03, Subgrupo 02 e Formas de Organização de 01 a 07. A quantidade máxima é de 20 por AIH, podendo ser solicitada liberação de quantidade.

24. RADIOLOGIA

Os exames de radiologia simples fazem parte do componente SH - Serviços Hospitalares do Procedimento. Eles devem ser registrados na AIH, mesmo não tendo valor ou pontos do SP. Estes registros podem também auxiliar em estudos sobre custo hospitalar. No futuro estes registros podem influenciar na reavaliação de valores da Tabela do SUS. Os procedimentos de radiologia são Procedimentos Secundários. Na AIH eles não têm valor, nem pontos.

25. ULTRA-SONOGRAFIA

Os exames de ultra-sonografia são procedimentos especiais na AIH e devem ser registrados no SISAIH01 na tela Procedimentos Realizados e tem valor próprio que é pago para o CNES informado no campo Apurar Valores no SISAIH01, exceto para os hospitais públicos que não podem ceder crédito a terceiros.

26. PATOLOGIA CLÍNICA

Os exames de patologia clínica, assim como a radiologia simples são procedimentos que são realizados de rotina em pacientes sob regime de internação, independente da patologia que gerou o atendimento. Pode-se dizer que são exames complementares básicos para a avaliação do paciente. Estes exames são procedimentos que fazem parte da fração Serviços Hospitalares do SIH, mas necessitam de registro na tela “Procedimentos Realizados” do SISAIH01. O instrumento de registro é a AIH Secundária. Deve ser registrado na tela “Procedimentos Realizados” do SISAIH01 para efeito de informação e para estudos posteriores sobre custo hospitalar e de procedimentos.

27. ANATOMIA PATOLÓGICA

Os exames de anatomia patológica são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Quando o exame for realizado por terceiros deve ser informado o CNES do executante. E no caso do serviço ser do próprio hospital, colocar o CNES do hospital para permitir apurar valores de forma correta.

O hospital público pode ter terceiros, e apurar valor para o terceiro, no entanto, o pagamento deve ser feito mediante contrato formalizado pelo Fundo de Saúde, por licitação ou convênio de parceria, sob empenho, com recolhimento dos tributos previstos em lei para cada caso. Então deve informar o CNES do executante quando tiver terceiros, mas o valor será apurado para o estabelecimento onde o paciente estiver internado.

Os procedimentos possíveis são os seguintes:

CODIGO	NOME	DESCRIÇÃO
02.03.02.001-4	Determinação de receptores tumorais hormonais	Exame de espécime tumoral mamário ou de endométrio para a determinação da ausência ou presença de receptores tumorais hormonais para estrogênios e progesterona, essenciais para a indicação da hormonioterapia do carcinoma de mama ou de endométrio
02.03.02.002-2	Exame anátomo-patológico do colo uterino - peça cirúrgica	Exame macro e microscópico de peça de ressecção parcial ou total do útero, com ou sem esvaziamento linfático, para diagnóstico definitivo e estadiamento cirúrgico do câncer do colo uterino
02.03.02.003-0	Exame anátomo-patológico p/ congelamento / parafina (exceto colo uterino) - peça cirúrgica	
02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de neoplasias malignas (por marcador)	Utilização de anticorpos monoclonais (marcadores) para determinar a origem tecidual e o diagnóstico definitivo de neoplasias malignas inespecíficas ao exame histopatológico. Máximo de 06 marcadores por paciente
02.03.02.005-7	Necropsia	Realizada em serviço de verificação de óbito
02.03.02.006-5	Exame anatomo-patológico de mama - biópsia	Exame macro e microscópio de material obtido por punção de mama por agulha grossa ou por biópsia/exereses cirúrgica, para diagnóstico definitivo de módulo mamário
02.03.02.007-3	Exame anatomo-patológico de mama - peça cirúrgica	Consiste no exame macro e microscópio de peça de ressecção parcial ou total de mama, com ou sem esvaziamento axilar, para diagnóstico definitivo e estadiamento cirúrgico de câncer mamário
02.03.02.008-1	Exame anatomo-patológico do colo uterino – biópsia	Consiste no exame macro e microscópico de material obtido por biópsia do colo uterino

28. REGISTRO DE ANESTESIAS NA AIH

O ato anestésico se inicia com a avaliação prévia das condições do paciente, prossegue com a administração de drogas pré-anestésicas até a anestesia propriamente dita, terminando com o restabelecimento de todos os reflexos, da consciência e da estabilidade cardiorrespiratória do paciente. É de responsabilidade do anestesista a assistência permanente, direta e pessoal ao paciente durante o período de duração da anestesia e até a total recuperação pós-anestésica.

A remuneração dos anestesistas é calculada no percentual de 30% do valor dos Serviços Profissionais, não entrando no rateio de pontos dos Serviços Profissionais (SP) da AIH. O valor dos procedimentos de anestesia se refere exclusivamente aos serviços do profissional. Os valores referentes a oxigênio, medicamentos e utilização de equipamentos, estão incluídos no componente SH.

Quando for realizado ato anestésico em procedimento que no SIGTAP não inclui o valor da anestesia no valor do procedimento principal, podem ser registrados os seguintes códigos: 04.17.01.006-0 SEDAÇÃO, 04.17.01.004-4 – ANESTESIA GERAL, 04.17.01.005-2 – ANESTESIA REGIONAL. Estes procedimentos têm valor próprio e devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01.

Os procedimentos para registro de Anestesia em Queimados no SIGTAP passaram a ser os mesmos que para os demais procedimentos, sendo registrados na AIH de Queimados da forma descrita neste item.

Quando um procedimento for realizado e não incluir anestesia, mas por indicação clínica for necessário submeter o paciente a ato anestésico, deve ser registrado no SISAIH01 o código do procedimento anestésico com CBO 223104.

O profissional médico que realiza anestesia deve ter no seu cadastro do CNES o código de anestesista.

Os procedimentos específicos de anestesia incluem o CBO de cirurgião geral para anestesia obstétrica para cesariana, na anestesia regional e na analgesia obstétrica para parto normal e está também o CBO do obstetra. Nestes casos pode ser informado o CPF do mesmo médico no campo cirurgião e anestesista.

28.1 ANESTESIA REGIONAL

Anestesia regional é uma denominação que engloba uma série de técnicas anestésicas distintas, tanto na execução, quanto na indicação. Estas técnicas têm em comum o fato da anestesia ser produzida através de um anestésico local e ser limitada a uma determinada área do corpo. Paralisa uma área específica do corpo para a operação, prolongando alívio da dor sem perda da sensação. São técnicas de anestesia regional: bloqueios tronculares, bloqueios de plexo, bloqueios espinhais (peridural, raquidiana ou raquianestesia)

Este procedimento de anestesia pode ser usado em procedimentos nos quais a anestesia não está incluída no valor total, (atributo no SIGTAP – Inclui anestesia). Para tanto, em caso de realização de um procedimento para o qual não está prevista a anestesia, mas que, por condições ligadas ao paciente, foi necessária a sua administração, o código deverá ser registrado na tela “Procedimentos Realizados” do SISAIH01. E será pago em separado

28.2 ANESTESIA GERAL

Anestesia Geral é a técnica anestésica que promove inconsciência (hipnose) total, abolição da dor (analgesia/anestesia) e relaxamento do paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica conhecida. É obtida com agentes inalatórios e/ou endovenosos. Ocorre a perda reversível da consciência e de todas as formas de sensibilidade.

O mesmo previsto para a utilização da anestesia regional, aplica-se para a anestesia geral.

28.3 SEDAÇÃO

Sedação é um estado em que o paciente permanece calmo, tranquilo, mas acordado.

Para a sedação também se aplicam os mesmos parâmetros da anestesia geral e regional para registro no SISAIH01.

28.4 ANESTESIA LOCAL

Anestesia Local é quando ocorre infiltração de um anestésico em uma determinada área do corpo, sem que ocorra bloqueio de um nervo específico ou plexo ou medula espinhal.

Este tipo de anestesia está incluído na cirurgia, não havendo registro em separado.

28.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO

Conforme define a Resolução CFM 1.670/2003, em seu Artigo 2º “O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico”.

No caso em que a anestesia for aplicada em procedimentos em que não exige a tela de equipe, o procedimento anestésico deve ser informado na tela “Procedimentos Realizados” como os demais procedimentos do SIGTAP. Para que o cirurgião possa atuar como anestesista nos casos descritos acima, é exigido que o mesmo esteja cadastrado no CNES daquele estabelecimento com os CBO das duas especialidades. Não estando cadastrado a AIH será rejeitada. Os tipos de anestesia são excludentes entre si.

28.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA

Os procedimentos de anestesia para obstetrícia foram incluídos na tabela de procedimentos pela Portaria GM/MS n.º 572/00. O pagamento do anestesista é desvinculado, não entrando no rateio de valor dos Serviços Profissionais. O procedimento de anestesia obstétrica deve ser registrado na tela “Procedimentos Realizados” do SISAIH01 com o código 04.17.01.0028 – ANALGESIA OBSTÉTRICA PARA PARTO NORMAL, 04.17.01.001-0 ANESTESIA OBSTÉTRICA PARA CESARIANA, 04.17.01.003-6 ANESTESIA OBSTÉTRICA PARA CESARIANA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.

28.7 ANESTESIA EM QUEIMADOS

Os procedimentos para registro de anestesia em queimados no SIGTAP passaram a ser os mesmos que para os demais procedimentos, sendo registrados na AIH de queimados da forma descrita neste item 28 deste manual.

29. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS –OPM

29.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS E FORNECEDORES CADASTRADOS NA ANVISA

As órteses, próteses e materiais especiais/OPM, independente da origem, para serem comercializadas têm que obrigatoriamente possuir registro na ANVISA e publicado em Diário Oficial da União. A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

Os estabelecimentos de saúde públicos e privados prestadores de serviços para o SUS deverão informar o CNPJ do Fornecedor do material e o número da Nota Fiscal correspondente na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01, que abrirá uma tela específica para preenchimento destes dados obrigatórios. O SIHD importa mensalmente a Tabela de Fornecedores Cadastrados na ANVISA e faz o batimento com o CNPJ informado na AIH. O fornecedor não constando deste arquivo da ANVISA, o sistema não permite o pagamento das OPM e a AIH será rejeitada.

O objetivo de registro da Nota Fiscal e CNPJ do fornecedor é permitir o rastreamento do material utilizado naquele paciente, em casos de problemas decorrentes do uso de OPM, como por exemplo, as metaloses.

Em caso de implantes de produtos radiopacos, é obrigatório o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.

Na utilização de OPM relacionadas ao ato cirúrgico, devem ser observadas as compatibilidades entre procedimento principal e OPM, o limite das quantidades máximas estabelecidas para cada produto constante do SIGTAP. No GRUPO 07 do SIGTAP estão discriminadas todas as OPM autorizadas pelo SUS. No caso de repetição do procedimento realizado na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia). O sistema fará a consistência com cada procedimento principal em que ele foi utilizado.

No SIGTAP está disponível para consulta um relatório completo com as compatibilidades e excludências entre procedimentos e OPM (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), a fim de instruir os responsáveis pela digitação dos dados do prontuário no SISAIH01.

As OPM deverão ser registradas logo após o procedimento principal que deu origem a essa utilização e o sistema faz consistência com cada um deles.

A cópia da Nota fiscal deve ficar anexada ao prontuário do paciente.

Não é necessária a emissão de uma nota fiscal para cada OPM com o nome do paciente no qual a OPM foi utilizada, uma vez que estas OPM são adquiridas nos hospitais públicos a partir de processos licitatórios. Nestas compras por licitação as Notas Fiscais emitidas contém, na maioria das vezes número variável de OPM e que serão usadas em Procedimentos Realizados em vários pacientes. Deve ser anexada cópia da Nota Fiscal que contém o material utilizado, mesmo que na nota constem também outros materiais não utilizados naquele paciente, ou mais de uma unidade da OPM utilizada no procedimento do paciente. Toda conta hospitalar deve conter a cópia da Nota Fiscal da OPM utilizada, sendo então necessário tirar tantas cópias de nota fiscal quantas forem necessárias para anexar ao prontuário/AIH.

Para o caso de hospitais da rede complementar do SUS (filantrópicos e privados) que comprem OPM em consignação, estes poderão solicitar ao fornecedor de OPM uma nota fiscal contendo apenas o nome do paciente, já que só será pago o material que for utilizado, na medida em que este uso for ocorrendo. Mas, esta não é uma exigência do SUS.

A comunicação de uso é um formulário que é preenchido no bloco cirúrgico e contém o código, nome e quantidade do material, número da AIH, data da internação e nome do paciente, e deve ser arquivada no prontuário médico, assim como laudos, pareceres médicos que justifiquem a utilização.

A Portaria SAS/MS n.º 218/04 incluiu na Tabela de OPM do SIH/SUS, os conjuntos para circulação Extra Corpórea (CEC), que no SIGTAP estão assim codificados:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
07.02.04.019-3	Conjunto para Circulação Extracorpórea Adulto (CEC) (acima de 12 anos)
07.02.04.021-5	Conjunto para Circulação Extracorpórea Pediátrico (CEC) (30 dias até 12 anos)
07.02.04.020-7	Conjunto para Circulação Extracorpórea Neonatal (CEC) (zero até 30 dias)

O conjunto para CEC é formado pelos seguintes materiais: oxigenador, conjunto de tubos, filtros de linha, reservatório para cardiectomia, reservatório para cardioplegia e hemoconcentrador.

Vários outros procedimentos de OPM são formados por conjuntos e também deve ser observada a mesma regra para registro dos dados no SISAIH01, são eles:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
07.02.01.009-0	Conjunto de cateter de drenagem externa e MPIC
07.02.01.010-3	Conjunto de eletrodo e extensão p/ estimulação cerebral
07.02.01.011-1	Conjunto p/ hidrocefalia de baixo perfil
07.02.01.012-0	Conjunto padrão p/ hidrocefalia
07.02.04.017-7	Conjunto de acesso hepático transjugular
07.02.04.018-5	Conjunto do seio coronário
07.02.04.019-3	Conjunto p/ circulação extracorpórea (adulto)
07.02.04.020-7	Conjunto p/ circulação extracorpórea (neonatal)
07.02.04.021-5	Conjunto p/ circulação extracorpórea (pediátrico)
07.02.04.022-3	Conjunto p/ valvoplastia mitral percutânea
07.02.05.012-1	Conjunto descartável de balão intra-aórtico
07.02.05.013-0	Conjunto p/ autotransfusão

Como a compra desses materiais pode ser feita a diferentes fornecedores, (licitações, por exemplo), o hospital deve registrar uma das Notas Fiscais referente a qualquer dos materiais que compõem o conjunto para CEC, uma vez que no SISAIH01 só há campo para inclusão de uma informação. No entanto, devem ser anexadas as cópias da Nota Fiscal de cada

um dos componentes/materiais usados naquele paciente, as quais podem ser verificadas por auditorias.

Conforme a política de Alta Complexidade há parâmetros definidos para a utilização de determinadas OPM, exemplos:

07.02.05.012-1 - CONJUNTO DESCARTÁVEL DE BALÃO INTRA-AÓRTICO e **07.02.05.067-7 - CATETER DE TERMODILUIÇÃO** - o uso desses materiais fica limitado em 10% (dez por cento) sobre o quantitativo total do procedimento de código 04.06.03.004-9 - Angioplastia Coronariana Primária (inclui cateterismo) (Portaria SAS n.º 123/05).

07.02.05.001-6 - BOMBA CENTRÍFUGA DESCARTÁVEL PARA USO EM CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA (CEC), não deve exceder ao máximo de 30% (trinta por cento) da frequência total de cirurgias que utilizam a circulação extracorpórea.

É permitido o registro de mais de um dos materiais 07.02.04.002-9 - ANEL PARA ANULOPLASTIA VALVULAR; 07.02.04.054-1 - PRÓTESE VALVULAR BIOLÓGICA COM SUPORTE OU ANEL; 07.02.04.055-0 - PRÓTESE VALVULAR BIOLÓGICA SEM SUPORTE OU ANEL; 07.02.04.057-6 - PRÓTESE VALVULAR – MECÂNICA DE DUPLO FOLHETO; 07.02.04.056-8 - PRÓTESE VALVULAR MECÂNICA BAIXO PERFIL (DISCO); 05.04.03.002-7- PROCESSAMENTO DE VALVA CARDÍACA HUMANA, no procedimento: 04.06.01.082-0 - PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA.

A Portaria SAS/MS n.º 218/04, define as OPM da assistência cardiovascular excludentes entre si. A Portaria SAS/MS n.º 123/05 inclui e altera procedimentos da assistência cardiovascular, estabelece compatibilidade entre procedimentos especiais e procedimentos e inclui OPM. Portaria SAS/MS n.º 173/05, relaciona a tabela de compatibilidade entre os procedimentos da Assistência Cardiovascular e OPM. A Portaria SAS/MS n.º. 756/005 define compatibilidade entre procedimentos de Neurocirurgia e Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPM) constantes das tabelas do SIH/SUS para a assistência ao paciente neurológico e/ou neurocirúrgico. No SIGTAP existe o relatório de Compatibilidade de procedimentos e OPM disponível para impressão e consulta na tela. Desde a unificação das tabelas, o que critica nos sistemas é o que está no SIGTAP, que deve espelhar a definição das portarias.

