MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL

SISTEMA DE INFORMACÃO HOSPITALAR

Versão Preliminar

OUTUBRO_NOVEMBRO_2008

As modificações em relação à versão preliminar de JULHO_2008 estão marcadas em VERDE

Sairá uma versão preliminar a cada mês até dezembro.

No primeiro semestre de 2009 será impressa a VERSÃO DEFINITIVA.

MÓDULO I

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

BRASÍLIA/DF

© 2008 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a 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: http://www.saude.gov.br/sas
Email: cgsi@saude.gov.br

Coordenação:
Luzia Santana de Sousa
Rosane de Mendonça Gomes

Elaboração
Ana Lourdes Marques Maia
Déa Gomes Ramos
Virgínia da Silva Lucas

Colaboração:
Equipe Técnica da Coordenação Geral de Sistemas de Informação e Técnicos de Estados e Municípios por meio da lista da AIH

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO 8
2. INTRODUÇÃO 8
3. OBJETIVOS 9
4. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS 9
4.1 CONSULTA/ATENDIMENTO 10
4.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH 10
4.3 EMISSÃO DA AIH 11
4.4 PROCESSO DE PREENCHIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE AIH 11
4.5 APRESENTAÇÃO DA AIH – SISTEMA DO PRESTADOR SISAIH01 14
5. EMISSÃO DE NOVA AIH PARA UM MESMO PACIENTE 14
5.1 EM CIRURGIA 14
5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA 14
5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA 14
5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA 14
5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA 14
5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA 14
5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA 14
5.8 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, INTERNAÇÃO DOMICILIAR E AIDS 14
5.9 EM CLÍNICA MÉDICA 15
5.10 POLITRAUMATIZADO/CIRURGIA MÚLTIPLA 15
6. ESPECIALIDADE DO LEITO/ CARÁTER DE ATENDIMENTO/MOTIVO DE SAÍDA/PERMANÊNCIA/ALTA 15
6.1 ESPECIALIDADE DO LEITO 15
6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO 16
6.3 MOTIVO DE SAÍDA/PERMANÊNCIA/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO/ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO 16
7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO - (ANTIGA ESPECIALIDADE) 17
7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES 17
8. SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18
8.1 DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICA 19
8.2 DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA 19
8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA 19
8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA 19
8.5 MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH 19
9. TRATAMENTO DE POLITRAUMATIZADO 20
10. CIRURGIAS MÚLTIPLAS 23
11. PACIENTES COM LESÃO LABIO-PALATAL E CRÂNIOFACIAL 24
12. TRATAMENTO DE AIDS 24

12.1 MODALIDADE HOSPITALAR NO TRATAMENTO DA AIDS 25
12.2 MODALIDADE HOSPITAL DIA/AIDS 25
12.3 LIPODISTROFIA 26
13. REGISTRO DE DIÁRIAS NA AIH 26
13.1 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 26
13.2 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA IDOSO 27
13.3 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA GESTANTE 27
13.4 DIÁRIAS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO/UTI 27
13.5. DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL – UCI 28
14. PERMANÊNCIA A MAIOR 29
15. ATENDIMENTO CLÍNICO (CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO) 29
16. QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH 30
16.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM EM PROCEDIMENTOS (COMPATIBILIDADE) 30
17. DIÁLISE PERITONIAL E HEMODIÁLISE 31
18. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNETICA 31
19. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA. 32
20. TRANSFUSÃO DE SUBSTITUIÇÃO/TROCA (EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO) 33
21. ALBUMINA HUMANA 33
22. HEMOTERAPIA 34
22.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL 34
22.2 TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA 35
22.3 ATO TRANSFUSIONAL 35
22.4 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA - (HEMOCENTROS) 35
22.5 ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO DE HEMOTERAPIA NA AIH 37
23. FISIOTERAPIA 38
24. RADIOLOGIA 38
25. ULTRA-SONOGRAFIA 38
26. PATOLOGIA CLÍNICA 38
27. ANATOMIA PATOLÓGICA 38
28. REGISTRO DE ANESTESIAS NA AIH 39
28.1 ANESTESIA REGIONAL 39
28.2 ANESTESIA GERAL 40
28.3 SEDAÇÃO 40
28.4 ANESTESIA LOCAL 40
28.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO 40
28.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA 40
28.7 ANESTESIA EM QUEIMADOS 41
29. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS –OPM 41
29.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS E FORNECEDORES CADASTRADOS NA ANVISA 41

30. ACIDENTE DE TRABALHO 43
30.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO 43
31. VIDEOLAPAROSCOPIA 44
32. ATENDIMENTO EM OBSTETRICIA 44
32.1 PARTO NORMAL 44
32.2 ATENDIMENTO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO 45
32.3 PARTO GEMELAR E EXAME VDRL NA GESTANTE 46
32.4 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES 46
33. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA) 46
34. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO 47
34.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM NASCIDO 48
34.2 ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO 48
34.3. REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO 48
35. FATORES DE COAGULAÇÃO 49
36. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO DEPENDENTE ÁLCOOL E DROGAS 49
37. PSIQUIATRIA 50
37.1 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL 52
37.2 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL 53
37.2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL 53
37.2.2 LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL 53
38. ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS 53
38.1 PEQUENO QUEIMADO 53
38.2 MÉDIO QUEIMADO 53
38.3 GRANDE QUEIMADO 53
38.4 INTERCORRENCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO 54
39. PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS 55
40. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE 56
41. TRATAMENTO DA HANSENÍASE 56
42. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO 56
43. DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA 57
44. TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA 57
45. ATENÇÃO AO IDOSO 57
47. INTERNAÇÃO DOMICILIAR 58
48. HOSPITAL DIA 59
48.1. HOSPITAL DIA EM GERIATRIA 59
48.2 HOSPITAL DIA PARA PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA 60
49. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH 60
49.1 CICLOSPORINA 60