O Instituto de Traumatologia e Ortopedia – INTO presta Atendimento Ortopédico no Projeto de Suporte procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade em estabelecimentos públicos ou filantrópicos que necessitem de suporte na área de Ortopedia. Esses atendimentos são realizados pela equipe de profissional, utilizando OPM cedida pelo INTO (Portaria SAS/MS n.º 316/06).

Sempre que na AIH for registrada OPM com CNPJ do Fornecedor e o Profissional que realizou o procedimento for do INTO prestando Atendimento Ortopédico no Projeto de Suporte, não haverá geração de crédito referente a OPM e o valor do SP não será apurado nem para o estabelecimento no qual foi realizado o atendimento de suporte e nem em favor do INTO. As OPM utilizadas são levadas do INTO e não adquiridas pelo hospital onde o procedimento foi realizado. Deve ser informado o CNES do INTO.

O valor do SH é apurado para o hospital que emite a AIH e corresponde ao estabelecimento onde ocorreu o procedimento.

Para permitir a rastreabilidade das OPM utilizadas nas cirurgias devem ser anotados os seguintes itens conforme Resolução da ANVISA: 1 - LOTE, 2 – LOTE E SÉRIE, 3 – LOTE SÉRIE E NÚMERO DA CAIXA, a OPM a ser registrada.

No SIGTAP existem vários procedimentos que são definidos como CONJUNTO e cuja composição destes conjuntos pode ser adquirida por fornecedores diferentes, portanto em todos estes casos devem observar o mesmo processo descrito para o Conjunto para Circulação Extracorpórea.

30. ACIDENTE DE TRABALHO

30.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

A Portaria GM n.º 737/01 aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e a necessidade de estabelecer mecanismos que permitam incentivar as atividades assistenciais relacionadas à identificação das causas externas. Portaria GM n.º 1969/01 e Portaria SAS n.º 579/2000 tornam obrigatório o preenchimento dos campos CID Principal e CID Secundário, nos registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador na AIH.

O responsável técnico pelo hospital que prestou o atendimento e assistência ao paciente, é responsável pela emissão da notificação, por escrito, ao responsável técnico pela saúde do trabalhador do município, o qual deverá comunicar à Vigilância Epidemiológica.

No SIGTAP o procedimento para registros de causas externas e doenças relacionadas ao trabalho é o código **08.02.02.002-0 – NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS**.

Este é um procedimento especial e, portanto não exigiria o preenchimento de CID. No entanto, no SISAIH01 existe a seguinte crítica: Se o CID principal informado na AIH for do Capítulo XIX do CID 10 – Códigos de S00 a T98 – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas exige que o CID Secundário seja obrigatoriamente do Capítulo XX do CID 10 cujos códigos estão no intervalo V01 a Y98 – Causas externas de Morbidade e Mortalidade ou ainda os CID D66, D67, D680, D681 ou D684 que não fazem parte deste capítulo, mas está na mesma regra.

Nos casos acima é obrigatório também os preenchimento dos dados de Causas Externas, contidos na janela específica do SISAIH01.

Portaria SAS n.º 579/01 é que estabeleceu estas compatibilidades.

É obrigatório nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho o preenchimento na AIH os seguintes campos:

Ocupação (Informar o código da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO), Classificação Nacional de Atividades Econômica Resumida – CNAE-R, CNPJ da empresa, Vínculo com a Previdência (atividade autônoma, desempregado, aposentado, empregado, empregador).

31. VIDEOLAPAROSCOPIA

Desde 2006, a competência para habilitação dos estabelecimentos para realização dos procedimentos de Cirurgia por Videolaparoscopia pelo SIH/SUS foi descentralizada para os gestores estaduais e municipais de saúde. Cabe ao gestor local o registro dessas habilitações no SCNES. Para se habilitarem a realização dos procedimentos de Cirurgia por Videolaparoscopia, os estabelecimentos devem atender aos requisitos da Portaria SAS n.º 114/96, quais sejam: ter cadastrado no CNES cirurgião especialista em videolaparoscopia e disporem de videolaparoscópio. Estas informações precisam estar devidamente cadastradas no SCNES, com os respectivos serviço/classificação.

32. ATENDIMENTO EM OBSTETRICIA

32.1 PARTO NORMAL

O Parto Normal pode ser realizado pelo profissional médico e também pelo enfermeiro obstetra conforme define a Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87. No caso do parto realizado por enfermeiro obstetra, o valor do SP não pode ser desvinculado, sendo todo o valor apurado para o estabelecimento no qual o parto foi realizado. No caso de médicos, o valor do SP pode ser apurado para o CPF do médico que realizou o parto.

Com a implantação do SIGTAP houve a unificação dos vários procedimentos relativos ao Parto Normal em um único procedimento. E foi incorporado aos atributos do procedimento o atributo “incremento” que corresponde a um percentual a mais, calculado com base no valor base do parto e que permitiu a manutenção dos valores diferenciados para partos realizados em Hospital Amigo da Criança. Este atributo facilitará tanto o registro dos partos no SISAIH01, quanto no momento em que forem concedidos aumentos na remuneração dos procedimentos do SIGTAP.

Parto seguido de histerectomia dentro das primeiras 24 horas do pós-parto deverá ser solicitada nova AIH. Se a histerectomia ocorrer durante o mesmo ato anestésico deverá ser mantido o procedimento já autorizado e cabendo apenas o registro da histerectomia como intercorrência.

No caso de parto realizado na ambulância ou a caminho da maternidade, trata-se período expulsivo em transito, após chegar à unidade, recebendo os cuidados necessários, considera-se o laudo de AIH com o procedimento de Parto Normal.

32.2 ATENDIMENTO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Os procedimentos 03.10.01.004-7 - PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO e 04.11.01.002-6 - PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO só podem ser realizados em estabelecimentos com habilitação para o Atendimento Secundário ou Terciário à Gestante de Alto Risco, de acordo com a Portaria GM n.º. 3477/98.

O procedimento de origem hospitalar - 35031018 - Intercorrência obstétrica na gravidez em gestante de alto risco, no SIGTAP é o 04.11.02.005--6 - TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS MATERNOs RELACIONADOS PREDOMINANTEMENTE A GRAVIDEZ e também exige que o estabelecimento tenha habilitação para o Atendimento Secundário e Terciário à Gestante de Alto Risco.

Os procedimentos especiais compatíveis com os procedimentos de Parto Normal são os seguintes:

Código	Procedimento	Quantidade
02.02.03.109-8	Reação de hemaglutinação (TPHA) p/ diagnóstico da sífilis	1
02.14.01.004-0	Teste rápido para detecção de HIV em gestante	1
02.14.01.005-8	Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV	1
03.01.01.014-5	Primeira consulta de pediatria ao recém-nascido	1
03.10.01.002-0	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto	1
04.17.01.002-8	Analgesia obstétrica p/ parto normal	1
06.03.04.001-2	Cabergolina 0,5 mg (por comprimido) (inibidor da lactação)	2
08.01.01.004-7	Incentivo ao registro civil de nascimento	1
08.01.01.003-9	Incentivo ao parto (componente I)	1

São excludentes entre si os seguintes Procedimentos Especiais: 04.17.01.002-8 - ANALGESIA OBSTÉTRICA P/ PARTO NORMAL, 04.17.01.001-0 - ANESTESIA OBSTÉTRICA P/ CESARIANA, 04.17.01.003-6 - ANESTESIA OBSTÉTRICA P/ CESARIANA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.

O Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco é composto de Unidade Secundária e Terciária e os códigos para registro de partos nestas unidades são os seguintes:

Procedimento	Descrição
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de Alto Risco
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco

As intercorrências clínicas ou relacionadas à própria gestação devem ser registradas com os códigos:

Procedimento	Descrição
04.11.02.005-6	Tratamento de outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez
03.03.10.004-4	Tratamento de Intercorrências Clínicas na Gravidez

32.3 PARTO GEMELAR E EXAME VDRL NA GESTANTE

Quando o parto for gemelar deve ser registrado o procedimento realizado com o código de parto normal ou cesariana. Devem também ser registrados os procedimentos especiais compatíveis com os procedimentos de parto na tela de Procedimentos Realizados do SISAIH01. **O parto gemelar gera apenas uma (01) AIH no nome da mãe.**

Nesta AIH, devem ser informados os dados de cada um dos recém-nascidos, inclusive os dados de registro civil se houver. Devem ser registrados no SISAIH01 todos os códigos de registro civil, conforme a quantidade de recém nascidos.

É obrigatória a realização de VDRL para detecção de sífilis em gestante - (02.02.03.117-9) em todas as parturientes internadas nos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, e o registro nas AIH de partos. AIH de parto sem registro do código do procedimento de VDRL será rejeitada pelo SIHD/SUS. O resultado do exame de VDRL deverá ser anexado ao prontuário médico.

Quando a gravidez é gemelar e ocorre alguma complicação na ocasião do parto resultando em que um dos fetos nasce por parto normal e o outro vai exigir que seja realizada uma cesariana, paas a ser um caso de emissão de nova AIH para a mesma paciente numa mesma internação. Dá alta por permanência ou por encerramento administrativo e abre nova AIH para a cesariana. Esta situação não era permitida antes da implantação da Tabela Unificada pois o parto normal era classificado como Clínica Obstétrica.

32.4 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES

O procedimento **02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV** deve ser realizado em todos os partos para controle e tratamento da doença. Caso positivo, a notificação é compulsória. É necessário o consentimento verbal da mãe para que se realize o teste rápido para detecção de HIV, este deve ser registrado exclusivamente na tela “Procedimentos Realizados” das AIH de todos os partos.

No caso de positividade para o teste rápido de detecção de HIV deve ser administrado o inibidor de lactação para tais puérperas e registrado na AIH com o código 06.03.04.001-2 - CABERGOLINA 0,5MG (POR COMPRIMIDO) na tela de “Procedimentos Realizados”. A dose é de 02 comprimidos em dose única. Este procedimento é compatível com qualquer tipo de parto.

33. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)

De acordo com a Política de Planejamento Familiar, só é permitida a esterilização voluntária no SUS nas seguintes condições:

1. Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou, pelo menos, com 2 filhos vivos observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciada, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;
2. Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
3. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente deve ser executado por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia;
4. Deve obrigatoriamente constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

No caso da realização da esterilização em pacientes na modalidade hospitalar devem ser registrados os seguintes códigos na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01:

Código	Descrição
04.09.04.024-0	Vasectomia
04.09.06.018-6	Laqueadura Tubária
04.11.01.004-2	Parto Cesariano c/ Laqueadura Tubária

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição ao segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deve ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos. Somente podem realizar procedimento de esterilização cirúrgica as instituições que atenderem aos critérios, e que estejam habilitado/autorizado para realização dos mesmos (Portaria SAS n.º. 48/99). Para a realização de esterilização cirúrgica, o estabelecimento deve oferecer todas as demais opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis; e comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.

Estes procedimentos exigem o registro do CID 10, código Z 30.2 – Esterilização.

É obrigatório o preenchimento da ficha de registro de notificação de esterilização, quando da realização dos procedimentos Parto Cesariano com Laqueadura Tubária e Vasectomia, devendo a mesma ser arquivada junto ao prontuário médico.

Desde outubro de 2006 a responsabilidade pelo registro das habilitações no SCNES para que os estabelecimentos possam realizar os procedimentos de Planejamento Familiar/Esterilização (Laqueadura e Vasectomia) pelo SIH/SUS é dos gestores estaduais/municipais de saúde.

34. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN) – EMISSÃO DE AIH PARA O RN

Deve ser solicitada a emissão de AIH para o RN sempre que for necessário submetê-lo a tratamento clínico ou cirúrgico.

Se após a alta da mãe houver necessidade de assistência hospitalar ao RN por problemas como, por exemplo: icterícia fisiológica, RN potencialmente infectado ou filho de mãe diabética **ou outras patologias que obriguem a permanência do RN**, deve ser solicitada nova AIH, diferente da AIH da mãe.

Deve constar o número da AIH da mãe no campo AIH anterior da AIH do RN e no campo AIH posterior da AIH da mãe, o número da AIH do recém nascido. O código a ser

registrado é 03.03.16.003-9- TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERÍODO NEONATAL (obriga o preenchimento de AIH anterior e AIH posterior). O motivo de saída da AIH da mãe pode ser diferente do motivo de saída da AIH do recém nascido- RN.

No caso de o RN, ainda no período de internamento da mãe, desenvolver ou apresentar quadro patológico que implique na manutenção de sua internação, é possível emitir uma AIH para o RN, independente da AIH da mãe, para que seja possível ao hospital ser ressarcido pelo tratamento realizado no RN. Mesmo assim, é preciso colocar os números das AIH anterior e posterior para efeito de regulação da qualidade da assistência e adequada informação para o Banco de Dados Nacional.

34.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM NASCIDO

É o primeiro atendimento do pediatra no berçário. (Portaria GM/MS n.º 572/00). O valor é fixo e apurado para o CPF ou CNES informado no SISAIH01 na tela Procedimentos Realizados. Não entra no rateio de pontos e deve ser registrado com o código 03.01.01.014-5 – PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM NASCIDO. São permitidas no sistema tantas consultas por AIH quanto forem os recém nascidos, no entanto deve ser solicitada liberação de quantidade. O limite para a quantidade é o número de nascidos vivos. Quantidade de nascidos vivos é o limite para a Primeira consulta em pediatria. Este procedimento é exclusivo para os médicos especialistas em pediatria/neonatologia.

34.2 ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO

O Atendimento ao RN na Sala de Parto consiste na assistência ao RN pelo neonatologista ou pediatra, desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja entregue aos cuidados da equipe profissional do berçário/alojamento conjunto. Para efetuar o registro deste procedimento o hospital/maternidade deve ter pediatra/neonatologista cadastrado no seu CNES.

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 096/94 para que o hospital realize este procedimento é preciso que disponha de: mesa de reanimação com fonte de calor radiante, fonte de oxigênio puro, máscara facial e bolsa para ressuscitação, aspirador de secreções, medicação apropriada para os casos de insuficiência cardiorrespiratória neonatal. Os equipamentos devem também constar no CNES do estabelecimento.

O código **03.10.01.002-0 – ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO** tem valor no SP - Serviço Profissional, e não entra no rateio de pontos da AIH. O registro deve ser feito na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Este procedimento é compatível com a AIH onde o procedimento principal seja um dos a seguir descritos, conforme a Portaria GM/MS n.º 572/2000:

Código	Descrição
03.10.01.003-9	Parto Normal
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de Alto Risco
04.11.01.003-4	Parto Cesariano
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco
04.11.01.004-2	Parto Cesariano com Laqueadura Tubária

34.3. REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO

O procedimento **08.01.01.004-7 – INCENTIVO AO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO** (PT GM/MS 938/02) é repassado ao estabelecimento do SUS que providencie o Registro de Nascimento, **antes da alta hospitalar**, e é compatível com procedimentos de parto. No SISAIH01, Na tela Procedimentos Realizados da AIH de Parto, deverão ser preenchidos os campos com as informações sobre ao Registro Civil de Nascimento em tela específica do SISAIH01. Devem estar preenchidas no SISAIH01 as seguintes informações:

N.º da Declaração de Nascido Vivo; Nome do Recém Nascido; Razão Social do Cartório; Livro; Folhas; Termo; Data de Emissão da Certidão.

35. FATORES DE COAGULAÇÃO

Quando houver administração de Fatores de Coagulação em pacientes internados deve ser informado no campo CID principal obrigatoriamente o código da patologia que determinou a internação ou agudização do quadro e no campo CID secundário o código correspondente a Deficiência de Fator VIII ou Fator IX.

03.03.02.006-7 - TRATAMENTO DE DEFEITOS DA COAGULAÇÃO PÚRPURA E OUTRAS AFECÇÕES

03.03.02.007-5 - TRATAMENTO DE HEMOFILIAS

03.03.02.008-3 - TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

EXEMPLO: Diagnóstico principal - Fratura de rádio. Diagnóstico secundário - Deficiência Fator VIII.

Para administração de Fatores de Coagulação deve haver prévia autorização do Gestor. A administração de Crioprecipitado Fator VIII deve atender a RDC ANVISA 23/02 que aprova regulamento técnico para indicação.

36. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO DEPENDENTE ÁLCOOL E DROGAS

A Portaria SAS/MS n.º 817/02 disciplina o tratamento dos transtornos relativos à dependência de álcool e drogas. O código para registro no SISAIH01 é o 03.03.17.006-9 - TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS OU COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E DROGAS - consiste no tratamento em regime de internação de pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas.

A AIH para registro deste procedimento tem validade de 30 dias sendo o limite de 21 diárias por AIH, ou seja, embora a AIH tenha validade de 30 dias, só é permitido o registro de no máximo 21 diárias.