50. TRANSPLANTES 61
50.1 AÇOES RELACIONADAS A DOAÇAO DE ORGAOS TECIDOS E CELULAS 61
50.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA 62
50.3 ENTREVISTA FAMILIAR 62
50.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS 62
50.5 COORDENAÇÃO SALA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE 62
50.6 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/RETIRADA DE ÓRGÃOS 63
50.7 RETIRADA DE CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO DE VÁLVULAS/TUBOVALVADO PARA TRANSPLANTE 63
50.8 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO HUMANO 63
50.8.1 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO CARDÍACO HUMANO 63
50.8.2 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA CARDÍACA HUMANA 64
50.9 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS 64
50.10 PROCEDIMENTOS DE RETIRADA DE ÓRGÃOS 64
50.11 PROCESSAMENTO DE CORNEA/ESCLERA 64
50.12 PROCEDIMENTOS AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CELULAS 64
50.13 RETIRADA DE ORGÃOS 65
51.13.1 RETIRADA DE ÓRGÃOS EFETUADA NO HOSPITAL EM QUE FOI REALIZADO O PROCEDIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS: 66
51.13.1.1 PROCESSADA POR EQUIPE PROFISSIONAL DESTE MESMO HOSPITAL. 66
51.13.1.2 PROCESSADA POR EQUIPE PROFISSIONAL PROVENIENTE DE OUTRO(S) HOSPITAL(IS) 66
50.13..3 PROCESSADA EM HOSPITAL DISTINTO DO DAS AÇÕES RELACIONADAS 67
50.14 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE 67
50.15 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS 68
50.16 ATENDIMENTO REGIME DE HOSPITAL-DIA P/ INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS 68
50.17 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA 69
50.18 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA – APARENTADO 69
50.19 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA ÓSSEA - NÃO APARENTADO 69
51. ONCOLOGIA 69
52. ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR 70
53. EPILEPSIA 71
54. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA 72
55. NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA 73
56. DISTÚRBIOS DO SONO – POLISSONOGRAFIA 74
57. GASTROPLASTIA 74
58. TRATAMENTO DA OSTEOGENESIS IMPERFECTA 75
59. TERAPIA NUTRICIONAL 75

60. INFORMAÇÕES ADCIONAIS 76
60.1 CADASTRO E PAGAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA 76
60.2 AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA 76
60.3 ALTA POR ÓBITO 77
60.4 HABILITAÇÃO 77
61. RATEIO DE PONTOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SP NA AIH 77
62. COMPATIBILIDADES E EXCLUDÊNCIAS 78
62.1 CID X PROCEDIMENTO 78
63. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA 79
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 necessitam nas suas atividades de rotina, trabalhar com dados e informações dos 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 no nível do estabelecimento de saúde, onde ocorre de fato 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.

No texto busca-se explicar detalhes que devem ser observados no registro dos dados nos sistemas, possibilitando, ao final do processamento, a geração de informações qualificadas, alimentando o Banco de Dados Nacional, e melhorando o atendimento aos usuários do SUS, objetivo maior da rede de saúde deste país.

O Manual é composto por três 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 à políticas de saúde prioritárias e seus disciplinamento pelo gestor federal.

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, todos os demais profissionais de nível superior da área da saúde, técnicos de informática, faturistas, supervisores e autorizadores), responsável pela alimentação e processamento do SISAIH01.

3. Módulo III – para gestores locais - contem as orientações operacionais para instalação, alimentação, operação e processamento do SIHD para os técnicos que trabalham nos serviços de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria nos órgãos gestores municipais e estaduais (técnicos de informática, auditores, supervisores, autorizadores e gestores locais), responsáveis pela alimentação e processamento do SIHD.

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 pelos: descentralização.aih@listas.datasus.gov.br ou pelo http://forum.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 do Manual de Orientações Técnicas e Operacionais do Sistema de Informação Hospitalar, e sua disponibilização na internet, no sitio http://sihd.datasus.gov.br

É de extrema importância que gestores e prestadores do SUS apropriem-se das normas de operação do sistema para monitoramento das ações de saúde e o adequado planejamento físico-orçamentário de cada estabelecimento de saúde e de toda a rede.

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 é imprescindível para facilitar o processo de estabilização da Tabela e do seu Sistema de Gerenciamento/SIGTAP em todo o território nacional.

3. OBJETIVOS

3.1 - Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

3.2 - Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços a cerca do correto preenchimento dos Laudos para Emissão de Autorização Hospitalar de acordo com as normas do SIH/SUS.

3.3 - Difundir e divulgar amplamente a importância da integração entre os sistemas, especialmente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como instrumento de extrema relevância para os sistemas de informação do atendimento no SUS, e sua compatibilização no processamento do Sistema de Informação Hospitalar.

3.4 - 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.

3.5 - 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 correta utilização de seus documentos de suporte.

3.6 – Subsidiariamente proporcionar relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

3.7 – Possibilitar o conhecimento de aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

3.8 - 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 de urgência direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela Central de Regulação, 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 para solicitar a autorização e a AIH é a prórpria autorização para a internação hospitalar.

O Laudo em duas vias é essencial ser um formulário em meio físico (papel) que será preenchido em duas vias (carbonadas) sendo uma delas anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada pelo gestor.

Já, o que normalmente se convencional chamar de "AIH impressa" é um impresso em gráfica com numeração impressa nos moldes de Bloco de Nota Fiscal, ou seja tem um número da série.

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

Existe o modelo padronizado de Laudo para Solicitação de AIH que está disponibilizado no sitio http://sihd.datasus.gov.br, mas é possível a utilização de modelos próprios, desenvolvidos por gestores locais ou prestadores, desde que supra as mesmas informações necessárias 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 viabilizar a emissão da AIH e a segunda via deve ser anexada ao prontuário do paciente.

O preenchimento do laudo deve ser feito pelo médico, odontólogo ou enfermeiro obstetriz 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 pelos profissionais autorizadores no próprio estabelecimento, quando de natureza pública e na rede complementar, quando o gestor dispõe de equipe de autorizadores que realizem visitas rotineiras aos hospitais com esta finalidade. Ou, de outra forma, os documentos devem ser enviados ao órgão gestor local e lá serem autorizados. Os laudos autorizados passam a ter o número da AIH, essencial para o registro das informações no SISAIH01.