Para atenção a estes pacientes pode também ser realizado o procedimento 03.03.17.005-0 - TRATAMENTO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA POR USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E DROGAS. A AIH para registro deste procedimento tem validade de 30 dias sendo o limite de 15 diárias por AIH. Na tela de Procedimentos Realizados do SISAIH01 deverá ser registrado o número de diárias em que o paciente esteve internado.

Não serão permitidos os registros de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais para estes procedimentos.

O registro dos procedimentos 03.03.17.006-9 – TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS e 03.03.17.006-9 – TRATAMENTO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA POR USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E DROGAS podem ser realizados em Hospitais Gerais e não exigem habilitação. A emissão da AIH para realização destes procedimentos deve ser mediante apresentação de laudo médico de solicitação de internação emitido preferencialmente por especialista vinculado ao CAPS.

37. PSIQUIATRIA

Os procedimentos em Psiquiatria previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS são os seguintes:

03.03.17.001-8 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM PSIQUIATRIA - refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar em psiquiatria, realizado em hospital geral.

03.03.17.007-7 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (classificação PTGM/MS n.º 251/02) - internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais realizado em hospital psiquiátrico. Procedimento realizado em hospitais que não aderiram ao plano anual de reestruturação. Só pode ser realizado em hospital especializado.

03.03.17.008-5 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA - EM HOSPITAL GERAL (POR DIA) - internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais - realizado exclusivamente em hospital geral.

03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA) - internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais - realizado em hospital especializado.

03.03.17.010-7 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA - tratamento de transtornos mentais e comportamentais - realizado exclusivamente em hospital-dia.

A Portaria SNAS/MS n.º 189/91 incluiu os procedimentos em Hospital Psiquiátrico; Hospital Geral; Hospital Dia e Diagnostico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria. A Portaria SNAS/MS n.º 224/92 definiu as diretrizes e normas para cadastramento de hospital psiquiátrico. As regras permanecem para os procedimentos de psiquiatria na AIH – 1: máximo de 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês. Se o 45º dia não for o último do mês, o paciente deve ser reavaliado para que permaneça depois do final do mês. Deve fechar a AIH de psiquiatria no último dia do mês e apresentar o número de diárias daquele primeiro mês de internamento e solicitar a AIH-5 que só pode ter no máximo 31 dias. A data de internação permanece a mesma da AIH-1. O fechamento desta AIH-1 não é obrigatório, desde que o período de internamento até o último dia do 2º mês de internamento seja inferior a 45, ou seja, 45 é o número máximo de dias para esta AIH 1. Na AIH 1 pode apresentar qualquer quantidade de dias, desde que inferior a 45, com alta definitiva do paciente. No caso de permanência do paciente, solicitar AIH 5. Havendo necessidade de prorrogação das internações, depois de 45 diárias será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH - 1. A abertura da AIH –5 deve ser sempre no primeiro dia do mês. Cada AIH-5 permite o registro de até 31 diárias, e não tem validade máxima, devendo ser emitida AIH-5 quantas vezes forem necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente. Não é permitida a emissão de AIH – 1 para continuidade de tratamento.

Somente pode ser emitida nova AIH - 1 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico, não sendo permitida AIH simultânea. A autorização para emissão de AIH-5 deve ser solicitada pelo Diretor Clínico, no laudo médico a cada 30 dias, que encaminha ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista na área, autorizando ou não a continuação da internação. A data de início da internação constante da AIH-5 deve ser a da AIH - 1. A data de saída deve ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado ou a data da saída no caso de alta, óbito ou transferência.

Não existe limite ou prazo para encerramento de AIH 5. O número da AIH 5 é o mesmo da AIH 1 e pode ser usado indefinidamente enquanto o paciente permanecer internado no mesmo hospital. Não deve ser dada alta para emitir uma AIH nova com novo número.

No atendimento psiquiátrico hospitalar está incluído o atendimento de intercorrências clínicas, não podendo haver registros adicionais ou mudança de procedimento.

Na AIH de psiquiatria somente pode ser preenchida a primeira linha dos Procedimentos Realizados com o código do Procedimento Psiquiátrico.

A normatização vigente é a definida pela Portaria GM/MS n.º 251/02 definindo diretrizes e normas da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS e estabelecendo a classificação para os hospitais psiquiátricos. Esta avaliação foi feita a partir dos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital, constante no CNES.

CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS – HABILITAÇÃO

CLASSE	PONTUAÇÃO NO PNASH%	NÚMERO DE LEITOS
I	81 – 100	20 – 80
II	61 – 80	20 – 80
	81 – 100	81 – 120
III	61 – 80	81 – 120
	81 – 100	121 – 160
IV	61 – 80	121 – 160
	81 – 100	161 – 200
V	61 – 80	161 – 200
	81 – 100	201 – 240
VI	61 – 80	201 – 240
	81 – 100	241 – 400
VII	61 – 80	241 – 400
	81 – 100	Acima de 400
VIII	61 – 80	Acima de 400

A Portaria SAS/MS n.º 77/02 incluiu os procedimentos de Internação em Psiquiatria IV. O Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I a VIII é utilizado pelos hospitais psiquiátricos, classificados em conformidade com a Portaria GM/MS 251/02. NO SIGTAP tem os procedimentos: **03.03.17.009-3 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)** e **03.03.17.007-7 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (classificação Portaria GM 251/02) (POR DIA)**.

A Portaria GM/MS n.º 52/04, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS agrupa os hospitais psiquiátricos por classes de acordo com o porte, (quadro abaixo), e estabelece limites máximos e mínimos de redução anual de leitos (expressos em módulos de 40 leitos), aplicáveis às diversas classes hospitalares em cada grupo.

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS POR GRUPOS DE CLASSES E LIMITES DE REDUÇÃO

GRUPOS	CLASSES	N.º. LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
I	I	Até 120	Não há	Não há
	II	121 – 160		
II	III	161 – 200	1 módulo	1 módulo
	IV	201 – 240		
III	V	241 – 280	1 módulo	2 módulos
	VI	281 – 320		
	VII	321 – 360		
IV	VIII	361 - 400	1 módulo	3 módulos
	IX	401 - 440		
	X	441 - 480		
	XI	481 - 520		
	XII	521 - 560		
	XIII	561 - 600		
V	XIV	acima de 600	¾	¾

Os hospitais que não se classificaram pela Portaria GM/MS n.º 52/04 são remunerados através do procedimento 03.03.17.009-3 – TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO em hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Psiquiatria. O quantitativo de AIH/mês corresponde a AIH inicial e AIH de continuação.

37.1 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL

O hospital-dia na assistência em saúde mental é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. Os cuidados em hospital-dia na assistência à saúde mental devem abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 05 dias da semana (2ª a 6ª feira) com uma carga horária de 08 horas diárias para cada paciente.

Requisitos específicos para realização do atendimento:

1. Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas;
2. Situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual.
3. Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental;
4. Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social.
5. Recursos Humanos: A equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico; 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades).
6. Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado.
7. Orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

Os Procedimentos Realizados no hospital-dia são registrados por AIH-1 para um máximo de 30 pacientes/dia. A quantidade permitida é de até 05 diárias, uma para cada dia útil da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH-5. Havendo necessidade de continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH – 1 sob autorização do gestor. Somente podem ser efetuados registros dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as unidades previamente habilitadas. Na primeira linha da tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 deve ser registrado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizadas no período de tratamento. A validade da AIH é de 45 dias. Não é permitido registro de permanência à maior nos Procedimentos Realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental.

O sistema calcula dias úteis para o tratamento de psiquiatria em hospital-dia, fibrose cística e HIV-AIDS.

37.2 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL

O tratamento em psiquiatria em hospitais gerais pode ser prestado nas seguintes condições:

37.2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL

O serviço de urgência psiquiátrica em prontos socorros gerais deve funcionar 24 horas e contar com leitos de internação para até 72 horas e equipe multiprofissional. O Procedimento a ser registrado é o 03.03.17.001-8 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM PSIQUIATRIA.

37.2.2 LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL

Os leitos psiquiátricos em hospital geral são de retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalares e de urgência.

O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos.

Os procedimentos psiquiátricos realizados em hospital geral são registrados na AIH-1, para um máximo de 45 diárias, não cabendo emissão de AIH-5. Se não houver condição de alta do paciente até 45 dias, o mesmo deve ser transferido para hospital especializado em tratamento psiquiátrico. O procedimento a ser registrado é o 03.03.17.008-5 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL (POR DIA).

Para o registro deste procedimento na AIH não é necessário habilitação do estabelecimento em Psiquiatria.

38. ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS

A classificação do grau de extensão e gravidade para pacientes com queimaduras é a seguinte:

38.1 PEQUENO QUEIMADO

Paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.

38.2 MÉDIO QUEIMADO

Paciente com:

- Queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou
- Queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou;
- Queimadura de mão e/ou pé

38.3 GRANDE QUEIMADO

Paciente com:

- Queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 25%, ou;
- Queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou;
- Queimadura de períneo

Paciente vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental e doenças consuptivas.

O tratamento de queimados pode ser realizado em Hospitais Gerais, em Centros Intermediários de Assistência ou em Centros de Referência em Queimados, que são unidades de Alta Complexidade e devem ter habilitação no CNES.

Podem ser realizados os procedimentos a seguir relacionados:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
04.13.01.009-0	Tratamento de Pequeno Queimado
04.13.01.008-2	Tratamento de Médio Queimado
04.13.01.006-6	Tratamento de Grande Queimado
04.13.01.001-5	Atendimento de Urgência em Médio e Grande Queimado

No procedimento 04.13.01.001-5 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM MÉDIO E GRANDE QUEIMADO, o limite de registro é de 01 por AIH. Este procedimento somente deve ser autorizado no primeiro atendimento ao paciente queimado, ainda no serviço de urgência/emergência, ou seja, antes da transferência do paciente para a Unidade de Tratamento de Queimado do próprio hospital que prestou o primeiro atendimento, ou de outro Centro de Referência, quando então deve ser solicitada AIH de Grande ou Médio Queimado. No procedimento estão incluídos os profissionais e serviços hospitalares, cuidados clínicos, cirúrgicos e os curativos do paciente.

O debridamento cirúrgico, em qualquer fase, está incluído no procedimento, exceto nos centros de referência que podem registrar como procedimentos especiais.

Os códigos para anestesia em paciente queimado são os mesmos constantes do SIGTAP. Não há código específico para queimado. A Diária de UTI em Queimados é registrada no SISAIH01 com o código 08.02.01.011-3 e deve ser informada a quantidade em dias. Para registro deste código é necessário que o estabelecimento de saúde tenha leitos de UTI – Queimados cadastrados no SIH/SUS. (PT GM/MS n° 1274/00)

38.4 INTERCORRENCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO

O procedimento **04.13.01.007-4 - TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO** tem valor de incremento no SIGTAP. Quando registrado no SISAIH01 e SIHD, será feita verificação de habilitação e só será aprovado se o estabelecimento for habilitado como Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a Queimados.

Caso seja necessário o uso de albumina humana e nutrição parenteral deve ser registrada na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01, assim como a nutrição enteral em Hospitais Gerais, Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a Queimados, de acordo das normas específicas e nos limites e codificações constantes do SIGTAP.

39. PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS

Os procedimentos para tratamento de pacientes sob cuidados prolongados somente podem ser registrados nas AIH de hospitais previamente habilitados. Qualquer hospital pode ter leitos de cuidados prolongados habilitados pelo Gestor Local.

Desde a competência outubro de 2006 os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar os procedimentos de Cuidados Prolongados pelo SIH/SUS, conforme a Portaria SAS/MS n.º 629/2006. Hospitais gerais, especializados ou de apoio podem cadastrar leitos em cuidados prolongados e a habilitação é de responsabilidades do gestor local.

O tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH - 1 é de no máximo 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês. Havendo necessidade de prorrogação das

internações, depois de vencidas as 45 diárias, será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH - 1. A abertura da AIH -5 é sempre no primeiro dia do mês. Cada AIH-5 permite o registro de até 31 diárias, e não tem mais validade máxima, devendo ser emitidas AIH-5 quantas necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente, não sendo permitida a emissão de AIH - 1, para continuidade de tratamento. Somente pode ser emitida nova AIH - 1 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico. Se o 45º dia não for o último do mês, o paciente deve ser reavaliado para que permaneça depois do final do mês. Deve fechar a AIH no último dia do mês e apresentar o número de diárias daquele primeiro mês de internamento e solicitar a AIH-5 que só pode ter no máximo 31 dias. A data de internação permanece a mesma da AIH-1. O fechamento desta AIH-1 não é obrigatório, desde que o período de internamento até o último dia do 2º mês de internamento seja inferior a 45, ou seja, 45 é o número máximo de dias para esta AIH 1. Na AIH 1 pode apresentar qualquer quantidade de dias, desde que inferior a 45 e com alta definitiva do paciente. No caso de permanência do paciente, solicitar AIH 5. A autorização para emissão de AIH-5 deve ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico, a cada 30 dias, que encaminhará ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista que autoriza ou não a continuação da internação. Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, é permitida solicitação de nova AIH na especialidade respectiva, não sendo permitida AIH simultânea. No valor estipulado para atendimento de pacientes sob cuidados prolongados está previsto atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo registros adicionais ou mudança de procedimento.

A data de início da internação constante da AIH-5 deve ser a da AIH - 1. A data de saída deve ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência. Somente é permitida a internação após autorização do Gestor Local, sendo o caráter da internação 1 (eletivo).

- Pacientes sob Cuidados Prolongados são os que apresentam os seguintes quadros:
- Paciente convalescente – Aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontre em recuperação e necessite de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico funcional por período prolongado.
- Paciente portador de múltiplos agravos à saúde – Aquele que necessita de cuidados médicos-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação.
- Paciente crônico – Aquele portador de patologia de evolução lenta, ou portador de seqüela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional.
- Pacientes sob cuidados permanentes – Aquele que teve esgotada todas as condições de terapia específica e que necessita de assistência médica ou cuidados permanentes.

Os procedimentos para pacientes sob cuidados prolongados são os seguintes de acordo com a patologia apresentada:

PROCEDIMENTO	PATOLOGIA	EXIGENCIA
03.03.13.006-7	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Oncológicas (por dia)	0905 (Exige habilitação)
03.03.13.005-9	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Neurológicas (por dia)	0903
03.03.13.002-4	Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Cardiovasculares (por dia)	0901
03.03.13.003-2	Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Pneumológicas (por dia)	0902
03.03.13.007-5	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo (por dia)	0904
03.03.13.001-6	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados devido a Causas Externas (por dia)	0907
03.03.13.004-0	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades decorrentes da AIDS (por dia)	0906

PROCEDIMENTO	PATOLOGIA	EXIGENCIA
03.03.13.008-3	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados em Hanseníase (por dia)	Não exige habilitação
03.03.01.021-5	Tratamento de Tuberculose (A15 A A19)	Não exige habilitação
03.03.17.007-7	Tratamento em Psiquiatria (Classificacao PT GM 251/02)	Tem incremento
03.03.17.009-3	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	Tem incremento
04.06.01.074-9	Manutencao de Assistencia Circulatoria Prolongada	0801 e 0803

Procedimentos que têm média de permanência são excludentes entre si com os que são remunerados por dia.

40. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O registro das internações de tuberculose através de AIH é feito exclusivamente por intermédio do código específico com os diagnósticos principal e secundário pela - CID/10ª. Somente os hospitais que tenham leitos cadastrados na especialidade Pneumologia Sanitária (Tisiologia) ou Pediatria podem apresentar AIH com o procedimento 03.03.01.021-5 - TRATAMENTO DA TUBERCULOSE (POR DIA). A Tuberculose com lesões extensas deve ser registrada com o mesmo código. Este procedimento admite longa permanência, podendo, portanto ser solicitada AIH5 para os pacientes.

Até dezembro de 2007 existiam os procedimentos de **Tratamento da tuberculose com Lesões Extensas**, que eram remunerados por dia, e a AIH com até 30 dias. Se houvesse necessidade de permanecer com o tratamento, era emitida uma nova AIH. Existiam também os procedimentos de tratamento de tuberculose remunerados por média de permanência e que admitiam permanência a maior. Admitiam também registro de diária de UTI.

Com a tabela unificada, **todos os procedimentos relativos à tuberculose foram unificados** dando origem a um só procedimento com remuneração por dia.

41. TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O registro das internações para 03.03.01.008-8 - TRATAMENTO DA HANSENÍASE na AIH exige o diagnóstico principal e secundário pela CID 10, conforme a Portaria GM/MS n.º. 164/97. (CID: A30 e B92)

O Tratamento da Hanseníase com Lesões Extensas deve ser registrado na AIH com código 03.03.13.008-3 – TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS EM HANSENÍASE.

42. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO

Tem como objetivo o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência quando, por razões de natureza médica, o regime de internação for o mais adequado ao paciente, após avaliação de equipe multiprofissional. A Portaria SNAS/MS n.º. 303/92 estabeleceu as diretrizes e normas para o atendimento hospitalar para tratamento de reabilitação. Para registro dos procedimentos na AIH o hospital deve ter leitos cadastrados na especialidade de reabilitação, e usar o código 03.03.19.001-9 - Tratamento em Reabilitação.

43. DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA

O registro de Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento deve ser realizado de acordo com:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.01.06.001-0	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica
03.01.06.008-8	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica
03.01.06.007-0	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Cirúrgica

Estes códigos devem ser utilizados nos seguintes casos:

Em caso de alta a pedido, evasão ou transferência para outro hospital, com período de internação igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas, o procedimento solicitado deverá obrigatoriamente ser mudado para Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento na especialidade correspondente. Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência. Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela. Internação para investigação diagnóstica. Em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais, identificados pela auditoria. Não cabe Permanência a Maior em AIH emitida com o código do procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento. Não cabe mudança de procedimento em AIH de Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento.

44. TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA

Conforme especificados na Portaria SAS/MS n.º 723/07:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.03.04.008-4	Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico (Grau Leve)
03.03.04.009-2	Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico (Grau Médio)
03.03.04.007-6	Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
03.03.04.010-6	Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico Grave
03.03.04.011-4	Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular
03.03.04.006-8	Tratamento Conservador da Dor Rebelde de origem Central e Neoplásica

Procedimentos clínicos de tratamento conservador de alta complexidade só podem ser registrados na AIH quando realizados por Serviço de Alta complexidade de Neurologia/Neurocirurgia habilitado em **Trauma e Anomalias do Desenvolvimento**:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.03.04.011-4	Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefalico Grave
03.03.04.010-6	Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular
03.03.04.006-8	Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplásica

45. ATENÇÃO AO IDOSO

A Portaria GM/MS n.º 702/02 organiza a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e as normas para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. A publicação da Portaria GM/MS n.º 2.528/06 aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa e a Portaria GM/MS n.º 2.529/06, institui a Internação Domiciliar no SUS e altera a denominação dos procedimentos assistência domiciliar para internação domiciliar.

O procedimento 03.01.05.007-4 – INTERNAÇÃO DOMICILIAR (POR DIA) deve ser utilizado para registro destes atendimentos na AIH

A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico a cada 30 (trinta) dias, a ser encaminhado ao Órgão Gestor do SUS para avaliação, a qual autorizará, ou não, a continuidade da internação. A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH - 1. A data de encerramento da AIH deve ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência. Se o 45º dia não for o último do mês, o paciente deve ser reavaliado para que permaneça depois do final do mês. Deve fechar a AIH no último dia do mês e apresentar o número de diárias daquele primeiro mês de internamento e solicitar a AIH-5 que só pode ter no máximo 31 dias. A data de internação permanece a mesma da AIH-1. O fechamento desta AIH-1 não é obrigatório, desde que o período de internamento até o último dia do 2º mês de internamento seja inferior a 45, ou seja, 45 é o número máximo de dias para esta AIH 1. Na AIH 1 pode apresentar qualquer quantidade de dias, desde que inferior a 45 e com alta definitiva do paciente. No caso de permanência do paciente, solicitar AIH 5.

O atendimento geriátrico em hospital dia deve ser registrado na tela de Procedimentos Realizados com os códigos abaixo:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.01.09.001-7	Atendimento em Geriatria (Um turno)
03.01.09.002-5	Atendimento em Geriatria (Dois turnos)

A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia nos Centros de Referência à Saúde do Idoso tem a validade de até 30 dias. Caso seja necessária a continuidade do tratamento, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do Gestor do SUS. Deverão ser registrados, na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 o código do procedimento realizado e o número de diárias utilizadas.

46. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

A internação domiciliar somente é permitida após avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio, sendo precedida de avaliação das condições familiares, domiciliares e do cuidado ao paciente, por membro da equipe de saúde que expedirá laudo específico condicionando à condição da internação. A internação domiciliar somente pode ser realizada em seguimento a uma internação hospitalar imediatamente anterior, devendo obrigatoriamente estar relacionada com o procedimento realizado que a precedeu. É vedada a internação domiciliar quando a internação hospitalar que a precedeu ocorrer por diagnóstico ou primeiro atendimento ou a qualquer outro procedimento com tempo médio de permanência inferior a 04 dias.

A publicação da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, estabelece as seguintes prioridades:

As condições prioritárias para a internação domiciliar são: pacientes idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente

O registro de Internação Domiciliar é feito por meio de AIH pelo código 03.01.05.007-4 e deve ser informado de forma obrigatória as consultas médicas realizadas, que são procedimentos especiais na AIH.

Deve ser registrado no SISAIH01 o quantitativo dos dias utilizados no período do tratamento, não podendo ultrapassar a quantidade máxima do procedimento que é de 31 dias.

A internação domiciliar não pode exceder 31 dias, exceto em caso de transferência para unidade hospitalar, quando será emitida nova AIH. Não é permitido o registro de

Permanência a Maior. Somente os hospitais previamente autorizados podem realizar a internação domiciliar.

Desde a competência outubro de 2006, os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar os procedimentos de Internação Domiciliar pelo SIH/SUS, conforme Portaria SAS/MS n.º 629, de 25 de agosto de 2006.

47. HOSPITAL DIA

Hospital Dia é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente no hospital por um período máximo de 12 horas.

O registro dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos é efetuado na AIH. Somente podem ser efetuados registros de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas. Não é permitida registro de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de hospital dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

Para os procedimentos nos quais a modalidade de atendimento hospital dia foi incluída com a Tabela Unificada não é exigido a habilitação. Os procedimentos que exigem habilitação em hospital dia podem ser obtidos nos relatórios disponíveis no SIGTAP web ou desktop, no menu Relatórios – Relacionamentos – Procedimento X Habilitação.

47.1. HOSPITAL DIA EM GERIATRIA

Condições e requisitos específicos do estabelecimento de saúde para realização do atendimento:

1. Possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação;
2. Planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados;
3. Recursos Humanos: - 01 Geriatra; 02 Enfermeiros; 07 Auxiliares de Enfermagem; 01 Assistente Social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica.

A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo.

Somente pode ser efetuado registro de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas. A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico tem validade de 30 dias. Caso a continuidade do tratamento seja necessária, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor. Não será permitido registro de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia – Geriátrico.

47.2 HOSPITAL DIA PARA PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento de paciente portador de Fibrose Cística:

1. Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias;
2. Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias;
3. Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial;
4. Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família.
5. Recursos Humanos necessários: Pediatra; Pneumologista; Gastroenterologista; Cardiologista; Otorrinolaringologista; Fisioterapeuta; Enfermeiro; Psicólogo; Assistente social; Outros profissionais necessários à realização das atividades.

Somente pode ser efetuado registro dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística. As diárias são pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos. Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor. Não é permitido registro de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística.

48. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH

Os medicamentos que são procedimentos especiais na AIH têm as compatibilidades com o procedimento principal informado e elas são criticadas nos sistemas SISAIH01 e SIHD. As compatibilidades e as quantidades máximas podem ser consultadas no SIGTAP.

48.1 CICLOSPORINA

O registro na AIH deve ser feito na tela Procedimentos Realizados, e necessita autorização no Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento.

A quantidade máxima de utilização de Ciclosporina por AIH é de:

CÓDIGO	MEDICAMENTO	QUANTIDADE MÁXIMA
06.03.02.001-1	CICLOSPORINA 50MG (POR CAPSULA)	480
06.03.02.002-0	CICLOSPORINA 100MG (POR CAPSULA)	240
06.03.02.003-8	CICLOSPORINA 100MG/ML SOLUCAO ORAL	5
06.03.02.004-6	CICLOSPORINA 25MG (POR CAPSULA)	720
06.03.02.005-4	CICLOSPORINA 50 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	10

49. TRANSPLANTES

49.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ORGAOS TECIDOS E CELULAS

Os procedimentos destinados a identificar as Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células subdividem-se em:

1. Ações Relacionadas à Doação de Órgãos Tecido e Células - Código 05.03.01.001-4 deve ser usado quando realizadas por equipe profissional do próprio hospital.
2. Ações Relacionadas a Doação de Órgãos Tecidos e Células Realizadas por Equipes de Outro Estabelecimento de Saúde - Código 05.03.01.002-2, quando realizadas por equipe profissional de outro estabelecimento diferente daquela que iniciou o processo de doação.

As AIH, referentes a estes procedimentos deverão ser emitidas em nome do doador registrando na tela Identificação da Internação, nos campos procedimento solicitado e realizado o código 05.03.01.001-4 - AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS TECIDO E CÉLULAS ou o código 05.03.01.002-2- AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS TECIDOS E CÉLULAS REALIZADAS POR EQUIPE DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, conforme o caso; e na tela “Procedimentos Realizados” os procedimentos especiais constantes dessas ações. Estes dois procedimentos têm valor zerado

Os procedimentos especiais compatíveis com a informação dos dois códigos 05.03.01.002-2 e 05.03.01.001-4 e que, portanto podem ser registrados nas linhas da tela Procedimentos Realizados do SISAIH01 são os constantes da tabela abaixo. Estes procedimentos têm valor e são pagos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação/FAEC:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
05.01.06.001-4	Angiografia cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)
05.01.06.002-2	Cintilografia radioisotópica cerebral p/ diagnostico de morte encefálica
05.01.06.003-0	Eco Doppler colorido cerebral p/ diagnostico de morte encefálica
05.01.06.004-9	Eletroencefalograma p/ diagnostico de morte encefálica
05.01.07.003-6	Tipagem sanguínea ABO e outros exames hematológicos em possível doador de órgãos
05.02.01.001-0	Avaliação clínica de morte encefálica em maior de 2 anos
05.02.01.002-9	Avaliação clínica de morte encefálica em menor de 2 anos
05.03.03.001-5	Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada de órgãos
05.03.03.002-3	Retirada de coração (p/ transplante)
05.03.03.003-1	Retirada de coração p/ processamento de válvula / tubo valvado/ transplante
05.03.03.004-0	Retirada de fígado (p/ transplante)
05.03.03.005-8	Retirada de globo ocular uni / bilateral (p/ transplante)
05.03.03.006-6	Retirada de pâncreas (p/ transplante)
05.03.03.007-4	Retirada de pulmões (p/ transplante)
05.03.03.008-2	Retirada UNI / bilateral de rim (p/ transplante)
05.03.04.001-0	Coordenação de sala cirúrgica p/ retirada de órgãos e tecidos p/ transplante
05.03.04.002-9	Deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos
05.03.04.003-7	Deslocamento de equipe profissional p/ retirada de órgãos – intermunicipal
05.03.04.004-5	Diária de unidade de terapia intensiva de provável doador de órgãos
05.03.04.005-3	Entrevista familiar p/ doação e/ ou tecidos p/ transplante
05.04.03.001-9	Processamento de Válvula Cardíaca Humana
05.04.03.002-7	Processamento de Tubo Valvado Cardíaco Humano
07.02.12.001-4	Liquido de Preservação de Coração P/ Transplante (Litro)
07.02.12.002-2	Liquido de Preservação de Fígado P/ Transplante (Litro)
07.02.12.003-0	Liquido de Preservação de Pâncreas P/ Transplante (Litro)
07.02.12.004-9	Liquido de Preservação de Pulmão P/ Transplante (Litro)
07.02.12.005-7	Liquido de Preservação de Rim P/ Transplante (Litro)
07.02.12.006-5	Liquido de Preservação para Transplante da Córnea (20 MI)

49.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Os exames clínicos e complementares e respectivos quantitativos para o diagnóstico de morte encefálica são definidos de acordo com as legislações vigentes (Resolução do Conselho Federal de Medicina e Decretos).

49.3 ENTREVISTA FAMILIAR

Havendo o diagnóstico de morte cerebral confirmado, e para que possa ser iniciado o processo de doação de órgãos deve ser realizada entrevista familiar que busca avaliar a posição dos entes do possível doador quanto à decisão sobre autorizar ou não a doação. Pode ser emitida AIH para esta ação, com este procedimento especial apenas.

Caso a família recuse a doação, deve ser encerrada as AIH das Ações relacionadas a doação de órgãos, tecidos e células registrando na tela “Procedimentos Realizados” procedimento 05.03.04.005-3 - ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E OU TECIDOS PARA TRANSPLANTE e os exames para diagnóstico de morte cerebral, caso tenham sido realizados.

No caso de doador coração-parado, somente poderá ser emitida AIH com o procedimento Entrevista Familiar se pelo menos a retirada do globo ocular efetivamente ocorrer e após notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO.

49.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS

O procedimento 05.03.03.001-5 - MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS, deverá ser registrado apenas uma única vez (quantidade máxima 01) em 01 AIH em nome do doador, independentemente do número de órgãos retirados.

49.5 COORDENAÇÃO SALA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

Envolve os atos necessários à viabilização da retirada de órgãos e tecidos para transplante. O código 05.03.04.001-0 - COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS P/ TRANSPLANTE deverá ser registrado apenas uma única vez (quantidade máxima 01) em 01 AIH em nome do doador, independentemente do número de órgãos retirados.

49.6 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/RETIRADA DE ÓRGÃOS

Os procedimentos de deslocamento de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos referem-se ao atendimento, por equipe profissional, autorizada pelo Sistema Nacional de Transplantes/SNT, para possibilitar a retirada de órgãos de doador morto, desde que realizadas em estado e/ou município distintos dos da origem da equipe, e subdivide-se em:

1. 05.03.04.002-9 - DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS – este procedimento destina-se à remuneração de equipe profissional, por atendimento a demandas interestaduais, com distância **acima de 100 km**, para retirada de órgãos de doador morto, **exceto para córnea e rim.**
2. 05.03.04.003-7 - DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS – Intermunicipal - o valor deste procedimento destina-se a remuneração de equipe profissional, por atendimento das demandas estaduais, com distância; **acima de 100 km**, para retirada de órgãos de doador morto, **exceto para córnea.**

Os procedimentos de Deslocamento devem ser registrados somente em AIH de Ações Relacionadas à Doação de Órgãos Tecidos e Células realizadas por equipe de outro Estabelecimento de Saúde.

49.7 RETIRADA DE CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO DE VÁLVULAS/TUBOVALVADO PARA TRANSPLANTE

Esse procedimento destina-se a obtenção de válvulas cardíacas, que deverão ser encaminhadas ao Banco de Válvulas definido pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO, para realizar o processamento das válvulas cardíacas e pedículos venosos para posterior transplante. Este procedimento só poderá ser cobrado uma vez, embora cada retirada possa dar origem a mais de um procedimento de processamento.

Cabe ao 1º cirurgião o valor correspondente ao percentual de 76,92% e ao 2º cirurgião o valor correspondente ao percentual de 23,08% do valor do procedimento. O mesmo vale para o procedimento 05.03.03.005-8 – RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI/BILATERAL PARA TRANSPLANTE. Nestes dois casos, o SISAIO1 não abre tela de equipe, mas é obrigatório informar CPF e CBO.

49.8 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO HUMANO

Os procedimentos especiais Processamento de Válvulas e de Tubo Valvado deverão ser registrados pelo Banco de Válvulas Cardíacas nas AIH das Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células emitidas pelo Banco de Válvulas Cardíacas.

As habilitações dos procedimentos 05.03.01.001-4 – AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS, 0503010022 - AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS REALIZADO POR EQUIPE DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE e 05.03.03.005-8 – RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI/BILATERAL PARA TRANSPLANTE exigem as habilitações 2412-Busca ativa de órgãos ou 2413 – Banco de tecido ocular humano.

O Banco de Olhos só pode apresentar em APAC e não AIH. Na AIH ele é terceiro do hospital.

49.8.1 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO CARDÍACO HUMANO

Refere-se ao fracionamento, preservação, embalagem e armazenamento de tubo valvado cardíaco humano, realizado em Banco de Tecidos autorizado pelo SNT. O valor do procedimento inclui insumos necessários à execução de todo processamento. A AIH é em nome do doador.

49.8.2 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA CARDÍACA HUMANA

Refere-se ao fracionamento, preservação, embalagem e armazenamento de válvula cardíaca humana, para posterior transplante, realizada em Banco de Tecidos autorizado pelo SNT. O valor do procedimento inclui insumos necessários à execução de todo processamento. A AIH é em nome do doador.

49.9 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS

Os líquidos de preservação de órgãos e/ou tecidos, utilizados conforme os órgãos efetivamente retirados devem ser registrados como procedimentos especiais nas AIH de Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células considerando as seguintes situações:

1. No caso do Líquido de Preservação utilizado pertencer ao próprio hospital em que se realiza a retirada de órgãos, os procedimentos referentes aos mesmos deve ser registrados na tela de Procedimentos Realizados da AIH de Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, de acordo com os órgãos efetivamente retirados. A AIH é em nome do doador.

2. No caso do Líquido de Preservação ser levado de outros hospitais pelas equipes profissionais que farão a retirada de órgãos, o procedimento deve ser registrado na AIH das Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células realizadas por equipe de outro Estabelecimento de Saúde. Não é permitido o registro concomitante na AIH do hospital onde se realiza a retirada ou em AIH do hospital de origem das equipes. A AIH é em nome do doador.

49.10 PROCEDIMENTOS DE RETIRADA DE ÓRGÃOS

Os procedimentos especiais de retiradas de órgãos só têm valor na fração SP. Para a remuneração do primeiro cirurgião o sistema calcula 76,92% do procedimento no SIGTAP e para o segundo cirurgião 23,08% deste valor.

49.11 PROCESSAMENTO DE CORNEA/ESCLERA

Neste procedimento estão incluídos todos os procedimentos necessários em nível hospitalar e ambulatorial – Separação e Avaliação Biomicroscópica da Córnea/Esclera e Contagem Endotelial da Córnea.

As AIH, referentes a este procedimento deverão ser emitidas em nome do doador, registrando na tela Identificação da Internação no campo procedimento solicitado e realizado o código 05.04.01.002-6 – PROCESSAMENTO DE CórNEA/ESCLERA, que tem o valor zerado e na tela Procedimentos Realizados o procedimento especial 05.0401.003-4 – SEPARAÇÃO BIOMICROSCÓPICA DA CórNEA e/ou 0504010018 – CONTAGEM DE CÉLULAS ENDOTELIAIS DA CórNEA.

49.12 PROCEDIMENTOS AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CELULAS

O registro do procedimento 05.03.01.001-4 - AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS pode ocorrer quando realizadas atividades em duas situações: **doador em morte cerebral e doador coração-parado**. Em ambas as situações, os procedimentos devem ser registrados em AIH em nome do doador, registrado no campo Procedimento Solicitado e Procedimento Realizado da tela Identificação da Internação. Na tela Procedimentos Realizados devem ser registrados os códigos dos procedimentos especiais realizados nos caso de **doador em morte cerebral**. No caso de **doador coração-parado**, somente pode ser registrado o procedimento 05.03.01.001-4- AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS e na tela “Procedimentos Realizados” o código 05.03.04.005-3 - ENTREVISTA FAMILIAR P/DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS P/TRANSPLANTE se, **pelo menos, a retirada de córneas efetivamente ocorrer**.

Os procedimentos relativos às atividades relacionadas à avaliação e diagnóstico de morte cerebral de possível doador de órgãos e tecidos, em conformidade com o estabelecido na Resolução n.º 1480/97 do CFM, são os seguintes:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
05.02.01.002-9	Avaliação Clínica de Morte Encefálica de Menor de 2 anos
05.02.01.001-0	Avaliação Clínica de Morte Encefálica de Maior de 2 anos

Para efetuar o registro dos procedimentos dos 05.02.01.002-9 e 05.02.01.001-0 deve ser emitida AIH em nome do doador e registrado nos campos Procedimento Solicitado e Procedimento Realizado o código 05.03.01.001-4- Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, e na tela Procedimentos Realizados o código 05.02.01.002-9 ou o código 05.02.01.001-0, conforme a idade do doador. Estes dois códigos não podem ser registrados, concomitantemente na mesma AIH. Estes procedimentos não permitem registro de outro procedimento principal na mesma AIH. É possível, no entanto, o registro na mesma AIH de procedimentos especiais que comprovam a morte cerebral.

Para avaliação da morte encefálica devem ser realizados e registrados exames gráficos para o diagnóstico de morte encefálica, conforme determina a Resolução n.º 1480/97 do Conselho Federal de Medicina.

Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a. ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b. ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c. ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a. mais de 2 anos - um dos exames citados nas letras "a", "b" e "c" acima
- b. de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c. de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
- d. de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Os códigos no SIGTAP para estes procedimentos são os seguintes:

Código	Descrição
05.01.06.004-9	Eletroencefalograma p/Diagnóstico de Morte Encefálica
05.01.06.001-4	Angiografia Cerebral P/Diagnóstico de Morte Encefálica (4 Vasos)
05.01.06.003-0	Eco Doppler Colorido Cerebral P/Diagnóstico de Morte Encefálica

O procedimento destinado às ações necessárias para a manutenção de paciente em morte encefálica sob condições adequadas à viabilização da doação de órgãos e tecidos é o 05.03.04.004-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PROVÁVEL DOADOR DE ÓRGÃO.

49.13 RETIRADA DE ÓRGÃOS

No caso de morte cerebral confirmada, serão necessárias ações por parte do hospital e da equipe profissional para a manutenção hemodinâmica do doador e para a retirada de órgãos:

O processo de retirada de órgãos pode ocorrer em uma das seguintes situações abaixo:

49.13.1 RETIRADA DE ÓRGÃOS EFETUADA NO HOSPITAL EM QUE FOI REALIZADO O PROCEDIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS:

49.13.1.1 PROCESSADA POR EQUIPE PROFISSIONAL DESTA MESMO HOSPITAL

Nesta hipótese, a AIH deve ser emitida em nome do doador registrando-se nos campos Procedimentos Solicitados e realizados da tela Identificação da Internação o código 05.03.01.001-4- AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS e na tela "Procedimentos Realizados" os procedimentos especiais realizados.

Podem ser registrados na tela Procedimentos Realizados da AIH do doador, com o Procedimento 05.03.01.002-2 - AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS realizadas por Equipe de Outro Estabelecimento todos os procedimentos relacionados à manutenção hemodinâmica do doador e os de retirada de órgãos constantes da tabela abaixo havendo, portanto, compatibilidade entre estes procedimentos principais e estes procedimentos especiais.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
05.01.06.001-4	Angiografia cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)
05.01.06.002-2	Cintilografia radioisotópica cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica
05.01.06.003-0	Eco Doppler colorido cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica
05.01.06.004-9	Eletoencefalograma p/ diagnóstico de morte encefálica
05.01.07.003-6	Tipagem sanguínea ABO e outros exames hematológicos em possível doador órgãos
05.02.01.001-0	Avaliação clínica de morte encefálica em maior de 2 anos
05.02.01.002-9	Avaliação clínica de morte encefálica em menor de 2 anos
05.03.01.001-4	Ações relacionadas à doação de órgãos tecidos e célula
05.03.03.001-5	Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada de órgãos
05.03.03.002-3	Retirada de coração (p/ transplante)
05.03.03.003-1	Retirada de coração p/ processamento de válvula / tubo valvado / transplante
05.03.03.004-0	Retirada de fígado (p/ transplante)
05.03.03.005-8	Retirada de globo ocular uni / bilateral (p/ transplante)
05.03.03.006-6	Retirada de pâncreas (p/ transplante)
05.03.03.007-4	Retirada de pulmões (p/ transplante)
05.03.03.008-2	Retirada UNI / bilateral de rim (p/ transplante)
05.03.04.001-0	Coordenação de sala cirúrgica p/ retirada de órgãos e tecidos p/ transplante
05.03.04.002-9	Deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos
05.03.04.003-7	Deslocamento de equipe profissional p/ retirada de órgãos – intermunicipal
05.03.04.004-5	Diária de unidade de terapia intensiva de provável doador de órgãos
05.03.04.005-3	Entrevista familiar p/ doação e/ ou tecidos p/ transplante

49.13.1.2 PROCESSADA POR EQUIPE PROFISSIONAL PROVENIENTE DE OUTRO(S) HOSPITAL (IS)

Nesta hipótese, emite-se uma AIH em nome do doador para o hospital em que ocorreu a retirada, registrando-se nos campos procedimentos solicitado e realizado da tela Identificação da Internação, o código 05.03.01.001-4 - AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS e na tela Procedimentos Realizados o código 05.03.03.001-5 - MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS. Se o hospital for o fornecedor dos líquidos de preservação de órgãos, poderá também registrar os procedimentos relativos a estes líquidos, conforme os órgãos efetivamente retirados, registrando os respectivos códigos na tela Procedimentos Realizados dessa AIH.

No caso da retirada de órgão ser realizada por mais de uma equipe, deve ser emitida uma AIH para cada retirada de órgão, ou seja, devem ser emitidas tantas AIH quantos forem os Procedimentos Realizados, desde que por equipes distintas. Se for uma única equipe, deve ser emitida uma única AIH. Quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deve ser registrado também o procedimento 05.03.04.002-9 - DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS, exceto nos casos de córnea e rim. Para remuneração adicional do primeiro cirurgião e por equipe intermunicipal (distâncias acima e 100 km, excetuando-se a retirada de córnea,) deve ser registrado o 05.03.04.003-7 - DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS – INTERMUNICIPAL. No caso de líquido de preservação fornecido pela equipe de retirada, os respectivos códigos devem ser registrados na AIH de retirada, observando-se que não é permitido o registro concomitante do líquido de preservação na AIH do hospital onde foi executada a retirada e nas AIH das equipes quando estas são de outro hospital.

49.13.3 PROCESSADA EM HOSPITAL DISTINTO DO DAS AÇÕES RELACIONADAS

A retirada pode ser realizada em hospital distinto de onde foi realizado o procedimento de ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células

Pode ser realizada por equipe profissional deste segundo hospital ou de outro(s) para onde o paciente tenha sido transferido para a efetivação da retirada, devendo nesta hipótese

serem emitidas tantas AIH quantos forem os Procedimentos Realizados (retirada de órgãos por equipes distintas).

Quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deve ser registrado também, (exceto para córnea e rim), o procedimento 05.03.04.002-9 - Deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos para possibilitar a remuneração adicional do primeiro cirurgião. E se for realizado por equipe intermunicipal, (exceto córnea), (distâncias acima de 100 km) o procedimento 05.03.04.003-7 - DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS – INTERMUNICIPAL o que também vai permitir a remuneração adicional do primeiro cirurgião. No caso dos líquidos de preservação fornecidos pela equipe de retirada, seus respectivos códigos, devem ser registrados na respectiva AIH de retirada, observando-se que não é permitido registro concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIH das equipes, obedecendo às seguintes orientações: 05.03.03.001-5 - MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS, deverá ser emitida uma AIH (apenas uma, independentemente do número de órgãos retirados) em nome do doador, registrando nos campos Procedimento solicitado e Procedimento Realizado da tela “Identificação da Internação” o código 05.03.01.002-2 - AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS TECIDOS E CÉLULAS REALIZADAS POR EQUIPES DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, e na tela Procedimentos Realizados, os códigos 05.03.03.001-5 - MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS e 05.03.04.001-0 - COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA P/ RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS P/ TRANSPLANTE.

49.14 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE

Para os procedimentos relativos à intercorrência pós-transplante, deve ser emitida AIH em nome do paciente e registrar nos campos Procedimento Solicitado e Procedimento Realizado da AIH, o código 05.06.02.004-5 - TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS/CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICOS. Registrar também em Procedimentos Realizados, os medicamentos administrados e suas dosagens, os quais possuem códigos no SIGTAP (abaixo listados). A AIH emitida para realização deste procedimento tem validade de 31 (trinta) dias, sendo que, decorrido este prazo e havendo necessidade de permanência do paciente em regime de internação, a AIH deve ser encerrada e solicitada emissão de nova. O número de diárias utilizadas por AIH será registrado na 1ª linha da tela “Procedimentos Realizados”.

49.15 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS

Segue abaixo, lista dos medicamentos para pacientes transplantados:

CÓDIGO	MEDICAMENTO
06.03.08.001-4	Basiliximabe 20mg injetável (por frasco-ampola) p/ transplante
06.03.08.002-2	Ciclosporina 10mg p/ transplante (por cápsula)
06.03.08.003-0	Ciclosporina 100mg p/ transplante (por cápsula)
06.03.08.004-9	Ciclosporina 25mg p/ transplante (por cápsula)
06.03.08.005-7	Ciclosporina 50mg p/ transplante (por cápsula)
06.03.08.006-5	Daclizumabe 5mg/ ml injetável p/ Transplante (por frasco de 5ml)
06.03.08.007-3	Imunoglobulina eqüina antilinfócitos 100mg injetável p/transplante (para frasco-ampola 0,5ml)
06.03.08.008-1	Imunoglobulina hiperimune anti-Hbs - p/ transplante (frasco-ampola 2ml e 10ml)
06.03.08.009-0	Imunoglobul obtida/coelho Antitimócitos humanos 100mg injetáv. P/Transplante (por frasc-amp. 0,5ml)
06.03.08.010-3	Imunoglobul obtida/coelho Antitimocitos humanos 25mg injetável p/Transplante (por frasc-amp. 0,5ml)
06.03.08.011-1	Imunoglobuli obtida/coelhoantitimocitos humanos 200mg injetável p/Transplante (por frasc-amp. 10ml)
06.03.08.012-0	Metilprednisolona 500mg injetável p/transplante (por frasco ampola)

CÓDIGO	MEDICAMENTO
06.03.08.013-8	Micofenolato de mofetila 500mg p/transplante (por comprimido)
06.03.08.014-6	Micofenolato de sódio 360mg p/transplante (por comprimido)
06.03.08.015-4	Muromonabe cd3 5mg injetável p/transplante (por frasco ampola de 0,5ml)
06.03.08.016-2	Sirolimo 1mg p/ transplante (por drágea)
06.03.08.017-0	Sirolimo 1mg/ml solução oral p/transplante (por frasco de 60ml)
06.03.08.018-9	Sirolimo 2 mg p/ transplante (por drágea)
06.03.08.019-7	Tacrolimo 0,5mg p/transplante (frasco-ampola)
06.03.08.020-0	Tacrolimo mg p/transplante (por cápsula)
06.03.08.021-9	Tacrolimo 5mg p/transplante (por cápsula)
06.03.08.022-7	Micofenolato de sódio 180mg p/transplante (por comprimido)

Os registros de realização de módulo sorológico, HLA Classe I e HLA Classe II, Cross Match (provas cruzadas de linfócitos T, AGH e linfócitos B) em possíveis doadores de órgãos devem ser efetuadas pelo SIA-SUS.

49.16 ATENDIMENTO REGIME DE HOSPITAL-DIA P/ INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de hospital-dia em intercorrência pós-transplante de medula óssea e outros precursores hematopoiéticos:

- a. Estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea - com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: Radiologia; Laboratórios; Serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; Transporte; Farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado).
- b. Instalações Físicas - O serviço de Hospital-Dia deve contar com as seguintes instalações: consultórios para atendimento; sala de procedimentos; quarto para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; posto de enfermagem; sala com poltronas para administração de medicações.
- c. Recursos Humanos - hematologista ou oncologista; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo.
- d. Procedimentos Diagnósticos - A Unidade de Saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: Biópsias de medula óssea; Biópsia de pele; Biópsia hepática; Inserção de cateter venoso em veia central; Coleta de sangue e fluídos.

49.17 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA

O limite de registro por AIH para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitido o registro de permanência à maior ou Diária de UTI. É, entretanto, permitido o registro dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante.

49.18 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA – APARENTADO

O limite de registro por AIH é de 15 (quinze) dias, não sendo permitido o registro de permanência a maior ou Diária de UTI. É, entretanto, permitido o registro dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos

especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, podem ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante.

49.19 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA - NÃO APARENTADO

O limite de registro por AIH é de 30 (trinta) dias, não sendo permitido o registro de permanência a maior e Diária de UTI. É, entretanto, permitido o registro dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, podem ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante.

50. ONCOLOGIA

A Portaria GM/MS n.º 2.439/05 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, definindo Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção Oncológica composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. As normas de classificação e credenciamentos de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia estão definidas na Portaria SAS/MS n.º 741/05.

A quimioterapia dos pacientes deve ser realizada em regime ambulatorial. Quando não houver possibilidade de sua realização em regime ambulatorial, a internação será autorizada, após justificativa técnica do médico assistente. Esses procedimentos somente poderão ser autorizados pelo gestor, ou a critério deste, para serem realizados em hospitais previamente habilitados para alta complexidade em câncer.

Durante a internação do paciente para tratamento oncológico, será mantido o pagamento da quimioterapia por meio de APAC à exceção dos procedimentos 03.04.08.004-7 – QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL e 03.04.08.006-3 – QUIMIOTERAPIA INTRACAVITÁRIA (PLEURAL/PERICÁRDICA/PERITONEAL), onde os valores da quimioterapia estão incluídos nos serviços hospitalares.

O procedimento 03.04.01.011-1 - INTERNAÇÃO PARA RADIOTERAPIA EXTERNA (COBALTOTERAPIA OU ACELERADOR LINEAR) poderá ser realizado por hospitais habilitados ou não para alta complexidade. Os demais Procedimentos radioterápicos devem ser registrados em APAC. A validade da AIH para internação deste procedimento será de 30 dias/mês.

O procedimento 03.04.10.001-3. – TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS pode ser realizado por hospitais habilitados ou não para alta complexidade, devendo ser registrado como CID principal a neoplasia e como CID secundário o da patologia que gerou a internação.

51. ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR

Portaria GM/MS n.º 1.169/04 instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e define a implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular e Centros de Referência de Alta Complexidade em Cardiovascular. As normas de classificação e credenciamento dos Serviços,

Unidades e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular estão definidas na Portaria SAS/MS n.º 210 de 15 de junho de 2004.

Para realização destes procedimentos é necessário que os hospitais estejam habilitados em Alta Complexidade de Assistência Cardiovascular.

Os procedimentos a seguir descritos podem ser realizados em Unidades habilitadas em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, não sendo restrito apenas aos hospitais habilitados como Centros de Referência conforme Portaria SAS/MS n.º 123/ 28.02.05.