Laudos com rasuras serão rejeitados pelos supervisores/autorizadores. Para efeito da liberação da AIH é necessário apenas o número da AIH, controlado pelo gestor. 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 internamentos inicial ou 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:

a) as informações são insuficientes para autorizar. Solicita dados adicionais que permitam decisão sobre a autorização;

b) 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, existiram casos nos quais a internação hospitalar tinha viés quase exclusivo de faturamento, ficando em plano secundário a análise das razões clínicas. A adequação dos códigos com a medicina baseada em evidência enfrenta a sistemática perversa de utilização dos recursos públicos com internações desnecessárias, auxiliando os gestores (autorizadores e auditores) perante a necessidade de posicionamento em casos em que tecnicamente não é necessária a internação. Não há negativa de emissão de AIH, mas quando houver internação e solicitação para emissão de AIH, os códigos adequados serão:

03.01.06.001-0 - Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clinica pediátrica - Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnostico em clinica pediátrica.

03.01.06.007-0 - diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clinica 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 clinica medica - Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica medica.

4.4 PROCESSO 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 a vigência da AIH magnética em 2001. Algumas Secretarias Estaduais de Saúde continuaram imprimindo as “AIH 7 e mini saias ou cheques”. A manutenção deste processo que gera despesa e gasto de recursos desnecessários, uma vez que para efeito de comprovação em auditorias, este documento impresso não é mais exigido. No prontuário do paciente deve ser arquivado o número da AIH que foi autorizada pelo gestor. O número é o que vai permitir a pesquisa no Banco de Dados Nacional das informações sobre aquela internação. Tanto as informações financeiras quanto epidemiológicas. O impresso não garante a correção do processo de apresentação da AIH para efeito de pagamento. Mantendo o impresso mantem-se também a assinatura do supervisor/autorizador, e o registro por carimbo ou manuscrito do CPF deste profissional.

Desde 2001, mudou o processo de registro do número de AIH no prontuário e suprimiu-se o trabalho desnecessário para os supervisores/autorizadores médicos de assinar, carimbar e registrar o CPF nos impressos. A manutenção da prática de assinatura e preenchimento dos “cheques” no hospital é uma situação que deve ser extinta, e o supervisor terá mais tempo para atividades mais efetivas de controle e avaliação, especialmente aqueles médicos que trabalham internamente no setor de Contas Hospitalres do estabelecimento público.

A autorização do gestor para uma determinada internação ou AIH é concretizada pela entrega ou liberação ao prestador/hospital do intervalo da série numérica a ser utilizada ou de cada número da AIH para aquela competência. Autorizada a internação, autorizada a emissão da AIH. Para concretizar esta autorização, o número da AIH deve constar do Laudo para Emissão de AIH - na cópia do laudo que fica arquivada no hospital e na cópia do laudo que vai ser devolvido pelo hospital para arquivamento pelo gestor. Este é o número que identifica a AIH no sistema SISAIH01.

O único instrumento de controle das internações no SUS é o registro do NÚMERO DA AIH AUTORIZADA pelo gestor local no laudo (que é o documento que deve ser impresso).

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

4.4.1 Gerado a partir do MÓDULO AUTORIZADOR

4.4.2 Etiquetas impressas, que podem ser autocolantes com numeração gerada a partir de aplicativo especialmente desenvolvido pelo gestor local;

4.4.3 Impressa em papel comum que pode ser colado ou grampeado diretamente no laudo de solicitação de AIH;

4.4.4 Em último caso, este número pode ser manuscrito e controlado por protocolo de entrega pelo gestor ao autorizador.

4.4.5 Pode ser usado um CARIMBO DATADOR AUTOMÁTICO. Este carimbo deve ser aposto no Laudo de Internação, nas duas vias. No carimbo deve ser programado para geração de número igual a Numeração da AIH que 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 ambulatorial e 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”.

Importantíssimo é controlar a utilização de cada número, evitando a duplicação de um mesmo número que implica em rejeição da AIH por “duplicidade” no Banco de Dados Nacional (com a crítica “AIH já utilizada em outro processamento”). É importante que o gestor exerça o controle de números da AIH para evitar a repetição de um mesmo número para mais de uma internação.

Caso haja um mesmo número de AIH repetido, este erro será detectado no SIHD e a AIH será rejeitada. Não há esta consistência de repetição de número de AIH no SISAIH01 com as AIH já processadas no Banco Nacional de AIH apresentadas, portanto esta AIH será normalmente consistida no SISAIH01. 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.

A melhor forma de controle, sem possibilidade de erros, é a geração a partir de um aplicativo informatizado.

O Módulo Autorizador é um aplicativo gratuito desenvolvido e disponibilizado pelo Datasus. Ele gera o número de AIH automaticamente, necessitando apenas da informação de um intervalo da série numérica que deve ser utilizada naquela competência. Este aplicativo pode ser obtido para *download* no site http://http://sihd.datasus.gov.br e é de extrema importância para o controle da autorização de AIH pelo gestor, de forma fácil rápida e segura.

As AIH são preenchidas utilizando-se o SISAIH01 e são apresentadas ao gestor local em meio magnético. O SIHD importa a produção, critica os dados, calcula os valores brutos e emite relatórios gerenciais.

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

Em última hipótese pode ser usado disquete, uma vez que este meio está em desuso, é facilmente danificado, e como isto acontece com grande freqüência, é desaconselhado seu uso. Na medida do possível, os gestores devem adaptar-se as atualizações tecnológicas, as quais garantem os melhores resultados e os mais confiáveis.

No caso de detecção de erros ou dados inconsistentes, o gestor local deverá contatar o prestador/hospital e solicitar a correção e reenvio do arquivo para o processamento, sempre observando o cronograma de envio de bancos de dados que está no site do SIHD/SUS.

Não é permitido que o mesmo médico que solicite a intenação de um paciente, solicitando um procedimento autorize a AIH para esta internação.

Devem ser profissionais diferentes: Um que solicita a internação, porque é o médico assistente, e outro que autoriza a emissão da AIH, e consequentemente a realização do procedimento no paciente e a sua internação.

Não há impedimento legal para que um médico autorizador seja também médico assistencial em estabelecimentos que estejam sob a gestão onde ele é autorizador. O que não pode acontecer é o autorizador ser ao mesmo tempo assistente num mesmo estabelecimento de saúde.

Quem solicita não pode autorizar a si mesmo.

A nomenclatura para os autorizadores varia de acordo com a denominação dada pelo gestor. Não tem importância. As designações mais comuns são: auditores, autorizadores, supervisores e até reguladores. O importante é que o gestor defina as atribuições, competências e responsabilidades deste profissional que lhe é subordinado hierarquicamente, sendo seu preposto junto às unidades de saúde no Controle e Avaliação da sua rede.