Código	Procedimento
04.06.03.012-0	Valvuloplastia Mitral Percutânea
04.06.03.014-6	Valvuloplastia Tricúspide Percutânea
04.06.02.058-2	Troca de Aorta Descendente - inclui abdominal.
04.06.02.005-1	Aneurismectomia Toraco-Abdominal
04.06.01.068-4	Implante de Marcapasso Temporário Transvenoso
04.06.01.010-2	Cardiografia
04.06.01.0110	Cardiotomia para Retirada de Corpo Estranho
04.06.01.077-3	Pericardiocentese
04.06.01.051-0	Drenagem com Biópsia de Pericárdio
04.06.02.059-0	Trombectomia Venosa
04.06.02.012-4	Embolectomia Arterial
04.06.02.053-1	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas de Membro Superior Unilateral
04.06.02.052-3	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas de Membro Superior Bilateral
04.06.02.051-5	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas de Membro Inferior Unilateral
04.06.02.050-7	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas de Membro Inferior Bilateral
04.06.02.016-7	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas da Região Cervical
04.06.15.003-5	Fasciotomia para Descompressão
04.06.02.004-3	Debridamento de Úlcera ou de Tecidos Desvitalizados
04.06.02.004-3	Aneurismectomia de Aorta Abdominal Infra-renal
04.06.02.048-5	Tratamento Cirúrgico de Aneurismas das Artérias Viscerais
04.06.02.030-2	Plastia Arterial com remendo, (qualquer técnica).
04.06.02.005-1	Aneurismectomia Toraco-Abdominal.
04.06.02.054-0	Tratamento Cirúrgico de Lesões Vasculares Traumáticas do Abdome
04.06.01.096-0	Tratamento de Contusão Miocárdica
04.06.01.097-8	Tratamento de Ferimento Cardíaco Perfuro-cortante

A realização de cada um dos procedimentos de Aneurismectomia de Aorta Abdominal Infra-renal, Tratamento Cirúrgico de Aneurismas das Artérias Viscerais, - Plastia Arterial com remendo, qualquer técnica e Aneurismectomia Toraco-Abdominal, não deverá ultrapassar o percentual de 30% (trinta por cento) do total das cirurgias realizadas. (PT SAS/MS n.º 21/04)

Para os procedimentos fica estabelecido:

- 02.01.01.014-3 - BIÓPSIA ENDOMIOCÁRDICA, deve ser realizada exclusivamente nos hospitais habilitados para Transplantes Cardíacos, e não aceita permanência maior.
- 04.06.04.026-5- SHUNT INTRAHEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO, somente pode ser realizado em hospitais habilitados para a realização de Transplante de Fígado, realizado por médico radiologista intervencionista, cirurgião cardiovascular e cirurgião vascular.
- 04.06.03.004-9 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA (INCLUI CATETERISMO); é compatível com os materiais códigos 07.02.05.006-7 – CATETER DE TERMODILUIÇÃO E 07.02.05.125-0 – CONJUNTO DESCARTÁVEL DE BALÃO INTRA-AÓRTICO, no percentual de até 20% (vinte por cento) sobre o quantitativo total deste procedimento.
- 04.06.03.002-2– ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE DUPLA PRÓTESE INTRALUMINAL ARTERIAL, não deve exceder o total de 20% (vinte por cento) do total das angioplastias coronarianas realizadas.

- Os procedimentos Eletrofisiológicos Terapêuticos de códigos 04.06.05.013-9, 04.06.05.010-4 e 04.06.05.007-4, não devem exceder em conjunto, o percentual de 50% (cinquenta por cento) do total dos procedimentos eletrofisiológicos realizados.(PT SAS/MS n.º 123/05)
- 04.06.01.041-2 - CORREÇÃO DA PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL NO RECÉM-NASCIDO - recém nascidos internados em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal de hospitais gerais e/ou materno-infantis, pode ser realizado também por cirurgião pediátrico com experiência em cirurgia torácica e/ou cirurgião cardiovascular.
- O procedimento da assistência cardiovascular 04.06.02.007-8 - COLOCAÇÃO DE CATETER TOTALMENTE OU SEMI IMPLANTÁVEL pode ser realizado em regime de Hospital Dia. Esse procedimento deve ser realizado nas situações de necessidade de acesso venoso central prolongado, tais como administração endovenosa de quimioterápicos, nutrição parenteral total em pacientes em unidades de tratamento intensivo, com síndrome do intestino curto.

A Portaria SAS/MS n.º 513/04 estabelece a obrigatoriedade do preenchimento do formulário “Registro Brasileiro de Marcapassos”, para os casos de implante de Marca passo Cardíaco Permanente, e do formulário “Registro Brasileiro de Cardioversores Desfibriladores Implantáveis”, para o caso de implante de Cardioversor Desfibrilador Implantável, sendo que a 5ª via deve ficar arquivada no prontuário médico.

52. EPILEPSIA

A Portaria SAS/MS n.º 756/05 estabelece normas específicas para credenciamento e habilitação em Serviço de Assistência de Alta Complexidade de Investigação e Cirurgia da Epilepsia.

Os procedimentos de alta complexidade em epilepsia a seguir relacionados, só podem ser registrados na AIH quando realizados em Serviços de Assistência de Alta Complexidade de Investigação e Cirurgia da Epilepsia, instalados em um Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia, habilitado em Investigação e Cirurgia da Epilepsia:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
04.03.06.008-7	Microcirurgia p/ Ressecção Unilobar Extra temporal s/ Monitoramento Intra-operatório
04.03.06.004-4	Microcirurgia para Lesionectomia sem Monitoramento Intraoperatório
04.03.06.009-5	Transecções Subpiaiais Múltiplas em Áreas Eloqüentes
04.03.06.007-9	Microcirurgia para Ressecção Unilobar Extra temporal com Monitoramento Intraoperatório
04.03.06.003-6	Microcirurgia para Lesionectomia com Monitoramento Intraoperatório
04.03.06.005-2	Microcirurgia para Lobectomia Temporal ou Amigdaló-Hipocampectomia
04.03.06.006-0	Microcirurgia para Ressecções Multilobares, Hemisferectomia ou Calosotomia
02.11.05.009-1	Exploração Diagnóstica pelo Video-EEG c/ ou s/ uso de Eletrodo Esfenoidal
04.03.06.002-8	Exploração Diagnóstica. Cirúrgica p/ Implantação Eletrodos Invasivos - Unilateral (inclui Video-EEG)
04.03.06.001-0	Exploração Diagnóstica Cirúrgica p/ Implantação Eletrodos Invasivos – Bilateral (inclui Video-EEG)
02.11.05.014-8	Teste de Wada com Amital Sódico

O procedimento clínico 03.03.04.001-7- AJUSTE MEDICAMENTOSO DE SITUAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDIZADAS, para atendimento aos portadores de epilepsia são de média complexidade, não necessitando, portanto, que o estabelecimento seja habilitado para a sua realização.

53. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

A Portaria GM/MS n.º 221/05 instituiu a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, e definiu a organização de Redes Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, que são formadas por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia; e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia.

A Portaria SAS/MS n.º 90/09 define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia é o hospital geral ou especializado que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capazes de prestar assistência em traumatologia e ortopedia.

Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade é o hospital geral ou especializado em Traumatologia e Ortopedia, devidamente credenciado e habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS na Política de Atenção em Traumatologia e Ortopedia e possua atributos definidos na portaria.

As Unidades de Assistência e os Centros de Referência em Traumatologia e Ortopedia podem prestar atendimento nos serviços de: Serviço de Traumatologia e Ortopedia, Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade), Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência.

A Portaria estabelece as diretrizes para o credenciamento em Traumatologia e Ortopedia.

54. NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

A Portaria SAS/MS n.º 723/07 altera alguns artigos da Portaria GM/MS n.º 1.161/05 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, e definiu a implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção ao Portador de Doença Neurológica que são formadas por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia.

A Portaria SAS/MS n.º 723/07 redefiniu os atributos do procedimento 04.15.02.002-6 - Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia. São atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados. Os Procedimentos Sequenciais deverão ser registrados no campo procedimentos realizados do SISAIH01.

Os Procedimentos Sequenciais, em no máximo três, deverão ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valores.

Serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados de acordo com os percentuais a seguir:

PROCEDIMENTO	PERCENTUAL
1º procedimento	100%
2º procedimento	75%
3º procedimento	50%

Os procedimentos a seguir correlacionados são os possíveis para o código 04.15.02.002-6 Procedimentos Sequenciais em Ortopedia e/ou Neurocirurgia:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO	PROCED. SECUNDÁRIO	DESCRIÇÃO
04.03.01.003-9	Craniotomia descompressiva da fossa posterior	04.03.01.009-8	Derivação ventricular externa/ subgaleal
04.03.01.001-2	Cranioplastia	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
04.03.01.012-8	Microcirurgia cerebral endoscópica	04.03.01.009-8	Derivação ventricular externa ou subgaleal
04.03.01.014-4	Reconstrução craniana ou crânio facial	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
04.03.01.021-7	Tratamento cirúrgico da craniossinostose complexa	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
04.03.03.005-6	Craniectomia por tumor ósseo	04.03.01.001-2	Cranioplastia
04.03.03.012-9	Microcirurgia p/ tumor base do crânio	04.03.01.001-2	Cranioplastia
04.03.0.0003-0	Craniotomia p/retirada tumor cereb fossa posterior	04.03.01.009-8	Derivação ventricular externa ou subgaleal
04.03.03.016-1	Ressecção de Tumor Raquimedular Extra-dural	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
		04.08.03.018-6	Artrodese occipito-cervical (c3) posterior
		04.08.03.019-4	Artrodese occipito-cervical (c4) posterior
		04.08.03.020-8	Artrodese occipito-cervical (c5) posterior
		04.08.03.021-6	Artrodese occipito-cervical (c6) posterior
		04.08.03.022-4	Artrodese occipito-cervical (c7) posterior
		04.08.03.023-2	Artrodese tóraco-lombosacra anterior (1 nível - inclui instrumentação)
		04.08.03.024-0	Artrodese tóraco-lombosacra anterior (2 níveis - inclui instrumentação)
		04.08.03.026-7	Artrodese tóraco-lombosacra posterior (1 nível - inclui instrumentação)
		04.08.03.027-5	Artrodese tóraco-lombosacra posterior (3 níveis - inclui instrumentação)
04.08.03.029-1	Artrodese tóraco-lombosacra posterior, dois níveis, inclui instrumentação		
04.12.04.017-4	Toracotomia exploradora		
04.07.04.016-1	Laparotomia exploradora		
04.08.03.050-0	Ressecção de 2 ou mais corpos vertebrais cervicais (inclui reconstrução)	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
04.08.03.051-8	Ressecção de 2 ou mais corpos vertebrais tóraco-lombo-sacros (inclui reconstrução)	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
		04.12.04.017-4 04.07.04.016-1	Toracotomia exploradora Laparotomia exploradora
04.08.03.053-4	Ressecção de elemento vertebral posterior/postero-lateral / distal a c2 (mais de 2 segmentos)	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco
04.08.03.054-2	Ressecção de elemento vertebral posterior/postero-lateral distal a c2 (ate 2 segmentos)	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de íliaco

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO	PROCED. SECUNDÁRIO	DESCRIÇÃO
04.08.03.055-0	Ressecção de um corpo vertebral cervical	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de ilíaco
04.08.03.051-9	Ressecção um corpo vertebral tóraco-lombo-sacro (inclui reconstrução)	04.08.04.021-1 04.12.04.017-4 04.07.04.016-1	Retirada de enxerto autógeno de ilíaco Toracotomia exploradora Laparotomia exploradora
04.08.03.061-5	Revisão artrodese/tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna tóraco-lombo-sacra anterior	04.08.04.021-1 04.12.04.017-4 04.07.04.016-1	Retirada de enxerto autógeno ilíaco Toracotomia exploradora Laparotomia exploradora
04.08.03.062-3	Revisão artrodese / tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna cervical posterior	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de ilíaco
04.08.03.063-1	Revisão artrodese / tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna tóraco-lombo-sacra posterior	04.08.04.021-1 04.12.04.017-4 04.07.04.016-1	Retirada de enxerto autógeno de ilíaco Toracotomia exploradora Laparotomia exploradora
04.08.03.064-0	Revisão artrodese tratamento cirúrgico de pseudoartrose da coluna cervical anterior	04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de ilíaco

Cada procedimento informado deve ser seguido nas linhas imediatamente abaixo com as OPM correspondentes. Só registrar o código da segunda cirurgia quando encerrar todas as OPM da primeira cirurgia e assim sucessivamente. Se não for obedecida esta lógica, haverá rejeição da AIH. AS OPM são pagas integralmente para todas as cirurgias.

55. DISTÚRBIOS DO SONO – POLISSONOGRAFIA

O procedimento 02.11.05.010-5 - POLISSONOGRAFIA, incluído pela Portaria SAS N.º 165/98, somente pode ser realizado por Hospitais Universitários habilitados para alta complexidade em neurocirurgia e que possuam profissionais com título de especialista em psiquiatria, pneumologia, bem como odontólogos com especialização em aparelhos extra-orais para apnéia.

56. GASTROPLASTIA

O procedimento e o material compatível constante nas tabelas de procedimentos e compatibilidade, somente podem ser realizados/registrados por hospital que esteja previamente habilitado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. As despesas decorrentes do tratamento cirúrgico de Obesidade Mórbida serão custeadas com recursos do FAEC e consideradas procedimento estratégico. No procedimento 04.07.01.018-1 – GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA, já estão incluídos no seu valor as OPM: 07.02.05.004-0 – CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE, 07.02.05.028-8 – GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE, não sendo registrado à parte no SISAIH01.

As unidades que efetuarem a avaliação inicial e os Centros de Referência devem observar o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia, sendo obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no protocolo, aprovado, na forma do anexo I da Portaria MS/GM-628/01.

Considerando a necessidade de criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos à Gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva a PT GM/MS 545/02 incluiu os procedimentos abaixo:

Procedimento	Descrição
04.13.04.005-4	Dermolipectomia Abdominal pós Gastroplastia
04.13.04.008-9	Mamoplastia pós Gastroplastia
04.13.04.007-0	Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia
04.13.04.006-2	Dermolipectomia Braquial pós Gastroplastia
04.15.02.001-8	Cirurgias Plásticas Sequenciais em pacientes pós Gastroplastia

O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - CIRURGIAS PLÁSTICAS SEQUENCIAIS EM PACIENTES PÓS GASTROPLASTIA é efetuado da seguinte forma: Podem ser registrados simultaneamente (no máximo 02 procedimentos) por AIH, quando as condições clínicas do paciente assim o permitirem. A AIH deverá ter como Procedimento Solicitado e Realizado o código 04.15.02.001-8. Os Procedimentos Realizados devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Sempre que for realizado qualquer procedimento relativo à Gastroplastia deve ser preenchido o formulário de Indicação de Cirurgia Plástica Reparadora Pós Gastroplastia que obrigatoriamente fará parte do prontuário médico. Para registro desses procedimentos, deve ser digitado no campo específico “AIH Anterior” o nº da AIH referente à cirurgia de Gastroplastia realizada no paciente.

O paciente pode realizar a cirurgia em outro hospital diferente do que realizou a Gastroplastia, desde que este outro estabelecimento seja habilitado em obesidade mórbida.

57. TRATAMENTO DA OSTEÓGENESIS IMPERFECTA

Portaria GM/ n.º2305/01 aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da *osteogêneses imperfecta* com pamidronato dissódico no âmbito do SUS. O Protocolo deve ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento clínico e na descrição da evolução do tratamento, daqueles pacientes a ele submetidos. A portaria também aprova a Ficha de inclusão de Pacientes no Tratamento da Osteogêneses Imperfecta - TOI no SUS. É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas na Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI, pelas unidades que efetuarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes. Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Osteogêneses Imperfecta. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e os procedimentos, abaixo descritos:

- 03.03.04.002-5 - INTERNAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA O TOI

No valor do procedimento estão incluídos os medicamentos, materiais, insumos e exames necessários para o tratamento. O procedimento 03.03.04.002-5 somente pode ser realizado/registrado por hospital que esteja previamente habilitado como Centro de Referência em Osteogêneses Imperfecta. As despesas decorrentes do TOI são custeadas com recursos do FAEC, como procedimento estratégico.

58. TERAPIA NUTRICIONAL

A Portaria SAS/MS n.º 120/09 aprovou as Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral.

Definiu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, suas competências e qualidades.

São Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição

enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

São Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que, além de preencherem os critérios previstos para Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, executem ações de triagem e avaliação, indicação e acompanhamento nutricional, de manipulação/fabricação, dispensação e administração da fórmula enteral e/ou parenteral necessária.

Nutrição enteral é aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia. A fórmula nutricional completa exclui qualquer tipo de dieta artesanal e semi-artesanal, conforme definido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63, de 06 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

As dietas artesanais ou semi-artesanais administradas por sondas, a partir de maltodextrina, caseína, leite ou proteína de soja, ovo, gordura, etc, em pacientes com trato digestivo íntegro, mas com déficit de deglutição, estão com seus valores inseridos nos Serviços Hospitalares-SH, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

Nutrição parenteral é aquela administrada por via intravenosa, sendo uma solução ou emulsão composta obrigatoriamente de aminoácidos, carboidratos, vitaminas e minerais, com ou sem administração diária de lipídios, para suprir as necessidades metabólicas e nutricionais de pacientes impossibilitados de alcançá-la por via oral ou enteral.