Estes profissionais designados pelo gestor para a função devem ser todos com vínculo público. Não deve existir autorizador com o vínculo apenas com hospitais privados ou filantrópicos.

Os autorizadores, que devem ter o vínculo público para esta função, podem ter vínculos privado ou filantrópico na mesma rede de atendimento, nãp podendo atuar com a função de autorizador num mesmo hospital.

Encerrado o processamento no SIHD, o gestor envia ao Ministério da Saúde/DATASUS o arquivo de todos os municípios e das unidades sob sua gerência para alimentar a Base de Dados Nacional, possibilitando a disseminação das informações em nível nacional.

A validade da AIH segue a seguinte sistemática:

- Com data de alta anterior a 01/07/2008 – vale por 06 (seis) meses.
- Com data de alta a partir de 01/07/2008 – vale por 04 (quatro) meses.
- Caso uma AIH seja apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade, podem ser reapresentadas por mais dois 02 (dois) meses.
- AIH apresentada com mais de 04 (quatro) meses da data da alta, será rejeitada em definitivo.

4.5 APRESENTAÇÃO DA AIH – SISTEMA DO PRESTADOR SISAIH01

O preenchimento da AIH deve ser feito utilizando-se o aplicativo SISAIH01. Qualquer alteração nas regras ou orientações sobre o sistema ou sobre apresentação das AIH para a competência são OBRIGATORIAMENTE disponibilizadas no site http;//sihd.datasus.gov.br sendo importantíssimo o acesso diário a este site por parte dos gestores estaduais/municipais e prestadores de serviços para que se mantenham sempre atualizados a cerca de novas versões, novas portarias ou avisos.

Todos devem acessar e baixar mensalmente as versões atualizadas dos Sistemas de Informação, sempre disponíveis no *site* http://sihd.datasus.gov.br.

O Módulo II deste manual é totalmente dedicado às instruções sobre instalação e operação do SISAIH01.

5. EMISSÃO DE NOVA AIH PARA UM MESMO PACIENTE

A emissão de nova AIH é possível nas condições abaixo:

O motivo de saída ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO deve ser utilizado quando é necessário emitir nova AIH para o mesmo paciente na mesma internação, nos casos abaixo.

5.1 EM CIRURGIA

Quando uma 2ª cirurgia ocorra em outro ato anestésico durante a mesma internação de um mesmo paciente. Neste caso estão incluídos também os casos de reoperação.

5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA

No caso de uma internação, originalmente designada para procedimento obstétrico e que precisa de uma intervenção cirúrgica que extrapola a obstetrícia e quando se tratar de ato realizado em outro ato anestésico.

5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA

Nos casos em que resultar na realização de parto e/ou intervenção cirúrgica obstétrica em paciente que havia sido internada por outro motivo não relacionado desde o momento inicial à 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

Nos casos em que, esgotado o tempo de permanência do procedimento, o paciente apresentar quadro clínico que exija que o mesmo continue internado por motivo não decorrente ou conseqüente ao ato cirúrgico.

5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA

Em casos clínicos onde, no decorrer do internamento, haja uma intercorrência cirúrgica, desde que não tenha relação direta com o quadro clínico, depois de ultrapassada a metade da média de permanência. Nesses casos, deve ser fechada a AIH clínica e aberta nova AIH cirúrgica.

5.8 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, INTERNAÇÃO DOMICILIAR E AIDS

Quando no decorrer da internação, o paciente desenvolva quadro clínico que necessite de uma cirurgia. Nestes casos deve ser observado o que determinam as normas de cada especialidade.

5.9 EM CLÍNICA MÉDICA

Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia, 03 dias após a alta da primeira internação. 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 permancer com a mesma AIH anterior. Não deve ser aberta nova AIH, mesmo que o internamento seja feito por médicos diferentes. Devem ser registradas nna AIH o código de consulta de paciente internado para cada médico que atender ao paciente.

5.10 POLITRAUMATIZADO/CIRURGIA MÚLTIPLA

Pode ser emitida uma nova AIH para o Tratamento de Politraumatizados e Cirurgia Múltipla nos casos em que 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.

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:

Caráter de Atendimento	
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/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO/ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

Para registro na AIH do motivo de saída do paciente do hospital ou para registrar a sua permanência além do previsto na média para o procedimento princial devem ser observados os códigos da tabela Abaixo.

O ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO deve ser utilizado quando é necessário emitir nova AIH para o mesmo paciente na mesma internação, naqueles casos que estão elencados no item 5 deste manual.

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

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 – SCNES 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 para os quais 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 será atualizado para a 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 nº98 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 anestesiologista 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 bucomaxilo).

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 também 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, Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clinica Pediátrica, Clinica Cirúrgica, Clinica Médica e em Psiquiatria Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, Procedimentos Seqüenciais 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 Colecistectomia – 04.07.03.002-6 ou Colecistectomia videolaparoscópica 04.07.03 003-4. 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 Histerectomia Total – 04.09.06.013-5, porém é detectado, antes da cirurgia, que a paciente apresenta um quadro de diabetes descompensado. No SIGTAP o procedimento é Diabetes Mellitus - 03.03.03.003-8. 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

Se o Supervisor ao analisar o prontuário ou o Auditor ao analisar o espelho da AIH e concluir que os critérios técnicos relativos à prescrição, terapia e relatórios não foram satisfatórios, pode solicitar complementação de informações. Sendo assim, o médico assistente justifica o novo procedimento através de laudo dirigido ao Diretor Clínico, que pode autorizar nas unidades públicas ou para fins de autorização do Gestor local do SUS para a rede complementar.

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 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 Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado – 04.15.03.001-3, 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 a seguir os procedimentos especiais compatíveis a este procedimento informado na primeira linha logo abaixo deste primeiro procedimento principal os códigos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais/OPM compatíveis utilizados na cirurgia. Encerrada a digitação dos procedimentos especiais OPM compatíveis com o primeiro procedimento realizado informado, 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 politraumatiado 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. E os demais procedimentos, a partir do sexto, devem ser registrados na 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 de Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado – 04.15.03.001-3. No SISAIH01 deve ser registrado na tela Dados da Internação nos campos Procedimento Realizado e Procedimento Principal e 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 subsequentes necessárias, as OPM relativas ao segundo procedimento principal.