Quando for utilizado o acesso de veia central para a instalação de nutrição parenteral, deve ser utilizado o código 04.15.04.001-9 - CATETERISMO DE VEIA CENTRAL POR PUNÇÃO.

Na administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independente da faixa etária, será remunerada a terapia de maior valor, ou seja, a parenteral.

Os procedimentos 03.09.01.007-1, 03.09.01.008-0 e 03.09.01.009-8, relacionados à nutrição parenteral, são excludentes com os procedimentos 03.09.01.0047, 03.09.01.005-5 e 03.09.01.006-3 relacionados à nutrição enteral.

As Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços contratadas pelos hospitais - EPBS deverão estar autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conformidade com a Portaria SVS/MS Nº 272/98, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral e a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Nº 63/2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

PROCEDIMENTO	LIMITE ÚTIL
03.09.01.010-1 - Passagem de Sonda naso entérica (inclui sonda)	01
03.09.01.003-9 - Gastrostomia Endoscópica Percutânea (inclui material e sedação)	01
03.09.01.006-3 - Nutrição Enteral Pediátrica	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH
03.09.01.009-8 – Nutrição Parenteral Pediátrica	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH
03.09.01.006-3 - Nutrição Enteral em Neonatologia	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 30 por AIH
03.09.01.008-0 – Nutrição Parenteral em Neonatologia	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 30 por AIH.
03.09.01.004-5 - Nutrição Enteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH

PROCEDIMENTO	LIMITE ÚTIL
03.09.01.007-1 - Nutrição Parenteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH

59. OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

A Portaria SAS/MS n.º 662/ 2008 inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o Procedimento 04.15.02.003-4 – OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS - que são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos a mesma doença, executados por uma ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico e permitindo o registro de procedimentos sequenciais ainda não formalizados em portarias técnicas específicas e cujas concomitâncias não estejam contempladas na Portaria SAS/MS n.º 723/2007.

As regras para a informação e percentuais de remuneração para o procedimento são as mesmas do procedimento 04.15.02.002-6 – PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA E/OU ORTOPEDIA.

A Autorização para Internação Hospitalar - AIH assumirá a complexidade do primeiro procedimento principal registrado no SISAIH01. Neste procedimento só serão aceitos nos sistemas as concomitâncias de procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos.

Nos sistemas SISAIH01 e SIHD não há críticas de restrição às compatibilidades e concomitâncias não definidas em portaria específica e constante do SIGTAP, devendo aceitar os códigos autorizados pelo gestor local e informados na AIH, desde que do grupo 04 - Procedimentos Cirúrgicos.

60. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

60.1 CADASTRO E PAGAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Com o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado, e com a habilitação de todos os estados na gestão plena, a responsabilidade pelo pagamento das pensões alimentícias é do gestor estadual ou municipal, conforme a forma de gestão do SUS. Os gestores definem a forma para cadastro e pagamento dos beneficiários das pensões de acordo com a legislação vigente. Não é necessário que seja através do sistema da AIH. Este pagamento de pensão alimentícia é como qualquer outro, decorrente de qualquer decisão judicial. A título de lembrete: deve ser exigido que o interessado apresente o Mandado Judicial que determinou o desconto e/ou a suspensão da pensão.

Em abril de 2006, para dar conhecimento aos gestores locais sobre os pensionistas até então cadastrados no SIH com processamento centralizado, foi disponibilizada na MSBBS na área restrita aos gestores, a relação de todos os profissionais que tinham descontos de pensão alimentícia com os dados dos seus respectivos pensionistas. A partir de então, o controle de cadastros, pagamentos, exclusões ou qualquer outro assunto que diga respeito à pensões cabe exclusivamente ao gestor local.

O SISAIH01 aceita o registro de mais de 1 procedimento principal na mesma AIH, no entanto só haverá o cálculo dos valores do primeiro procedimento informado. Os outros servirão apenas para efeito de informação.

Quando numa AIH houver mais de 1 procedimento principal registrado o valor do SP do primeiro procedimento será dividido pelo número de pontos da soma de todos os procedimentos principais informados para efeito de rateio.

O SISAIH01 obriga que na primeira linha seja informado sempre um procedimento principal, exceto no caso de Transplantes que é um procedimento especial zerado.

Todas as consultas ou visitas médicas feitas ao paciente internado devem ser registradas no sistema, mesmo que estas visitas sejam realizadas pelo mesmo médico.

Nos procedimentos clínicos o valor referente aos pontos vai para o CPF do médico que foi informado na primeira linha do procedimento principal.

Se o procedimento principal de uma AIH for compatível com a idade do paciente, não haverá rejeição se um procedimento especial realizado tenha idade diferente.

60.2 AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Toda AIH - AIH com agravos de notificação compulsória (ANC), identificada através da CID10, Anexos I e II da Portaria Conjunta SAS/SVS/MS n.º 20/05 deve ser avaliada pela equipe da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar ou pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde.

As AIH com CID constante da Portaria SAS/MS n.º 20/05 serão bloqueadas pelo SIHD, para análise do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Após o processamento o sistema emite um relatório com a relação das AIH com ANC bloqueadas, assim como das AIH desbloqueadas com o CID correspondente e o respectivo autorizador. O relatório deverá ser disponibilizado para o Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar, da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde.

60.3 ALTA POR ÓBITO

De acordo com a Portaria SAS/MS nº 312/2002, é considerado óbito hospitalar, se este ocorrer após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Assim sendo, deverá ser emitido AIH com o código do procedimento que seja compatível com a hipótese diagnóstica levantada. Na Portaria SAS/MS nº 719/2007, encontram-se os motivos de saída por óbito.

Não é necessário o número da Declaração de Óbito no sistema, mas é obrigatório o CID da *causa mortis*.

60.4 HABILITAÇÃO

O SIHD verifica a habilitação do estabelecimento na DATA DA ALTA do paciente, e não a data ou competência da apresentação da AIH.

61. RATEIO DE PONTOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SP NA AIH

A hospitalização de um paciente resultará na geração de valores para Serviços Profissionais SP e Serviços Hospitalares S.H O pagamento dos serviços hospitalares atribuídos a cada um dos Procedimentos Realizados é feito pela soma dos valores correspondentes a coluna dos Serviços Hospitalares SH registrados na AIH, onde estão incluídos os valores referentes a: Alimentação, Taxas de Sala, Materiais Hospitalares, Medicamentos e exames de apoio diagnóstico de natureza simples como a patologia Clínica e Radiologia. Os demais exames têm valores próprios. Os valores pagos aos auxílios cirúrgicos correspondem a 30% da

quantidade de pontos do cirurgião para o 1º auxiliar e 20% para os demais auxiliares. A remuneração dos SP prestados por cada hospital é feita obedecendo a seguinte sistemática: Soma os valores em reais que correspondam aos SP registrados na AIH. Soma o número de pontos correspondentes a todos os Procedimentos Realizados registrados na AIH. Obtém o valor do ponto do SP por AIH, mediante a divisão do valor em reais dos SP pelo total de pontos dos Procedimentos Realizados. Soma o número de pontos correspondentes aos Procedimentos Realizados e prestados por cada uma das pessoas física ou jurídica. Multiplica o valor do ponto dos SP pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se daí o valor em reais, a ser pago. O SIHD gera os valores brutos. Do valor bruto devem ser deduzidas as retenções obrigatórias por lei. O pagamento de anestesia dos atos cirúrgicos não será por rateio, mas correspondem a 30% do valor de SP. O pagamento dos demais profissionais médicos relacionados na AIH é através de rateio após o cálculo dos 30% do anestesista. As anestésias nas AIH cujo procedimento tem como atributo “não inclui anestesia” podem ser realizadas sob anestesia, em casos específicos e para eles existem os códigos próprios que podem ser registrados na tela de Procedimentos Realizados do SISAIH01.

EXEMPLOS:

- a. **Valor do Ponto Profissional é igual:** Valor dos Serviços Profissionais da AIH em Reais menos 30% caso haja registro de anestesia dividido pela soma n.º de pontos Serviços Profissionais da AIH.
- b. **Valor a ser recebido pelo profissional é igual:** N.º de pontos acumulados por profissional na AIH X Valor do Ponto S.P da AIH

A seguir, um exemplo detalhado de como encontrar o valor de cada participante de um ato cirúrgico com anestesia:

No Hospital X realizou-se o procedimento Y constante na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, cujo valor de SP é R\$ 833,00 e a quantidade de Pontos = 1800.

Considerando que na AIH foi registrado somente este procedimento, e que para sua realização foram necessários: um cirurgião, dois auxiliares, um anestesista:

1. Cálculo para apuração dos valores do anestesista: Conforme legislação, o anestesista não recebe por rateio, e sim 30% do valor do SP do procedimento cirúrgico.
 $30\% \text{ de } 833,00 = \text{R\$ } 249,90$
 $\text{R\$ } 833,00 - 249,90 = 583,10$

Ficando R\$ 583,10 para ratear com os demais profissionais cujo CPF/CNPJ foram registrados na AIH.

2. Cálculo da quantidade pontos de cada participante (exceto para o anestesista que não tem pontos)
 - Cirurgião = 1800 (a mesma quantidade de ponto do procedimento, constante na tabela)
 - 1º auxiliar = 540 (correspondentes a 30% de 1800 pontos do cirurgião)
 - 2º auxiliar = 360 (correspondentes a 20% de 1800 pontos do Cirurgião)

Somam-se os pontos calculados para cada participante totalizando **2.700 pontos**

3. O valor do ponto será calculado da seguinte forma:

Valor do SP menos valor do anestesista dividido pelo total de pontos encontrados.

$$\text{R\$ } 583,10 / 2.700 = 0,21596$$

$$\text{Valor do ponto} = 0,21596$$

4. Cálculo para apuração do valor de cada participante

Multiplica-se o valor do ponto pela quantidade de ponto de cada participante

$$\text{Cirurgião} = 0,21596 * 1800 = \text{R\$ } 388,73$$

$$1^\circ \text{ auxiliar} = 0,21596 * 540 = \text{R\$ } 116,62$$

$$2^\circ \text{ auxiliar} = 0,21596 * 360 = \text{R\$ } 77,75$$

62. COMPATIBILIDADES E EXCLUDÊNCIAS

62.1 CID X PROCEDIMENTO

No SIGTAP está disponível a informação sobre compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal informado, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10. O SISAIH01 faz a crítica quanto à compatibilidade entre procedimento e a CID 10.

Cada procedimento tem a quantidade máxima, porém, existe a quantidade máxima da compatibilidade entre o procedimento principal e OPM. Ver no Menu- Opção - Compatibilidades do SIGTAP, qual a quantidade máxima da OPM permitida para aquele procedimento principal. Se a quantidade máxima da compatibilidade for 0 (zero), vale a quantidade máxima do procedimento/OPM. Ou seja, quando a OPM constar na compatibilidade com o procedimento principal no SIGTAP e estiver com a quantidade zero, vale a quantidade que consta no procedimento da OPM.

Não existe a possibilidade de liberação de quantidade para OPM. A quantidade máxima é sempre a definida no SIGTAP. Estas compatibilidades são definidas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e Sociedades de Especialistas.

63. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA

A solicitação é registrada no momento da digitação da AIH no SISAIH01, mas a confirmação da liberação ou não é feita pelo gestor no momento do processamento das AIH no SIHD.

Os motivos de solicitação de liberação de crítica previstos no sistema são:

1. **MÉDIA DE PERMANÊNCIA** - inferior ao previsto no SIGTAP: Os procedimentos rejeitados por motivo de permanência menor em número de dias (menos de 50% dos dias previstos) do que o definido na tabela de procedimentos, mas houve alta precoce do paciente, o prestador poderá solicitar, ao gestor, liberação de crítica no sistema SIAIH01.
2. **IDADE MENOR E MAIOR** - Os procedimentos rejeitados por motivo de idade maior ou menor que o definido na tabela de procedimentos, mas que de fato ocorreram em idade diferente, o prestador poderá solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema.
3. **PERMANÊNCIA E IDADE** - Os procedimentos rejeitados por ambos os motivos, o prestador poderá solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema.
4. **QUANTIDADE MÁXIMA** - Esta crítica só pode ser liberada se o procedimento estiver na lista de procedimentos que permitem esta liberação na AIH.
5. **PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE** – Os procedimentos rejeitados pelos três motivos, o prestador poderá solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema.

O SIHD bloqueará automaticamente as AIH com solicitação de liberação de crítica realizada no SISAIH01 para análise dos auditores/autorizadores (gestor), que podem confirmar ou não esta liberação.

Os procedimentos que admitem esta liberação podem ser conhecidos no SIGTAP no endereço: <http://sigtap.datasus.gov.br> Escolhendo no menu lateral o seguinte: Relatórios – Procedimentos – Consultar – Escolher a opção COMPLETO no início da página – e escolher em Atributos Complementares -selecionar - Admite liberação de quantidade na AIH e clicar no final para exibir o relatório. Aí estarão todos os procedimentos para os quais é possível liberar a quantidade na AIH.

Não existe liberação de quantidade para procedimento principal.

64. AUDITORIA

A Resolução CFM n.º 1.614/2001, 08/02/01 disciplina a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços de saúde e deve ser de conhecimento de todos os auditores do SUS.

A auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços assim, a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão.

Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina, devendo-se apresentar ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

O médico, na função de auditor, lhe é vedado realizar anotações no prontuário do paciente, podendo solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação, podendo, se necessário, examinar o paciente. Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

65. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de setembro 1990, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 737 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidente e Violência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 18 de maio de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º. 16, de 08 de janeiro de 1991. Implanta no SIH a tabela única de remuneração para assistência hospitalar com estrutura e valores idênticos para todos prestadores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 10 de janeiro de 1991, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º 303, 2 de julho de 1992. Estabelecem diretrizes e normas para tratamento de reabilitação em regime de internação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de julho de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º 305, 2 de julho de 1992. Exclui e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento de reabilitação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de julho de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n.º 254, 16 de abril de 1992. Estabelece sistemática para apresentação de AIH – AIH em meio magnético pelos hospitais do SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de abril de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n.º 189, 19 de novembro de 1991. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento em psiquiatria (hospital geral, hospital especializado e hospital dia). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 11 de dezembro de 1991, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Ordem de Serviço INAMPS n.º 199, 16 de abril de 1992. Regulamenta as diretrizes da sistemática de apresentação de AIH em meio magnético no SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de abril de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 69, de 13 de maio de 1993. Torna obrigatória a apresentação, em meio magnético, da AIH - AIH dos hospitais integrantes do SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de maio de 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 23, de 10 de fevereiro de 1994. Estabelece normas para compatibilidade entre OPM utilizada e procedimentos médicos registrados na tela Médico Auditor da AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 18 de fevereiro de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 117, de 10 de abril de 2000. Estabelece prazo para apresentação de AIH – AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 04 de maio de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza para os gestores estadual-municipais de saúde o registro de habilitações para realização dos procedimentos de cuidados prolongados, cirurgia por videolaparoscopia, esterilização, internação domiciliar e cuidados intermediários neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 28 de agosto de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelecem Diretrizes e Normas para Atendimento Psiquiátrico em Hospital Dia, Hospital Especializado e Hospital Geral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de janeiro de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 147, 25 de agosto de 1994. Amplia os requisitos da Portaria MS/SNAS n.º 224, 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 29 de agosto de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 743 de 20 de dezembro de 2005. Aprova novo modelo de laudo para solicitação de AIH - AIH e solicitação/autorização de mudanças de procedimentos e de procedimentos especiais no SIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de dezembro de 2005, seção 1 e 04 de abril de 2006, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 25 de 27 de janeiro de 2000. Estabelece critérios para registro de procedimentos pagos por diária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 28 de janeiro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 84 de 24 de junho de 1997. Estabelece critérios para emissão de AIH para pacientes sem documentos de identificação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de junho de 1997, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 396, de 12 de abril de 2000. Aprova o Manual do Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais - SIH/SUS e SAI/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de abril de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 316 08 de maio de 2006. Inclui no SIH o tipo de vínculo 52, identifica profissional do Instituto de Traumatologia e Ortopedia -INTO prestando atendimento Ortopédico do Projeto Suporte em outros estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 251, de 31 de janeiro de 2002. Classifica os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS de acordo com avaliação do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 04 de fevereiro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 77 de 01 de fevereiro de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos psiquiátricos para hospitais classificados de acordo com a Portaria GM/MS 251/02. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 04 de fevereiro de 2002, seção 1 e 06 de fevereiro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.686, de 20 de setembro de 2002. Aprova normas para autorização e funcionamento e cadastramento de Bancos de Musculoesquelético pelo SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1687, de 20 de setembro de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos de Processamento de Tecido Musculoesquelético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro 7 de novembro de 2002, seção 1 e 7 de novembro de 2002, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 483 de 23 de agosto de 1999. Veda os hospitais públicos de realizar cessão de crédito (republicação). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de agosto de 1999, seção 1 e 10 de setembro de 1999, seção 1 - republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 434, de 14 junho de 2006. Inclui no SIH o tipo 53- OPM sem cessão de crédito e torna obrigatório informar CNPJ do Fornecedor do material e o número da Nota fiscal correspondente, na AIH com registro de OPM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 218, de 15 de junho de 2004. Inclui na tabela do SIH Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM da área de cardiovascular, definindo limite de uso, e excludência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de junho de 2004, seção 1, e 23 de agosto de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SE/SAS/MS n.º 23, de 21 de maio de 2004. Altera a estrutura do órgão emissor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de maio de 2004, seção 1 e 29 de junho de 2004, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 637, de 11 de novembro de 2005. Altera a quantidade de órgãos emissores para estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de novembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 123, de 28 de fevereiro de 2005. Altera e Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos e Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM da área da cardiovascular, com definição de uso, e estabelece compatibilidade com procedimentos especiais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 01 de março de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 756, de 27 de dezembro de 2005. Exclui, altera e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Neurologia e Neurocirurgia, define procedimentos comuns a Ortopedia e a Neurocirurgia e Órtese Prótese e Materiais Especiais - OPM compatíveis. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/ DF, 30 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 756, de 27 de dezembro de 2005. Republica os anexos III, V, VI e VII. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 19 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 173, de 28 de março de 2005. Estabelece compatibilidade entre os procedimentos da assistência cardiovascular e Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 29 de março de 2005, seção 1 e 27 de abril de 2005, seção 1, retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 187, de 16 de outubro de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, o procedimento Cirurgia Múltipla - Pacientes com Lesões Lábios-Palatais ou Craniofaciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/ DF, 19 de outubro de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 821, de 04 de maio de 2004. Determina a descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar – SIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de maio de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 567 de 13 de outubro de 2005. Define série numérica de AIH com 13 dígitos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de outubro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 510 de 30 de setembro de 2005. Estabelece a implantação do processamento descentralizado do SIH para novembro/05 e torna obrigatório o preenchimento do órgão emissor no SISAIH01. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de outubro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 675, de 01 de dezembro de 2005 prorroga a implantação do processamento descentralizado do SIH/SUS para competência fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 98, de 14 de fevereiro de 2006, prorroga a implantação do processamento descentralizado do SIH/SUS para competência abril de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 51 de 11 de fevereiro de 2000. Estabelece, como forma alternativa, distribuição de série numérica de AIH também por meio eletrônico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de fevereiro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 126 de 17 de setembro de 1993. Inclui na tabela de SIH procedimentos para tratamento de lesões lábios palatais e craniofaciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 setembro 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 503 de 03 de setembro de 1999. Inclui na tabela de SIH procedimentos para tratamento de lesões lábios palatais e craniofaciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de setembro de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 93 de 30 de maio de 1994. Institui a modalidade de Hospital Dia para pacientes com AIDS, e o procedimento tratamento da