Quando encerrar os procedimentos especiais, OPM, compatíveis com o segundo procedimento principal digitado e suas OPM, a seguir 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.

2° 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 Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado 04.15.03.001-3.

Na AIH deverá ser registrado na tela Procedimentos Realizados:

1ª linha - 04.07.02.010-1 - Colostomia

2ª linha – 04.07.03.012-3 - Esplenectomia

3ª linha – 04.08.02.039-3 – Tratamento Cirúrgico de Fratura de Diáfise do Úmero

4ª linha – OPM compatível

5ª linha – OPM compatível

Xª linha – OPM compatível

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

Xª linha – 04.08.06.004-2 - Amputação/Desarticulação de Dedo.

Excluído parágrafo

3° 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:

1ª linha – 04.07.02.010-1 – Colostomia

2ª linha – 04.08.05.051-9 – Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise do Fêmur

3ª linha – OPM compatível

4ª linha – OPM compatível

Xª linha - 04.07.03.012-3 – Esplenectomia

Xª linha – 04.08.02.044-0 – Tratamento Cirúrgico de Lesão Fisária dos Ossos do Antebraço

A partir da 3ª linha devem ser incluídas as OPM compatíveis e utilizadas no procedimento principal informado na 2º linha. Quando encerrar o registro das OPM do procedimento informado na 2 ª 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 180.

Para os procedimentos que sejam realizados em órgãos pares, pode ser informado no SISAIH01 o mesmo procedimento duas vezes e solicitada a 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.

3° 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:

1ª linha – 04.07.02.010-1 - Colostomia

2ª linha – 04.07.03.012-3 – Esplenectomia

3ª linha – 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 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.

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 Ooforectomia/ooforoplastia (a descrição explicita que é uni ou bilateral).

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

1° 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 Micutâneo (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:

1. Paciente com quadro de abdomen agudo, é realizada laparotomia exploradora, durante o ato necessita hemicolectomia e drenagem de abscesso subfrênico não pode ser cirurgia múltipla porque o abscesso é conseqüência da lesão do colon, certamente houve perfuração colon (tumor ou diverticulite) que levou ao abscesso.

2. Paciente com doença respiratória alta que no mesmo ato cirúrgico são realizadas turbinectomia + adenoidectomia + correção de desvio do septo pode ser cirurgia múltiplaporque uma é no tímpano, outra retira adenóide e por último corrigido o desvio do septo.

3. Paciente com colostomia sendo operado para reconstrução de trânsito intestinal. No mesmo ato corrige-se hérnia incisional pode ser cirurgia múltipla pois há o fechamento de colostomia e hernioplastia incisional que inclusive precisará de uma tela.

4. Paciente baleado, submetido à cirurgia com realização de enterectomia + toracotomia com drenagem pleural fechada e arteriorrafia femoral pode ser 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 de 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 criptocóccica 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 micobacterioses disseminadas Histoplasmose Salmonela septicêmica Sarcoma de Kaposi Linfomas não Hodgkin
03.03.18.003-0 Tratamento de Afecções do Aparelho Digestivo em HIV/AIDS	Tratamento de citomegalovirus esofagiano Herpes simples esofagiano Cândida sp esofagiana 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:

1° procedimento - 100%	3° procedimento - 75%
2° procedimento - 100%	4° 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. Excluída frase.

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 n.º 2.582/04). Os procedimentos de lipodistrofia só podem ser realizados por serviços habilitados em conformidade com a portaria SAS 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 correspondente.

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 e
2. Paciente submetido à terapia anti-retroviral por pelo menos 12 meses e
3. Paciente que não responde ou não pode ser submetido à mudança da terapia ARV e
4. Paciente clinicamente estável, ou seja, aquele sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses, e
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 (ou seja, sem 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, imunossupressores 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 todos os pacientes com mais de 60 anos de idade internados em hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS devem permitir 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 Idosos sem Pernoite.

Mesmo para alguns procedimentos em que não está prevista a presença de acompanhantes para adultos, os idosos têm direito, 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, 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 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 3 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.

Pode ser consultado pelo SIHD: SELECT*FROM TB_UL O resultado trará 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 após poucas horas (antes de completar 24 horas) 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 5 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.

Quanto ao limite de diárias numa AIH está estabelecido no SIGTAP em 59 dias. Isto é, com 59 dias do paciente na UTI deve ser dada alta administrativa e aberta outra AIH. 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 fechamento administrativo da AIH deve ser feito a cada 59 dias.

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 ou seja, quando atinge o dobro de dias previstos, considerando o que está definido no SIGTAP para o procedimento principal informado na AIH.

Parágrafo excluído

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 1 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 Seqüenciais 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 numero do Cartão Nacional de Saúde do profissional ainda em 2008.

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 ser sempre 1. 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 3 dedos informar três vezes o mesmo procedimento com a quantidade 01. A quantidade máxima neste caso está 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 2 num deterinado procedimento, 3 noutro e ainda 6 num terceiro. Para este procedimento parafuso, no SIGTAP deverá ser colocada a quantidade máxima de 6. No entanto, quando ele for informado na AIH deve obedecer a quantidade estabelecida no Relatório de Compatibilidades no SIGTAP. Não deve ser entendido que para qualquer procedimento poderá ser informada quantidade 6.

Apesar de 6 ser a quantidade máxima de parafuso aceita, há procedimentos em que a compatibiidade estabelecida no SIGTAP é menor que 6 e nestes, caso deve ser informado a quantidade correta, sob pela de rejeição da AIH.

EXEMPLO1:

0408020261 - REIMPLANTE DO TERCO DISTAL DO ANTEBRACO ATE OS METACARPIANOS

0702050172 - FIO MONONYLON 8.0 Qtd: 8

0702030899 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Qtd: 2

EXEMPLO 2:

0408020270 - REIMPLANTE OU REVASCULARIZACAO AO NIVEL DA MAO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)

0702050180 - FIO MONONYLON 9.0 Qtd: 4

0702031070 - PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS) Qtd: 1

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	Ultrafiltração	15
03.05.01.004-2	Hemodiálise Contínua	15
03.05.01.015-8	Hemofiltração Contínua	15
03.08.02.001-4	Hediafiltração 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:

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:

0303060042 - Tratamento de cardiopatia isquêmica crônica

0303060190 - Tratamento de infarto agudo do miocárdio

0303060212 - Tratamento de insuficiência cardíaca

0303060280 - Tratamento de síndrome coronariana aguda

0406010927 - Revascularização miocárdica c/uso de extracorpórea

0406010935 - Revascularização miocárdica c/uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)

0406010943 - Revascularização miocárdica s/uso de extracorpórea

0406010951 - Revascularização miocárdica s/uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)

0406011206 - Troca valvar c/revascularização miocárdica

0406030014 - Angioplastia coronariana

0406030022 - Angioplastia coronariana c/implante de dupla prótese intraluminal arterial

0406030030 - 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. TRANSFUSÃO DE SUBSTITUIÇÃO/TROCA (EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO)

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 Realizado 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 do CNES do estabelecimento responsável pelos exames pré transfusionais .

O pagamento da exsanguineotransfusão 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., apenas no campo de identificação do EXECUTANTE.

21. ALBUMINA HUMANA

É a Albumina Humana de origem plasmática. É uma solução protéica, estéril e apirogênica, obtida por fracionamento de plasma ou soro humano e que corresponde eletroforeticamente 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 exsanguineotransfusão parcial. X – queimaduras; XI – transplante hepático. XII – hemorragia meningea espontânea. XIII – pré-eclampsia grave. XIV – enteropatia com perda de proteína. XV – reposição volemica 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 - Agencia 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, apenas no campo EXECUTANTE.

22.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

O hospital que realize 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 efetue 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 TRANSFUSÃO 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. Esta prescrição deve ser registrada no prontuário médico 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 (EXSANGUINEOTRANSFUSÃO)
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 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 HEMOTE RÁPICA E/OU HEMATO LÓGICA

69.1- HEMOTERAPIA/ HEMATOLOGIA-COORDENADOR (antigo HEMOCENTRO)

69.2 - HEMOTERAPIA/ HEMATOLOGIA-REGIONAL

69.3 - HEMOTERAPIA/HEMATOLOGIA-NUCLEO

69.4 - UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – 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

Legenda:

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

Código Procedimento / Produto	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
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 ou 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

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, mas não pode ceder crédito. Então deve informa 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:

Procedimento: 02.03.02.001-4 - Determinação de receptores tumorais hormonais - Consiste no 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.

Procedimento: 02.03.02.002-2 - Exame anátomo-patológico do colo uterino - peca cirúrgica - Consiste no exame macro e microscópico de peca de ressecção parcial ou total do útero , com ou sem esvaziamento linfático, para diagnostico definitivo e estadiamento cirúrgico do câncer do colo uterino.

Procedimento: 02.03.02.003-0 - exame anátomo-patológico p/ congelamento / parafina (exceto colo uterino)- peca cirúrgica.

Procedimento: 02.03.02.004-9 - imunohistoquímica de neoplasias malignas (por marcador)

Consiste na utilização de anticorpos monoclonais (marcadores) para determinar a origem tecidual e o diagnostico definitivo de neoplasias malignas inespecificas ao exame histopatológico. Maximo de 06 marcadores por paciente.

Procedimento: 02.03.02.005-7 - Necropsia

Realizada em serviço de verificação de óbito

Procedimento: 02.03.02.006-5 - Exame anatomo-patológico de mama - biopsia

Consiste no exame macro e microscópio de material obtido por punção de mama por agulha grossa ou por biopsia/exerese cirúrgica, para diagnostico definitivo de modulo mamário.

Procedimento: 02.03.02.007.3 - Exame anatomo-patológico de mama - peça cirúrgica

Consiste no exame macro e microscópio de peca de ressecção parcial ou total de mama, com ou sem esvaziamento axilar, para diagnostico definitivo e estadiamento cirúrgico de câncer mamário.

Procedimento: 02.03.02.008-1 - Exame anatomo-patológico do colo uterino – biopsia

Consiste no exame macro e microscópico de material obtido por biopsia 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.

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. prolongado 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 usada 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, tranqüilo, 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 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 seqüenciais 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 compram 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 OPM	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 cardiotomia, 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:

PROCEDIMENTOS E DESCRIÇÃO
0702010090 - Conjunto de cateter de drenagem externa e MPIC
0702010103 - Conjunto de eletrodo e extensão p/ estimulação cerebral
0702010111 - Conjunto p/ hidrocefalia de baixo perfil
0702010120 - Conjunto padrão p/ hidrocefalia
0702040177 - Conjunto de acesso hepático transjugular
0702040185 - Conjunto do seio coronário
0702040193 - Conjunto p/ circulação extracorpórea (adulto)
0702040207 - Conjunto p/ circulação extracorpórea (neonatal)
0702040215 - Conjunto p/ circulação extracorpórea (pediátrico)
0702040223 - Conjunto p/ valvoplastia mitral percutânea
0702050121 - Conjunto descartável de balão intra-aórtico
0702050130 - 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 freqüência 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.

Está em processo de elaboração e serão publicadas ainda em 2008 novas Portarias Ministeriais que regulam as áreas de Atenção de Alta Complexidade em cardiologia e Traumatologia e Ortopedia.

A Portaria SAS n.º 218/04, define as OPM da assistência cardiovascular excludentes entre si. A Portaria SAS n.º 123/05 inclui e altera procedimentos da assistência cardiovascular, estabelece compatibilidade entre procedimentos especiais e procedimentos e inclui OPM. Portaria SAS n.º 173/05, relaciona a tabela de compatibilidade entre os procedimentos da Assistência Cardiovascular e OPM. A Portaria SAS 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 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 credito referente 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/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 0411020056 - 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 hemaglutinacão (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	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.

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.

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. 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:

33.1 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;

33.2 Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;

33.3 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;

33.4 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-NATO

Deve ser solicitada a emissão de AIH para o RN sempre que for nessário submete-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 outros, 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 saíde 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 resarcido 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 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 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 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.ºda 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 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:

0303170018 - 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 PTGM251/02) - 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 inicio 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 e pode ser usado indefinidamente enquanto o paciente permancer internado no mesmo hospital. Não deve ser dado 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 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 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° 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		

GRUPOS	CLASSES	N.º. LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
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 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.

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 o 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 até10% 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 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 inicio 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 médico-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:

03.03.13.006-7	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Oncológicas (por dia)	Exige habilitação 0905
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
03.03.13.008-3	Tratamento de Paciente sob Cuidados Prolongados em Hanseníase (por dia)	Não exige habilitação

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 soliciada 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 de 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 media de permanência e que admitiam permanência a maior. Admite também registro de diária de UTI.

Com a tabela, todos foram unificados dando origem a um só procedimento com remuneração por dia.

41. TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O registro das internações para Tratamento da Hanseníase – 03.03.01.008-8 na AIH exige o diagnóstico principal e secundário pela CID 10, conforme a Portaria GM 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 n.º. 723/07:

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:

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 nº 2.528/06 aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa e a Portaria nº 2.529/06, institui a Internação Domiciliar no SUS 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

Parágrafo excluído

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.

47. 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 nº 629, de 25 de agosto de 2006.

48. 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.

48.1. 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.

48.2 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.

49. 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.

49.1 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

50. TRANSPLANTES

50.1 AÇOES RELACIONADAS A DOAÇAO DE ORGAOS TECIDOS E CELULAS

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

50.1.1 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.

50.1.2 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 a Doação de Órgãos Tecido e Células ou o código 05.03.01.002-2- Ações Relacionadas a 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 clinica de morte encefálica em maior de 2 anos
05.02.01.002-9	Avaliação clinica 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 Ml)

50.2 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).

50.3 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 - Entrevista familiar para doação de órgãos e ou tecidos para transplante – código 05.03.04.005-3 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.

50.4 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.

50.5 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.

50.6 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:

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.

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.

50.7 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. Nestedois casos, o SISAIH01 não abre tela de equipe, mas é obrigatório informar CPF e CBO.

50.8 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.

50.8.1 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.

50.8.2 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.

50.9 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:

50.9.1 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.

50.9.2 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.

50.10 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.

50.11 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 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.

50.12 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 sangüínea 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.

50.13 RETIRADA DE ORGÃOS

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

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

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

51.13.1.1 PROCESSADA POR EQUIPE PROFISSIONAL DESTE 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 a 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/ 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 sangüínea ABO e outros exames hematológicos em possível doador órgãos
05.02.01.001-0	Avaliação clinica de morte encefálica em maior de 2 anos
05.02.01.002-9	Avaliação clinica 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

51.13.1.2 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 órgãos 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.

50.13..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, podendo esta. Nesta hipótese, devem ser 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: Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada de órgãos -05.03.03.001-5, 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

50.14 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.

50.15 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS

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 (por 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 - Imunoglobulina obtida/coelho Antitimócitos humanos 100mg injet. p/Transplante (por frasc-amp. 0,5ml)

06.03.08.010-3 - Imunoglobulina obtida/coelho Antitimocitos humanos 25mg injetável p/Transplante (por frasc-amp. 0,5ml)

06.03.08.011-1 - Imunoglobulina obtida/coelhoantitimocitos humanos 200mg injetável p/Transplante (por frasc-amp. 10ml)

06.03.08.012-0 - Metilprednisolona 500mg injetável p/transplante (por frasco ampola)

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 relativos à 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.

50.16 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:

1- 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).

2- 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.

3- Recursos Humanos - hematologista ou oncologista; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo.

4 – 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.

50.17 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.

50.18 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.

50.19 TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS 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 intercorrência 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.

51. ONCOLOGIA

A Portaria GM n.º. 2.439/05, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnostico, 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 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 realizada 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.

52. ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR

Portaria GM n.º. 1.169/04 institui 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 nº 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 123/ 28.02.05.

Código	Procedimento
04.06.03.012-0	Valvuloplastia Mitral Percutânea
04.06.03.014-6	Valvuloplastia Tricúspede 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
04.06.01.0051-0	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 Infrarenal
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 Infrarenal, 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 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 e04.06.05.007-4, não deve exceder em conjunto, o percentual de 50% (cinqüenta por cento) do total dos procedimentos eletrofisiológicos realizados.(PT SAS 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.

Portaria SAS 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 Desfiblilador Implantável, sendo que a 5ª via deve ficar arquivada no prontuário médico.

53. EPILEPSIA

A Portaria SAS 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:

04.03.06.008-7 – Microcirurgia p/ Ressecção Unilobar Extratemporal s/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.004-4 - Microcirurgia para Lesionectomia sem Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.009-5 – Transecções Subpiais Múltiplas em Áreas Eloqüentes; 04.03.06.007-9 – Microcirurgia para Ressecção Unilobar Extratemporal com Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.003-6 - Microcirurgia para Lesionectomia com Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.005-2 – Microcirurgia para Lobectomia Temporal ou Amigdalo-Hipocampectomia e 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, e 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.

54. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

A Portaria GM 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 n.º 95/05, define as normas de credenciamento/habilitação das unidades de assistência de alta complexidade e dos centros de referência de alta complexidade em traumato-ortopedia. Os procedimentos cirúrgicos de Ortopedia encontram-se no Grupo 04, Subgrupo 08 todas as Formas de Organização e os procedimentos clínicos no Grupo 03, Subgrupo 03 e Forma de Organização 09 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

O código Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia e/ou Ortopedia - 04.15.02.002-6 é realizado por neurocirurgião ou ortopedista/traumatologista, e deve atender às concomitâncias com os procedimentos a seguir relacionados, considerando-se a sua realização no mesmo ato anestésico. Estes são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado 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 por única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento depende dos Procedimentos Realizados.

Este procedimento deve ser registrado na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01:

a) um procedimento referente à Discetomias pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou um referente à retirada de enxertia óssea.

b) um procedimento referente a Revisões de Artrodeses ou a Tratamentos Cirúrgicos de Pseudartoses da coluna pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou um referente à retirada de enxertia óssea.

c) um procedimento referente a Ressecções Vertebrais pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou referente a retirada de enxertia óssea.

d) um procedimento referente a Ressecções de Tumores medulares, raquimedular extradural, intradural ou extra medular com ou sem técnica complementar, pode ser associado a um referente à artrodese respectiva e/ou um referente à retirada de enxertia óssea;

e) um procedimento referente à Descompressão Óssea pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva.

No registro de Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia e/ou Ortopedia - 04.15.02.002-6, os Procedimentos Realizados, no máximo em número de três, devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados em ordem decrescente de complexidade e valores, pois são remunerados em percentuais diferentes, conforme tabela a seguir:

Código do Procedimento	Percentual Remunerado
1° procedimento	100%
2° procedimento	75%
3° procedimento	50%

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. NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

A Portaria SAS n.º 723/07 altera alguns artigos da Portaria GM 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.

1. A Portaria SAS nº 756/05 define as normas de classificação e credenciamento/habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia.

Está definido pela Portaria SAS 765/05 que: Os procedimentos para o tratamento das lesões da junção crânio cervical, que necessitam de estabilização com o uso do halo cervical, não deverão exceder, em conjunto, o total de 10% (dez por cento) do total dos procedimentos de tratamento conservador do traumatismo da coluna cervical.

Os procedimentos de códigos 04.03.06.002-8 - e 04.03.06.001-0, respectivamente, Exploração Diagnóstica Cirúrgica para Implantação Eletrodos Invasivos Unilateral, incluso Video-EEG e Exploração Diagnóstica Cirúrgica para Implantação Eletrodos Invasivos Bilateral, incluso Video-EEG, não deverão exceder, em conjunto, o total de 15% (quinze por cento) do total dos procedimentos de investigação diagnóstica da epilepsia realizados. Os procedimentos neuroendovasculares de maior complexidade, a seguir relacionados, não deverão exceder, em conjunto, o percentual de 10% (dez por cento) do total dos procedimentos neuroendovasculares realizados e relacionados ao tratamento de aneurismas cerebrais:

Código	Descrição do Procedimento
04.03.07.003-1	Embolização de Aneurisma Cerebral de 8 a 15 mm, com colo largo
04.03.07.004-0	Embolização de Aneurisma Cerebral maior que 15 mm com colo estreito
04.03.07.005-8	Embolização de Aneurismas Cerebral maior que 15 mm com colo largo

56. 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.

57. 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: 07.02.05.00-40 – 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 Gstroplastia
04.15.02.001-8	Cirurgias Plásticas Seqüenciais em pacientes pós Gastroplastia

O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Cirurgias Plásticas Seqüenciais 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 n.º. 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.

58. TRATAMENTO DA OSTEOGENESIS 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 Osteogenesis 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 Osteogenesis 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 Osteogenesis Imperfecta. As despesas decorrentes do TOI são custeadas com recursos do FAEC, como procedimento estratégico.

59. TERAPIA NUTRICIONAL

A Portaria GM n.º. 343/05 instituiu a Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

A Portaria SAS/MS n.º 224/06 definiu a classificação e habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral, inclui na tabela do SIH os procedimentos de terapia nutricional a serem utilizados pelos Serviços habilitados.

O valor do SH dos procedimentos da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional inclui o valor de todos os componentes, insumos, dietas, fórmulas, materiais especiais e todos os recursos humanos necessários a realização de terapia nutricional. Os procedimentos de Terapia Nutricional devem ser registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01.

PROCEDIMENTO	LIMITE ÚTIL.
03.09.01.010-1 Passagem de Sonda naso entérica (inclui sonda)	01
03.01.10.016-0 - Sondagem Enteral	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
03.09.01.002-0 - Cateterismo de Veia Central em Pediatria (inclui cateter duplo lúmen)	01
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
03.09.01.007-1 - Nutrição Parenteral Adulto	istração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH
03.09.01.001-2 Cateterismo de Veia Central (inclui cateter)	01

Os procedimentos de nutrição requerem os seguintes Grupos Habilitação: (2301 e 2303) ou (2301 e 2304) ou (2301 e 2305 ou (2302 e 2303) ou (2302 e 2304) ou (2302 e 2305).

Com exceção do procedimento 03.01.10.016-0- Sondagem Enteral que exige a habilitação 2302 - Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional ou 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

O período de 30 dias de neonatologia poderá ser estendido por até 99(noventa e nove) dias, de acordo com a prematuridade do recém-nascido, cabendo ao gestor local, autorizar a liberação de quantidade nos procedimentos de nutrição enteral e ou parenteral de neonatologia.

60. INFORMAÇÕES ADCIONAIS

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.

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 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 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 procedimento diagnosticado. 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 anestesias 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:

1) 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

2) 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:

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% de 833,00 = R$ 249,90 R$ 833,00 – 249,90 = 583,10

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

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

O valor do ponto será calculado da seguinte forma:

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

R$ 583,10 / 2.700 = 0,21596

Valor do ponto = 0,21596

Calculo para apuração do valor de cada participante

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

Cirurgião = 0,21596 * 1800 = R$ 388,73

1º auxiliar = 0,21596 * 540 = R$ 116,62

2º auxiliar = 0,21596 * 360 = 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 e Sociedade 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:

63.1 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 critica no sistema SIAIH01.

63.2 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 critica informando no sistema.

63.3 PERMANÊNCIA E IDADE - Os procedimentos rejeitados por ambos os motivos, o prestador poderá solicitar, ao gestor, liberação de critica informando no sistema.

63.4. QUANTIDADE MÁXIMA - Esta crítica só pode ser liberada se o procedimento estiver na lista de procedimentos que permitem esta liberação na AIH.

63. 5. PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE – Os procedimentos rejeitados pelos três motivos, o prestador poderá solicitar, ao gestor, liberação de critica informando no sistema.

O SIHD bloqueará automaticamente as AIH com solicitação de liberação de critica 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 (USUARIO: publico SENHA: publico – tudo minúsculo e sem acento) 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.

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 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 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS n º 316 08 de maio de 2006. Inclui no SIH o tipo de vinculo 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 MS/SAS 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 de2002. 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 nº 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 999. 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, 25de 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 MS/SAS 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 204, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 MS/SAS 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, 24de 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 Ontológica. 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 Traumato-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 Clinico 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 Seqüenciais 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 Osteogêneses 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 á 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 á 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 Referencia 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 deviria 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 – inicio 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 MS/SAS n º 316, de 08 de maio de 2006. Inclui no SIH o tipo de vinculo 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 de2002. 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 MS/SAS 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 MS/SAS 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 1991, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 822, 27 de junho de 2003. Inclui na tabele 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. Inclui 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 Seqüenciais em Neurocirurgia, define procedimentos a ser registrado com o Procedimento Seqüenciais 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 os 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 seqüenciais 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 1.466, de 13/9/96 – DO 181, de 17/9/96 - 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 1.639, DE 10 DE JULHO DE 2002 – 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.