AIDS em hospital dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 03 de junho 1994, seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n.º 291 de 17 de junho de 1992. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para o tratamento da AIDS e define a forma de registro na AIH – AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de junho de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 130 de 3 de agosto de 1994. Estabelece normas e forma de remuneração para o atendimento em hospital dia AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de agosto de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria. GM/MS n.º 252, de 06 de fevereiro de 2006. Redefinir a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de março de 2006 1999, seção 1, e 30 de março de 2006, seção 1 – republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.091, de 25 de agosto de 1999. Estabelece critérios para habilitação de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal – UCI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de agosto de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatória a presença do acompanhante para pacientes maiores de 60 (sessenta) anos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de abril 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 830, 24 de junho de 1999. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimento de Diária de Acompanhante para Pacientes Idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de junho de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.274, 22 de novembro de 2000. Exclui e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento de queimados em Hospital Geral, Centros de Referência Centros Intermediários de Assistência a Queimados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 29 de dezembro de 2000, seção 1, e 26 de fevereiro de 2001, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2413, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para Cuidados Prolongados, e estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para sua realização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2416, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Internação Domiciliar, e estabelece requisitos para habilitação dos hospitais para sua realização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2414, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS os procedimentos Atendimento em Hospital Dia Geriátrico um e dois turnos, e estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para sua realização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 38 de 1º de abril de 1998. Estabelece código para os procedimentos incluídos do SIH pelas Portarias 2413, 2414, 2416 de 23 de março de 1998, publicadas no Diário Oficial da União n.º 58 de 26 de março de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 02 de abril de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 44, 10 de janeiro de 2001. Institui a modalidade de Hospital Dia Fibrose Cística e Hospital Dia Cirúrgico e Terapêutico e altera as condições e requisitos para atendimento em Hospital Dia: geriátrico; Saúde Mental; AIDS e Intercorrência Pós Transplante de Medula Óssea. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 12 de janeiro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.418, 02 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 238, de 30 de março de 2006. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimento Diária de acompanhante para gestante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 31 de março de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 216, de 16 de junho

de 2004. Altera redação dos procedimentos de cateterismo e a sua forma de registro na AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n.º153, de 14 de junho de 2004. Estabelece critérios para liberação de sangue para transfusão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 163, de 3 de dezembro de 1993. Estabelece critérios sobre a forma de registro de procedimentos de hemoterapia na Autorização de Informação Hospitalar- AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 6 de dezembro de 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.969, 25 de outubro de 2001. Torna obrigatório informar na AIH CID Principal e CID Secundário nos registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador (republicação). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 26 de outubro de 2001, seção 1 e 19 de junho de 2002, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SE/SAS/MS n.º 88, 29 de novembro de 2001. Inclui na tabela do SIH/SUS Procedimento de Notificação de Causas Externas e de Agravos relacionados ao Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 03 de dezembro de 2001, seção 1 e 20 de dezembro de 2001, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 134, 22 de agosto de 1994. BRASIL. Alterar a sistemática de apresentação de Autorização de Autorização Hospitalar - AIH em meio magnético para os Hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de agosto de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 134, 22 de agosto de 1994. BRASIL. Retificação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 12 de setembro de 1994, seção 1, retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º 922, 26 de novembro de 2002. Altera a sistemática de para apresentação de AIH em meio magnético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de novembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º17, 06 de fevereiro de 2003. Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 7 de fevereiro de 2003, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º 249, 12 de abril de 2002 de fevereiro de 2003. Define critérios para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 16 de abril de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 738, 12 de abril de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para Assistência Domiciliar Geriátrica pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e altera redação dos procedimentos de Atendimento Geriátrico em Hospital Dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de abril de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 52, 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de janeiro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 53, 20 de janeiro de 2004. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Internação em Psiquiatria RPH (Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de janeiro de 2004, seção 1, e 3 de março de 2004, seção 1, retificação.

BRASIL. Lei n.º 7498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a profissão de Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de junho de 1986, seção 1.

BRASIL. Decreto n.º 94.406, 08 de junho de 1987. Define as atribuições do Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de junho de 1987, seção 1.

BRASIL. Lei n.º 9.434, 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 05 de fevereiro de 1997, seção 1.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Define o período que os estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes devem manter registros das atividades desenvolvidas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de julho de 1990, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.821, 11 de julho de 2007. Dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários médicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de novembro de 2007, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.614, 08 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre acesso ao prontuário médico para efeito de auditoria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 10 de abril de 2001, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.638, 10 de julho de 2002. Torna obrigatória a criação de Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília/DF, 09 de agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 92, 23 de janeiro de 2001. Estabelece critérios e forma de registrar na AIH os procedimentos de doação de órgãos para transplante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de janeiro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.439, 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 9 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 741, 19 de dezembro de 2005. Estabelece normas de classificação e credenciamento de Alta Complexidade em Oncologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 210, 15 de junho de 2004. Exclui e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos da cardiovascular e estabelece normas para credenciamento/habilitação nesta área. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de junho de 2004, seção 1 e 27 de julho de 2004, seção 1, republicação dos anexos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 513, 22 de setembro de 2004. Altera e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos cardiovasculares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de setembro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 221, 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de fevereiro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS, 95, 15 de fevereiro de 2005. Define normas de credenciamento/habilitação das Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de fevereiro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS, 893, 12 de novembro de 2002. Define nova composição dos grupos de procedimentos na especialidade de Ortopedia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 13 de novembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS, 165, 23 de setembro de 1998. Inclui procedimento de Polissonografia – Distúrbio do Sono. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de setembro de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 628, 26 de abril de 2001. Aprova Protocolo Clínico de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de abril de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 545, 18 de março de 2002. Inclui na Tabela do SIH/SUS Cirurgias Plásticas Corretivas Sequenciais em Pacientes Pós Gastroplastia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de março de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2305, 19 de dezembro de 2001. Aprova Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico das Osteogênese Imperfecta e Inclui na tabela do SIH/SUS e os procedimentos para o tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de dezembro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.582, 2 de dezembro de 2004. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de dezembro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 118, 23 de fevereiro de 2005. Define atributos para os procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF de 24 de fevereiro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria Conjunta SAS/SVS n.º 20, 25 de maio de 2005. Torna obrigatório identificar na AIH através da CID 10 os procedimentos de notificação compulsória. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de maio de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 343, 7 de março de 2005. Institui no âmbito do SUS mecanismo para organização e implantação da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 8 de março de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 224, 23 de março de 2006. Define os procedimentos e normas de classificação e credenciamento dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de março de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 766, de 21 de dezembro de 2004. Torna obrigatória a realização do exame de VDRL em parturiente internadas em hospitais integrante do SUS, e o registro deste exame nas AIH de partos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 22 de dezembro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 124, de 01 de março de 2005. Altera para março/2005 a obrigatoriedade do registro do VDRL. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de março de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 96, de 14 de junho de 1994. Inclui na tabela do SIH/SUS o procedimento Atendimento ao recém nascido na sala de parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de junho de 1994, seção 1 e 01 de julho de 1994, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.343, de 24 de julho de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS o procedimento Atendimento ao recém nascido na sala de Parto II, para Hospitais de Referência em Gestante de Alto Risco. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 09 de agosto de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 304, de 10 de agosto de 2001. Estabelece a inclusão de Módulo de Segurança no Programa SISAIH, e torna obrigatório arquivar no prontuário médico do paciente o Espelho de AIH – Definitivo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de agosto de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 448, de 08 de julho de 2002. Revoga a Portaria SAS/MS n.º 74 de 04 de maio de 1994, pela qual o hospital deveria entregar ao paciente, demonstrativo contendo os dados referentes a sua internação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de julho de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 693, de 5 de julho de 2000. Aprova as Normas de Orientação para implantação do Método Canguru, destinado a atenção e humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de julho de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas básicas para implantação de atendimento na forma de Alojamento Conjunto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 01 de setembro de 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de junho de 2000, seção 1 e 18 de agosto de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 570, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de junho de 2000, seção 1 e 18 de agosto de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à

Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de junho de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 572, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e estabelece nova sistemática de pagamento para a assistência ao parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de junho de 2000, seção 1 e 14 de novembro de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 44, de 10 de janeiro de 2001. Aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência – Hospital Dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 12 de janeiro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 896, 29 de junho de 1990. Determinou que o INAMPS implantasse o Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 2 de julho de 1990, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Resolução n.º 227, de 27 de julho de 1990. Regulamenta a implantação do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 01 agosto de 1990, seção 1.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Serviços Médicos. Portaria MPAS/SSM n.º 299, de 19 de novembro de 1984. Dispõe sobre ato anestésico – início e término-, e o que inclui no valor do procedimento cirúrgico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de novembro de 1984, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º SAS/MS 113, de 04 de setembro de 1997. Estabelecem diretrizes e normas para internação de pacientes nos hospitais integrantes do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de setembro de 1997, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 98, de 14 de fevereiro de 2006. Prorroga a implantação do processamento descentralizado do SIH para abril de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. Lei n.º 9.263, 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de janeiro de 1996, seção 1 e 20 de agosto de 1997, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde. **Manual do Sistema de Informação hospitalar. www.saude.gov.br**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 316, de 08 de maio de 2006. Inclui no SIH o tipo de vínculo 52, para identificar profissional do Instituto de Traumatologia e Ortopedia -INTO prestando atendimento Ortopédico do Projeto Suporte em outros estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.686, de 20 de setembro de 2002. Aprova normas para autorização e funcionamento e cadastramento de Bancos de Musculoesquelético pelo SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1687, de 20 de setembro de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos de Processamento de Tecido Musculoesquelético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro 2002, seção 1, e 7 de novembro 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 434, 14 junho de 2006. Inclui no SIH o tipo 53- OPM sem cessão de crédito e estabelece que nas AIH de estabelecimentos público e privado com registro de OPM seja informados o CNPJ do Fornecedor do material e o n.º da Nota fiscal correspondente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 187 16 de outubro de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, o procedimento Cirurgia Múltipla - Pacientes com Lesões Lábio-Palatal ou Craniofaciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/ DF, 19 de outubro de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 579, 20 de dezembro de 2001. Compatibiliza procedimentos com CID de Causas Externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de dezembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 48, de 11 de fevereiro de 1999. Recompõe os procedimentos de esterilização - Laqueadura e Vasectomia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de fevereiro de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 3477, 20 de agosto de 1998. Estabelece critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento Terciário e Secundário Gravidez de Alto Risco e inclui na tabela procedimentos para atendimento nesses estabelecimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de agosto de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 822, 27 de junho de 2003. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos relacionados ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Teste Rápido. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de junho de 2003, seção 1, e 18 de julho de 2003, seção retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 817, 30 de abril de 2002. Incluem na tabela do SIH/SUS procedimentos para o Tratamento de Transtorno Decorrentes do uso de Álcool e/ou Outras Drogas e estabelece critérios para sua utilização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de maio de 2002, seção 1 e 5 de setembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 702, 12 de abril de 2002. Estabelece mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 16 de abril de 2002, seção 1.

BRASIL. Decreto 2268, de 30 de junho de 1997. Regula a retirada e doação de órgão. Brasília, 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 01 de julho de 1997, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação de Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de agosto de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.169, 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS, 765, 29 de dezembro de 2005. Exclui Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia, define procedimentos a serem registrados com o Procedimento Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia e estabelece limite de uso de procedimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 438, de 16 de novembro de 2000. Define o código de Tipo com e sem vínculo com o hospital. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 17 de novembro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 465, de 07 de dezembro de 2000. Incluir no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS a codificação de "tipo" 30 para profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de dezembro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 158, de 05 de maio de 2004. Incluir, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, a codificação de "tipo" 45 para profissionais autônomos sem cessão de crédito. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 06 de maio de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 34, de 25 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Tratamento da Hanseníase e da Tuberculose com Lesões Externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 96, de 14 de fevereiro de 2006. Estabelece compatibilidade entre procedimento e Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPM na área de Cardiologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 938, de 20 de maio de 2002. Incluir, na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, o Incentivo ao Registro Civil de Nascimento, a ser pago aos hospitais integrantes do SIH/SUS que propiciarem o registro de nascimento, antes da alta hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 11, 21 de fevereiro de 1995. Torna obrigatório informar na AIH – AIH em meio magnético, a nacionalidade do paciente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de março de 1995, seção 1 e 6 de abril de 1995, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 629, de 25 de agosto de 2006, que descentraliza para os gestores estaduais/municipais de saúde o registro das habilitações no SCNES. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 28 de agosto de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde ad Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de outubro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.529, 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de outubro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 321 de 08 de fevereiro de 2007. Institui a tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.848 de 06 de novembro de 2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Define a estrutura e o detalhamento completo dos procedimentos com seus atributos para janeiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 719 de 28 de janeiro de 2007. Inclui campo: raça/cor; redefine tabela tipo de vínculo; caráter de atendimento; atualiza os laudos de APAC e AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 723 de 28 de janeiro de 2007. Define os procedimentos sequenciais de neurocirurgia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e as compatibilidades. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 569 de 31/10/2007 DEFINE A SÉRIE NUMÉRICA APAC E AIH PARA 2008 - REPUBLICAÇÃO **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 30 de 21 de janeiro de 2008. Define os procedimentos financiados pelo FAEC da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 958 16 de maio de 2008. Define os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS que integram o elenco de cirurgias eletivas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 958 de 15 de maio de 2008. Redefine a Política para Cirurgias Eletivas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 957 de 15 de maio de 2008. Institui a Política Nacional de Oftalmologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 219 de 1 de abril de 2008. Recompõe as compatibilidades dos procedimentos de válvula cardíaca da Tabela de Procedimentos do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

Lei n.º 8.069, de 13/07/1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, estabelece:

RESOLUÇÃO N.º 1.614, de 2001 - Dispõe sobre acesso ao prontuário médico para efeito de auditoria.

RESOLUÇÃO N.º 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002 – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

RESOLUÇÃO N.º 1.821 DE 2007 – Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 662/ 2008 Inclui o Procedimento 04.15.02.003-4 – Outros Procedimentos com Cirurgias Seqüenciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009. Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 120, de 14 de abril de 2009. Aprova as “Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral” **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF