

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
COORDENAÇÃO-GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



SIH

**Sistema de Informação
Hospitalar**

**MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO
SISTEMA**

BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL
JANEIRO/2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC

Coordenação-Geral de Sistemas de Informação - CGSI

Edição, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC

SAF Sul – Quadra 2 - Ed. Premium - Torre II - 3º Andar - Sala 303.

CEP: 70070.600, Brasília - DF

Telefone: (61) 3315-5873

FAX: (61) 3315-8956

Home Page: <http://www.saude.gov.br/sas>

E-mail: cgsi@saude.gov.br

nias.cgsi@saude.gov.br

Diretora DRAC:

Elaine Maria Giannotti

Coordenador CGSI:

Fábio Campelo Santos da Fonseca

Atualização do Manual:

Carolina Lucena – Consultora Técnica da CGSI

Daiane Ellwanger Araujo - Analista Técnica de Políticas Sociais da CGSI

Vanderlei Soares Moya – Consultor Técnico da CGSI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2014

SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema

87 Páginas

1.Sistema de Informação Hospitalar; 2.Controle e Avaliação; 3. Orientações Técnicas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	08
3. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS	08
4. INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO SUS.....	09
4.1 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS	09
4.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - AIH	09
4.3 AUTORIZAÇÃO DE AIH.....	10
4.4 EMISSÃO DA AIH	10
4.4.1 AIH TIPO 1 INICIAL.....	10
4.4.2 AIH TIPO 5 CONTINUIDADE.....	10
4.4.3 NUMERAÇÃO DE AIH.....	10
4.4.4 INSTRUMENTO DE REGISTRO.....	11
4.4.5 VALOR DA AIH.....	11
4.5 PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR	11
4.6 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS	12
4.7 APRESENTAÇÃO DA AIH - SISAIH01/ SISTEMA DO PRESTADOR	12
4.7.1 VALIDADE DA AIH.....	12
5. MAIS DE UMA AIH PARA O MESMO PACIENTE NA MESMA INTERNAÇÃO	12
5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA	13
5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA	13
5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA	13
5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA	13
5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA.....	13
5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA	13
5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA	13
5.8 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, AIDS E TUBERCULOSE..	13
5.9 INTERCORRÊNCIAS PÓS TRANSPLANTES.	13
5.10 EM CLÍNICA MÉDICA.....	13
5.11 POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA.....	13
5.12 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH	14
6. ESPECIALIDADE DO LEITO/CARÁTER DE ATENDIMENTO/ MOTIVO DE APRESENTAÇÃO	14
6.1 ESPECIALIDADES DO LEITO.....	14
6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO	14
6.3 TABELA AUXILIAR DE MOTIVO DE APRESENTAÇÃO	14
7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO).....	16
7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES	16
8. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO.....	16
8.1 DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICA	17

8.2 DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA	17
8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA	17
8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA	17
8.5 PROCEDIMENTO PRINCIPAL COM QUANTIDADE MAIOR QUE 1 NUMA MESMA AIH	17
9. TRATAMENTO DE POLITRAUMATIZADO	18
10. CIRURGIAS MÚLTIPLAS	19
10.1 LAPAROTOMIA EXPLORADORA	20
10.2 TRAQUEOSTOMIA.....	20
11. PACIENTES COM LESÃO LABIOPALATAL E CRANIOFACIAL.....	21
12. TRATAMENTO DE AIDS	21
12.1 NA MODALIDADE HOSPITALAR	21
12.2 EM HOSPITAL DIA	22
12.3 LIPODISTROFIA	22
13. REGISTRO DE DIÁRIAS	22
13.1 DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE	22
13.2 DIÁRIA DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI).....	23
13.3 DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL (UCI)	24
13.4 DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA (UCO)	24
14. DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	25
15. CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	26
16. QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH	26
16.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM POR PROCEDIMENTO E COMPATIBILIDADES	27
17. DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE	28
18. TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	28
19. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.....	29
20. HEMOTERAPIA	29
20.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL.....	29
20.2 TRANSFUSÃO SANGUÍNEA.....	30
20.3 ATO TRANSFUSIONAL	30
20.4 EXOSANGUINEOTRANSFUSÃO	30
20.5 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA-HEMATOLÓGICA (HEMOCENTRO)	30
21. FISIOTERAPIA.....	30
22. RADIOLOGIA.....	31
23. ULTRA-SONOGRAFIA	31
24. PATOLOGIA CLÍNICA.....	31
25. ANATOMIA PATOLÓGICA	31
26. ANESTESIA NA AIH.....	31
26.1 ANESTESIA REGIONAL.....	31
26.2 ANESTESIA GERAL	32
26.3 SEDAÇÃO	32
26.4 ANESTESIA LOCAL	32

26.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO	32
26.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA	32
27. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM).....	32
27.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISAIH01	33
27.2 REGISTRO DE FORNECEDORES DE OPM E CADASTRO NA ANVISA	34
28. ACIDENTE DE TRABALHO	34
28.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	34
29. VIDEOLAPAROSCOPIA.....	35
30. ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA.....	35
30.1 PARTO NORMAL.....	35
30.2 PARTO GEMELAR E EXAME PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS NA GESTANTE	36
30.3 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES	36
30.4 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO.....	36
31. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)	36
32. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN) – EMISSÃO DE AIH PARA O RN	37
32.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM-NASCIDO	37
32.2 ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO	37
32.3 REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	38
33. FATORES DE COAGULAÇÃO	38
34. TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	39
34.1 HOSPITAL GERAL	39
34.1.1 PROCEDIMENTOS PRINCIPAIS EM HOSPITAL GERAL.....	39
34.1.2 DIÁRIA DE SAÚDE MENTAL – PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HOSPITAL GERAL.....	40
34.1.3 INCENTIVOS FINANCEIROS PARA SAÚDE MENTAL.....	41
34.2 HOSPITAL ESPECIALIZADO.....	41
34.3 ATENDIMENTO EM HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL	42
35. ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS	43
36. PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS	43
37. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	44
38. TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	45
38.1 PROCEDIMENTO TRATAMENTO DE HANSENÍASE	45
38.2 TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS EM HANSENÍASE	45
39. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO	45
40. DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA.....	45
41. TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA	45
42. INTERNAÇÃO DOMICILIAR	46
43. ATENÇÃO AO IDOSO E HOSPITAL DIA EM GERIATRIA	46
44. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH	46
45. TRANSPLANTES.....	47
45.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS.....	47
45.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	48

45.3 ENTREVISTA FAMILIAR	49
45.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR TAXA DE SALA	49
45.4.1 AVALIAÇÃO DO POSSÍVEL DOADOR FALECIDO DE ÓRGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTE.....	50
45.5 RETIRADA DE ÓRGÃOS.....	50
45.6 COORDENAÇÃO DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS, TECIDOS PARA TRANSPLANTE.....	51
45.7 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS	51
45.8 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS	51
45.9 RETIRADA DO CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO VÁLVULAS/TUBO VALVADO/RETIRADA DO GLOBO OCULAR.....	52
45.9.1 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO	52
45.9.2 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO OU VÁLCULA CARDÍACA HUMANOS	52
45.9.3 PROCESSAMENTO DE CÓRNEA/ESCLERA	52
45.10 INCREMENTO FINANCEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTES E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (IFTDO).....	53
45.11 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS	54
45.12 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE.....	54
45.13 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL-DIA PARA INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	55
45.13.1 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA.....	55
45.13.2 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA APARENTADO	55
45.13.3 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA NÃO APARENTADO	55
46 CIRURGIA EM ONCOLOGIA	55
46.1 ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A PORTARIA n.º 2947	55
47. ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR	58
48. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	59
49. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	60
50. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA.....	61
51. GASTROPLASTIA – CIRURGIA BARIÁTRICA.....	62
52. TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESE IMPERFECTA	63
53. TERAPIA NUTRICIONAL	64
54. OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	65
55. PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA	65
56. AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	65
57. ALTA POR ÓBITO	66
58. VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	66
59. CURATIVO GRAU II	66
60. RATEIO DE PONTOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SP NA AIH	66
61. CID X PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO x QUANTIDADE MÁXIMA	67
62. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA NO SISAIH01.....	68
62.1 DUPLICIDADE.....	68

62.2 PERMANÊNCIA MENOR	68
62.3 IDADE MENOR E MAIOR	68
62.4 PERMANÊNCIA E IDADE	68
62.5 QUANTIDADE MÁXIMA.....	68
62.6 MÉDIA DE PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE	68
62.7 MESMO CNS	69
62.8 REJEIÇÃO DE AIH POR QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR À CAPACIDADE INSTALADA	69
63. DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO PRINCIPAL, ESPECIAL E SECUNDÁRIO	70
64. MONITORAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	70
65. INCLUSÃO DA COMPETÊNCIA DE EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	70
66. PROTOCOLOS CLÍNICOS	71
67. ESCLARECIMENTO SOBRE O ANTIGO “TIPO 07”	71
68. PASSO A PASSO PARA EXECUÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS – A PARTIR DE 2012	72
69. REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	73
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - NOTA TÉCNICA INFORMATIVA nº 4/2013.....	73
70. TRATAMENTO DO AVC COM TROMBOLÍTICO	74
71. TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM TROMBOLÍTICO	75
72. PRONTUÁRIO DO PACIENTE	76
BIBLIOGRAFIA	79

APRESENTAÇÃO

Este Manual destina-se a auxiliar gestores, prestadores e profissionais de saúde que trabalham com os sistemas de captação de dados e com o processamento da informação do atendimento ao paciente internado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sistemas que registram o atendimento nos pacientes internados são:

1. **Sistema de Captação da Internação/SISAIH01 (Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar):** utilizado pelo estabelecimento de saúde onde ocorre o atendimento ao paciente para digitar os dados da internação. (AIH).

2. **Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS:** onde são processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações. Este sistema é de uso dos gestores locais para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Neste sistema é importado o arquivo exportado do Sisaih01 por cada estabelecimento. Ele auxilia gestores locais no controle, avaliação e auditoria.

Este manual contém orientações técnicas para profissionais de saúde, gestores e prestadores quanto à alimentação do sistema de acordo com as portarias do Ministério da Saúde. As orientações para instalação, alimentação, operação e processamento do SISAIH01 acompanham a versão mensal do sistema.

O meio de interação e contribuição para melhor desempenho dos sistemas é o *email*: cgisi@saude.gov.br e nias.cgisi@saude.gov.br

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei N.º 8.080/1990 e Lei n.º 8142/1990.

O Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria.

A Portaria GM/MS n.º 396/2000 atribuiu a responsabilidade da gestão do SIH/SUS à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização deste Manual.

A Portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para Estados, Distrito Federal e Municípios plenos.

2. OBJETIVOS

Qualificar a informação em saúde a partir do registro das internações no âmbito do SUS.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cartão Nacional de Saúde/CNS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), compatibilizados no processamento do SIH/SUS.

Orientar quanto às regras e críticas do SIH/SUS implantados a cada competência.

Auxiliar o corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática que lidam com o registro da internação, operam o sistema e utilizam documentos.

Disponibilizar relatórios gerenciais para os gestores e prestadores.

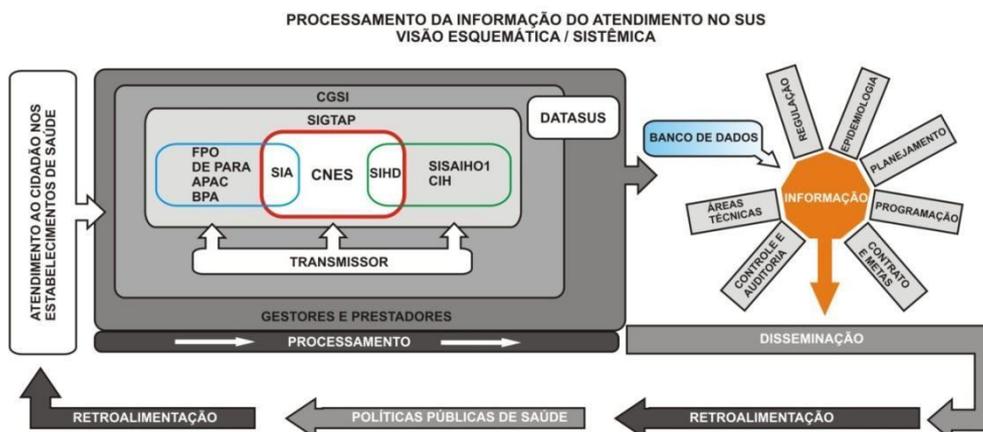
3. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

Nos procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta/atendimento na rede de saúde no âmbito do SUS (estabelecimento ambulatorial público ou contratado), onde o profissional assistente (médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra) emite, obrigatoriamente, o Laudo para Solicitação de AIH.

Nos procedimentos de urgência, o fluxo inicia-se com o atendimento no estabelecimento público ou contratado, onde o usuário se encontra, sendo este acesso realizado por demanda espontânea, encaminhamento por outro estabelecimento de saúde ou regulado.

4. INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO SUS

4.1 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS



4.2 .LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

O Laudo para Solicitação de AIH é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar.

Conforme Portaria nº 1.011, de 03 de outubro de 2014, o Laudo pode ser utilizado nas seguintes formas:

- I. Em suporte físico, na forma de formulários impressos e armazenados em papel; ou
- II. Em suporte digital, por meio de sistemas de informação que realizem a emissão e armazenamento das respectivas autorizações, bem como a transação das informações digitais entre os gestores e estabelecimentos de saúde.

Os laudos em suporte físico devem ser legíveis, sem abreviaturas e com a assinatura do profissional solicitante e autorizador com respectivo carimbo. Estes deverão ser impressos em via única, que deve ser anexada ao prontuário do paciente, não sendo mais necessário a manutenção de uma via destes nos órgãos autorizadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Nos laudos de solicitação/autorização ambulatorial e hospitalar em suporte digital, os autorizadores devem utilizar Certificação Digital, nos padrões da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP- Brasil), visando à validade legal destes documentos eletrônicos. Para os laudos em suporte digital, é dispensada a impressão deste em suporte físico, desde que seja possível a sua recuperação por meio de backup, se solicitado pelos órgãos de controle ou de fiscalização.

O Laudo para Solicitação de AIH deverá conter dados mínimos, conforme o modelo de informação disponibilizado no endereço eletrônico do SIH (<http://sihd.datasus.gov.br>)

A criação de formulários para o Laudo para Solicitação de AIH fica a cargo dos gestores estaduais e municipais, devendo respeitar os dados mínimos obrigatórios do modelo de informação, podendo também acrescentar opcionalmente outras informações a serem coletadas de relevância para a gestão local

4.3 AUTORIZAÇÃO DE AIH

O prazo decorrido entre a internação, solicitação da AIH e a autorização do gestor tanto para os casos eletivos como para casos de urgência, é uma decisão do gestor local. O sistema dá uma advertência para prazos acima de 72 horas, mas não bloqueia ou rejeita a AIH.

No estabelecimento público o autorizador pode ser o diretor clínico, a critério do gestor. Na rede complementar, o autorizador é vinculado ao gestor. O gestor deve definir as condições e o local para a autorização e emissão do número da AIH. A digitação dos dados da internação pode ser feita mesmo antes de ter o número da AIH e inserir quando for disponibilizado pelo gestor.

São profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de solicitação para internação hospitalar:

- a. Médicos;
- b. Cirurgiões-dentistas nos casos de autorizações de procedimentos odontológicos; e
- c. Enfermeiros obstetras, nos casos de autorizações de partos normais realizados por enfermeira

4.4 EMISSÃO DA AIH

Existem dois tipos de AIH: **Tipo 1: inicial e Tipo 5: continuidade.**

4.4.1 AIH TIPO 1 INICIAL

O Laudo de Solicitação de AIH preenchido é encaminhado ao autorizador o qual pode solicitar dados adicionais ou autorizar a internação de imediato. O responsável no Órgão Emissor fornece o número da AIH e identifica o autorizador. Caso o autorizador considere a internação desnecessária pode não autorizar ou liberar com um dos códigos abaixo:

03.01.06.001-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA PEDIÁTRICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica pediátrica.

03.01.06.007-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico para clínica cirúrgica.

03.01.06.008-8 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica médica.

4.4.2 AIH TIPO 5 CONTINUIDADE:

Trata-se de AIH para continuidade de tratamento em procedimentos que admitem longa permanência, como na psiquiatria, tratamento em tuberculose entre outros. A data de internação na AIH 5 permanece a mesma da AIH 1, mesmo que a internação se prolongue por meses (ou anos), representando uma única internação. Já a data da saída acontece sempre em competência diferente da competência da internação, havendo permanência ou não. No caso de permanência, a AIH 5 é "renovada" mensalmente.

4.4.3 NUMERAÇÃO DE AIH

No prontuário do paciente deve constar o número da AIH autorizada.

O **NÚMERO da AIH** pode ser gerado das seguintes formas:

1. A partir do **Módulo Autorizador**, aplicativo disponível no www.datasus.gov.br
2. Etiquetas autocolantes ou não com a numeração gerada por aplicativo próprio;
3. Impressa em papel comum e colada no laudo de AIH;
4. Manuscrito e controlado por protocolo, embora com maior possibilidade de erro;
5. Usar **Carimbo Datador Automático**,
6. A partir do **Sistema Nacional de Regulação (SISREG)**

A numeração da AIH constitui-se de 13 (treze) dígitos, incluído o dígito verificador, de acordo com a seguinte composição:

- 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 específicas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que iniciam com o número 99 para todo Brasil, sem divisão por UF.

- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 14 para 2014).
- O quinto dígito deverá ser o número:
 - 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral;
 - 3 (três) para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC;
 - 5 (cinco) para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), seja componente I, II ou III, definidos pela Portaria GM/MS nº 1.340, de 29 de junho de 2012 e legislação correlata.
- Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999;
- O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador, calculado pelo programa “DR SYSTEM”.

A duplicação de um número implica em rejeição com a crítica “AIH já utilizada em outro processamento”. No site <http://sihd.datasus.gov.br> em Remessas de AIH pode ser feita a consulta digitando o número da AIH e saber se o número foi utilizado em outra competência.

O arquivo gerado no SISAIH01 deve ser entregue ao gestor local a cada competência.

4.4.4 INSTRUMENTO DE REGISTRO

Os procedimentos relacionados aos pacientes em tratamento em regime de internação estão classificados com instrumentos de registro AIH principal, AIH especial e AIH secundário.

AIH PRINCIPAL: Refere-se ao motivo de internação. Trata-se do procedimento que gera a AIH, exige autorização e é lançado nos campos procedimentos solicitado, realizado. Com exceção dos procedimentos principais que tem valor zerado no SIGTAP, esses procedimentos devem ser lançados na 1ª linha do campo procedimentos realizados

AIH ESPECIAL: são procedimentos que não geram AIH, podem agregar valores ao procedimento principal e necessitam de autorização a critério do gestor. Lançados somente no campo “procedimentos realizados”. Esses procedimentos tem regras específicas para a apresentação que incluem quantidade máxima e compatibilidade com o procedimento principal.

AIH SECUNDÁRIO : não gera AIH. Não exige autorização, lançado apenas no campo “procedimentos realizados” para fins de registro de informação.

4.4.5 VALOR DA AIH

O atributo valores do procedimento principal está dividido em Serviços Hospitalares/SH e serviços profissionais/SP. Esses valores correspondem a:

SH: diárias, taxas de sala, materiais hospitalares, medicamentos, exames subsidiários e terapias, serviços profissionais (exceto médicos e cirurgiões dentistas)

SP: serviços profissionais médicos e cirurgiões dentistas

4.5. PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR

Profissional Solicitante – é o profissional que preencheu o laudo e justificou o tratamento ou a internação. Este profissional pode estar em qualquer estabelecimento prestador do SUS e sua solicitação será avaliada e autorizada por um Órgão Emissor da secretaria de saúde estadual ou municipal.

Profissional Autorizador- é o profissional de saúde de nível superior devidamente capacitado e conhecedor dos protocolos clínicos locais e nacionais que avalia a necessidade, a disponibilidade de vagas e a disponibilidade orçamentária para autorizar o tratamento ou a internação solicitada emitindo o número desta autorização. A autorização pode ser realizada através do Módulo

Autorizador, SISREG, CNRAC ou qualquer outro instrumento que o gestor utilize para regular o fluxo dos pacientes.

Profissional Executante – é o profissional que executa o procedimento no paciente devendo estar cadastrado no estabelecimento onde o paciente está sendo atendido.

AUTORIZADOR é diferente de AUDITOR.

Autorizador é o profissional responsável por analisar os laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela internação ou aquele procedimento. Esta tarefa é de competência do médico, cirurgião-dentista, nos procedimentos de buço maxilo e enfermeira obstetra em caso de parto normal realizado por enfermeira.

Auditor Há duas funções básicas ou cargos em que o auditor atua: como auditor médico e como auditor de gestão do SUS. O auditor médico é restrito ao médico, a quem cabe a análise técnica da assistência, mas não a avaliação da ação do profissional. O auditor de gestão do SUS é um profissional de nível superior que é capacitado para avaliar a gestão. Pode ser exercida por profissional de nível superior capacitado. O gestor pode designar os auditores e não é restrito a médicos.

Não é permitido que o profissional que solicita a internação atue como o autorizador da AIH da mesma internação, ou seja, o assistente não pode ser o autorizador da AIH. Não há impedimento legal para que um profissional autorizador atue na rede do SUS como assistente, desde que em estabelecimento onde não seja autorizador.

4.6 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

Diagnóstico Principal é a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela admissão do paciente no hospital.

Considerando que o CID principal refere-se ao procedimento principal realizado e o diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do paciente, ele pode ser diferente do diagnóstico de admissão.

Diagnóstico Secundário são todas as condições que coexistem no momento da admissão, que se desenvolvem durante o período de internamento ou que afetem a atenção recebida e/ou o tempo de permanência no hospital. Existem 8 (oito) campos na AIH para registros do diagnóstico secundário. Doenças pré existentes, que não têm qualquer influência sobre a atual internação, não devem ser registradas.

4.7 APRESENTAÇÃO DA AIH - SISAIH01/ SISTEMA DO PRESTADOR

A digitação da AIH é feita no SISAIH01 ou em sistemas próprios dos prestadores devendo, nestes casos, ser importada para validação no SISAIH01 e posterior envio ao SIHD. Alterações nas regras ou no sistema são disponibilizadas no <http://sihd.datasus.gov.br>. Para o SISAIH01 há uma versão obrigatória por competência.

4.7.1 VALIDADE DA AIH

A validade da AIH é de no máximo 03 competências anteriores à competência de apresentação, contada a partir da data da alta do paciente. AIH apresentada a partir do quarto mês da alta será rejeitada em definitivo. AIH apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade pode ser reapresentada até o 6º mês a contar do mês de alta do paciente.

5. MAIS DE UMA AIH PARA O MESMO PACIENTE NA MESMA INTERNAÇÃO

A emissão de nova AIH para o mesmo paciente é permitida nas condições abaixo com o motivo de apresentação 2 – PERMANÊNCIA.

Nos casos de emissão de nova AIH na mesma internação a data de saída da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de

Apresentação (ver item 6.3 deste Manual). Nestes casos, o sistema bloqueia a AIH por “duplicidade” (homônimo), para análise pelo gestor.

5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA

Realização de outra cirurgia em ato anestésico diferente durante a mesma internação, incluída também os casos de reoperação.

5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA

Uma internação originalmente para procedimento obstétrico que precisa de intervenção cirúrgica ou quando o segundo ato for realizado em tempo anestésico diferente. Também, pode ser emitida nova AIH para os casos de internação para intervenção cirúrgica em que for necessária uma intervenção obstétrica em outro tempo anestésico.

5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA

Na realização de parto e/ou intervenção obstétrica em paciente internada para tratamento clínico por motivo não relacionado à obstetrícia no momento da internação.

5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA

Quando houver duas intervenções obstétricas em tempos diferentes numa mesma internação. Exemplo: parto normal (prematuro ou não) e na mesma internação a paciente precisa de uma curetagem por retenção de restos de parto.

5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA

Nos casos de parto ou intervenção cirúrgica obstétrica depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela para o procedimento que gerou a internação e a paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato obstétrico.

5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA

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

5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA

Em casos clínicos onde durante a internação haja intercorrência cirúrgica não relacionada diretamente com a patologia clínica que gerou a internação.

5.8 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, AIDS E TUBERCULOSE.

Quando na internação o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia.

5.9 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE

A AIH emitida para intercorrências pós-transplante crítico tem validade de 30 (trinta) dias. Decorrido este prazo e havendo necessidade de permanência do paciente internado, a AIH deve ser encerrada e solicitada emissão de nova AIH. Com motivo de apresentação 2.1 – por características próprias da doença.

5.10 EM CLÍNICA MÉDICA

Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia até 03 dias da alta da primeira internação deve ser mantido o mesmo número da AIH. No caso de o paciente retornar por outro motivo, pode ser emitida nova AIH.

5.11 POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA

No caso do procedimento principal ser tratamento em Politraumatizado ou com Cirurgia Múltipla e forem realizados mais de 05 (cinco) procedimentos principais, deve ser emitida nova AIH com motivo de apresentação 5.1. ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO.

5.12 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH

No caso de retorno do paciente com menos de 03 dias da alta para o mesmo hospital para continuar tratamento da mesma patologia deve permanecer com a mesma AIH, mesmo que a internação seja feita por profissionais diferentes. Deve ser registrado na AIH o código de consulta de paciente internado para cada profissional que atender ao paciente.

6. ESPECIALIDADE DO LEITO/CARÁTER DE ATENDIMENTO/ MOTIVO DE APRESENTAÇÃO

6.1 ESPECIALIDADES DO LEITO

Os leitos existentes e disponibilizados para o SUS devem estar cadastrados no CNES, desmembrados por tipo, conforme tipologia especificada no CNES.

6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO

CARÁTER DE ATENDIMENTO	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

Internação eletiva (caráter 01) é aquela necessária para tratamento do paciente que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está em risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em uma data marcada com antecedência, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

6.3 TABELA AUXILIAR DE MOTIVO DE APRESENTAÇÃO

Para registro da saída do paciente ou para emissão de uma nova AIH numa mesma internação, deve observar a tabela abaixo:

TABELA AUXILIAR DE MOTIVO DE APRESENTAÇÃO

POR ALTA: 1

1.1	Alta curado
1.2	Alta melhorado
1.4	Alta a pedido
1.5	Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente
1.6	Alta por evasão
1.8	Alta por outros motivos
1.9	Alta em paciente agudo em psiquiatria

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
3.2	Transferido para internação domiciliar
POR ÓBITO: 4	
4.1	Com declaração de óbito fornecida pelo medico 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
POR PROCEDIMENTO DE PARTO: 6	
6.1	Alta da mãe/ puérpera e do recém-nascido
6.2	Alta da mãe/ puérpera e permanência do recém-nascido
6.3	Alta da mãe/ puérpera e óbito do recém-nascido
6.4	Alta da mãe/ puérpera com óbito fetal
6.5	Óbito da gestante e do concepto
6.6	Óbito da mãe/ puérpera e alta do recém-nascido
6.7	Óbito da mãe/ puérpera e permanência do recém-nascido

A Portaria SAS/MS n.º 384/2010 incluiu os motivos de apresentação que se referem exclusivamente a alta de AIH de parto (iniciado por 6). Quando houver internação do RN, na AIH da mãe deve ser informado no campo AIH posterior do SISAIO1 o número da AIH do recém-nascido. Na do recém-nascido deve ser informado no campo AIH anterior, o número da AIH da mãe.

Estes motivos de apresentação são informados conforme o caso:

- Quando da alta concomitante da mãe e do(s) recém-nascido(s).
- Quando da alta da mãe e permanência do o recém-nascido. No caso de gemelaridade, ou seja, mais de um recém-nascido deve ser observado o motivo de alta quando pelo menos um dos recém-nascidos permanecer internado após a alta da mãe.
 - Quando na alta da mãe e houve óbito do recém-nascido. No caso de gemelaridade, quando pelo menos 01 dos recém-nascidos for a óbito.
 - Quando da alta da mãe em cujo parto houver natimorto (nascido morto). O óbito pode ter sido intra útero (a partir da 22ª semana de gestação ou caso se desconheça a idade gestacional com peso a partir de 500 gramas) ou durante o parto.
- Deve ser considerado alta da mãe, quando houver alta por permanência, conforme condições descritas no item 5 deste manual ou por transferência.

O motivo 5.1 deve ter uso restrito, para garantir a qualidade da informação.

O sistema paga o último dia de internação quando o motivo de apresentação for: permanência, óbito ou transferência.

7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é de uso obrigatório para especificar o profissional habilitado para realizar determinado procedimento.

Desde a implantação do CNES em 2003, os sistemas de informação do atendimento adotaram a CBO para a ocupação dos profissionais. A tabela de CBO é nacional e está sob a gestão do Ministério do Trabalho e Emprego. Contribui para a qualidade da informação, possibilitando estudos e levantamentos, planejamento e avaliação de políticas públicas.

A informação do CBO no CNES deve observar do que o profissional “se ocupa” naquele estabelecimento de saúde.

O CBO não é sinônimo de especialidade ou especialização. Para os procedimentos de alta complexidade é necessário que o médico seja especialista e há crítica de rejeição no SIH/SUS caso o CBO informado na produção seja diferente do que está definido no SIGTAP e o médico deve ter em seu cadastro no CNES, o mesmo CBO exigido no SIGTAP para aprovar a produção.

No entanto, para os procedimentos de média complexidade o CBO definido no SIGTAP é o recomendável, mas não há crítica de rejeição, sendo aceito qualquer CBO de médico ou Cirurgiões dentistas, quanto aos procedimentos da sua área de formação. Este atributo está definido no SIGTAP como CATEGORIA CBO. Estes profissionais estão legitimados pelos respectivos Conselhos de Classe (CFM e CFO) a realizarem qualquer procedimento nas áreas de formação que se julguem capazes.

7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES

Em municípios que dispõem de apenas um médico e que este profissional desempenha várias ocupações tais como: clínico, pediatra, obstetra, cirurgião geral e anestesista é possível ter no CNES todos os CBO correspondentes a estas ocupações.

Com relação ao CBO de anestesista, a Portaria SAS/MS n.º 98, de 26 de março de 1999, Artigo 2º, autoriza o registro de médicos na seguinte forma: “Fica autorizado o cadastramento para a realização de atos anestésicos médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, mesmo que não possuam titulação de especialista em anestesiologia, naqueles municípios em que não existem profissionais titulados ou cujo número ou disponibilidade para assistência não seja suficiente ao pleno atendimento aos pacientes do SUS.”

No SIGTAP, o CBO de anestesista será compatível apenas com os procedimentos de anestesia (geral, regional, sedação e obstétrica). No SISAH01 e no SIHD/SUS os procedimentos cirúrgicos que incluem anestesia exigem preenchimento dos dados complementares da equipe médica. Ao abrir a janela para preenchimento da equipe cirúrgica, o sistema 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 CNS para o médico que exerceu a função/ocupação de anestesista e que também foi o cirurgião ou ainda o CNS de um dos auxiliares. O CNS do cirurgião não pode se repetir para registro como auxiliar, pois isto é impossível. O CBO dos auxiliares pode ser qualquer um da família 2231, 2251, 2252 e 2253 (médico) ou 223268 (cirurgião buco maxilo).

Desde junho de 2012 o SISAH01 adotou o número do Cartão Nacional de Saúde para o profissional solicitante, autorizado e executante. No caso do autônomo, em que é necessário o CPF para gerar os relatórios com os valores apurados para pagamento, o sistema faz um “de para” interno.

Os médicos residentes devem ser cadastrados com o CBO 2231F9 - Programa de Residência Médica.

8. 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, complexidade ou intercorrência que implique na necessidade de mudança de procedimento.

Nestes casos, o procedimento solicitado e autorizado precisa ser modificado, então deve ser preenchido o Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento. É necessário autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico nos estabelecimentos públicos e, do gestor na rede complementar.

O modelo de Laudo Para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento está disponível no sítio: <http://sihd.datasus.gov.br>, mas o gestor tem autonomia para usar outro qualquer, desde que contemple os dados para o SISAIH01.

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.

Há rejeição da AIH, quando a mudança for de um procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia de Lesões Labiopalatais, Tratamento da AIDS, Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e em Psiquiatria, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células e procedimentos seqüenciais em Oncologia, Ortopedia e 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 a mudança de procedimento ou se é pertinente a alta por permanência – Motivo de apresentação 2 e a emissão de nova AIH.

A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações:

8.1 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CLÍNICA MÉDICA

Paciente internado para realização de um procedimento, no decorrer da internação desenvolve quadro clínico compatível com outro procedimento, sendo este último de valor maior. Pode ser solicitada mudança de procedimento para o de maior valor. Ex: De 03.03.14.015-1 Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe) Para 03.03.01.003-7 - Tratamento de Outras Doenças Bacterianas

8.2 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA

Deve ser solicitada a mudança de procedimento e especialidade de clínica para cirúrgica no caso do paciente internado com determinado quadro clínico e durante a internação precisar ser submetido a uma cirurgia para solucionar o quadro clínico inicial, pois, caso contrário, trata-se de emissão nova AIH.

8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA

No caso do paciente internado para procedimento cirúrgico e é detectado que a paciente apresenta quadro clínico que impede a ele ser submetido de imediato ao ato cirúrgico. Deve ser solicitada mudança para clínica médica.

8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA

Nos casos em que uma cirurgia de maior porte seja necessária durante o ato operatório, no mesmo ato anestésico. No caso de realização de uma segunda cirurgia durante o período de internação (noutro ato anestésico), deve-se abrir uma nova AIH. Não cabe mudança de procedimento na mesma AIH neste caso.

8.5 PROCEDIMENTO PRINCIPAL COM QUANTIDADE MAIOR QUE 1 NUMA MESMA AIH

A Portaria SAS nº 1.151, de 15 de outubro de 2013 alterou a forma de registro na AIH dos procedimentos principais da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, do grupo 04 - Procedimentos cirúrgicos e que apresentem no atributo “quantidade máxima” valor maior que 01 (um). Neste caso, o registro deverá ser feito em uma única linha com a respectiva quantidade realizada (valor máximo definido em quantidade máxima do SIGTAP).

O procedimento principal terá os valores dos componentes Serviço Hospitalar (SH) e Serviço Profissional (SP) remunerados integralmente de acordo com a sua quantidade registrada.

Os procedimentos Tratamento com Cirurgias Múltiplas, Politraumatizados Sequenciais e AIDS que tem valores zerados no SIGTAP são pagos conforme as regras específicas que estão descritas nos itens correspondentes deste manual.

9. TRATAMENTO DE POLITRAUMATIZADO

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 421/2007, 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 pôr em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões.

Sob a denominação de Tratamento em politraumatizado estão as internações de pacientes vítimas de causas externas. Deve ser registrado na AIH o código 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado, no campo *Procedimento Solicitado* e no *Procedimento Realizado*. Este procedimento tem o valor zero no SIGTAP, informando na tela "*Procedimentos Realizados*", os códigos das cirurgias realizadas para o tratamento das lesões sofridas pelo paciente.

Para as AIH cujo procedimento principal seja 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado, é obrigatório o registro de pelo menos dois procedimentos principais diferentes.

O procedimento 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado permite o lançamento dos procedimentos clínicos 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.

No SISAIH01 devem ser digitados em ordem decrescente de complexidade e valores do SH os *Procedimentos Realizados*.

É permitido o registro de até 05 procedimentos na mesma AIH. A ordem de digitação dos procedimentos realizados obedece à seguinte seqüência: Procedimento principal realizado de maior complexidade e nas linhas abaixo os procedimentos especiais e OPM compatíveis com o procedimento principal. A seguir, deve ser digitado o segundo procedimento principal realizado, e na linha imediatamente abaixo as OPM compatíveis e assim por diante, até o quinto procedimento.

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

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 apresentação da primeira AIH será o 2.7 – por reoperação.

Quando, no mesmo ato anestésico forem realizados mais de 05 procedimentos cirúrgicos em politraumatizado, deve ser encerrada a primeira AIH com motivo de alta 5.1 – Encerramento administrativo. A partir do sexto procedimento deve abrir nova AIH, preenchendo na mesma lógica para procedimentos principais e OPM.

1º Exemplo: Realizada redução cirúrgica de fratura de úmero e de cúbito direito e cúbito esquerdo. Emitir laudo para solicitação/AIH com código 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado nos campos *Procedimento Realizado* e *Procedimento Principal* e, na tela *Procedimentos Realizados*.

1ª linha – Procedimento: 04.08.02.039-3 – tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do úmero.

Nas linhas seguintes registrar as OPM deste primeiro procedimento.

O segundo procedimento, 04.08.02.043-1 – Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária única do Radio/ da Ulna deve ser registrado na linha abaixo da última OPM do primeiro procedimento com a quantidade 02 (direito e esquerdo) e, a seguir, nas linhas subsequentes, as OPM relativas ao segundo procedimento principal. No caso de algum dos procedimentos principais realizados ser de Alta Complexidade, quando registrado na primeira linha, a AIH "assume" a complexidade do primeiro procedimento informado para AIH com procedimento com valor zerado (Politraumatizados, Cirurgias Múltiplas, Procedimentos Sequenciais). Procedimentos especiais e secundários que não exigem a compatibilidade devem ser informados ao final.

2º Exemplo: Realizado os procedimentos: esplenectomia, colostomia, ambas sem utilização de OPM, redução cirúrgica de fratura de úmero com OPM, e amputação de dedo da mão D.

Emitir laudo com o procedimento solicitado e realizado 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado. Na tela “*Procedimentos Realizados*”: registrar 04.07.02.010-1 – Colostomia, 04.07.03.012-3 – Esplenectomia, 04.08.02.039-3 – Tratamento Cirúrgico de Fratura de Diáfise do Úmero e as OPM utilizadas. Após o registro de todas as OPM compatíveis utilizadas, coloca na linha abaixo o próximo procedimento principal realizado., no exemplo, 04.08.06.004-2 - Amputação/Desarticulação de Dedo

3º Exemplo: Realizadas reduções cirúrgicas de fratura de rádio e fêmur, mais esplenectomia e colostomia. Emitir Laudo de AIH com código 04.15.03.001-3 – Tratamento em Politraumatizado. Na AIH, deve ser registrado na tela “*Procedimentos Realizados*”: 04.07.02.010-1 – Colostomia, 04.08.05.051-9 – Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise do Fêmur - OPM compatíveis, 04.07.03.012-3 – Esplenectomia, 04.08.02.043-1 – Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária única do Rádio/ da Ulna e na linha abaixo devem ser incluídas as OPM compatíveis utilizadas. O total de linhas no SISAIH01 para inclusão de procedimentos é de 250.

Para os procedimentos que sejam realizados em órgãos pares ou múltiplos, com atributo quantidade maior que 01 (um) deve ser informado no SISAIH01 o procedimento com quantidade 02 (dois) ou maior, conforme PT 1.151/2013.

4º 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 03 procedimentos: esplenectomia, colostomia e toracotomia com drenagem fechada. Preencher AIH com 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado. No SISAIH01, registrar na tela *Procedimentos Realizados*: 04.07.02.010-1 – Colostomia, 04.07.03.012-3 – Esplenectomia, 04.12.04.016-6 - Toracotomia com Drenagem Pleural Fechada.

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, conforme tabela abaixo:

1º	2º	3º	4º	5º
PROCEDIMENT	PROCEDIMENT	PROCEDIMENT	PROCEDIMENT	PROCEDIMENT
O	O	O	O	O
100%	100%	75%	75%	50%

O componente “Serviços Profissionais” (SP) é calculado com 100% do valor do SIGTAP para todos os procedimentos e rateado entre todos os médicos que atuaram na AIH.

No registro das equipes cirúrgicas o sistema aceitará um único anestesista, considerando que as cirurgias foram realizadas no mesmo ato cirúrgico.

Para as AIH de politraumatizado cujos procedimentos principais registrados nas linhas da tela de procedimentos realizados tenham quantidade maior que um, terão remuneração de acordo com o percentual correspondente na ordem e com a quantidade registrada.

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, devido a diferentes doenças, executados através de uma única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico (Portaria nº. 421 de 23 de julho de 2007).

Na AIH com o 04.15.01.001-2 – Tratamento com Cirurgias Múltiplas como procedimento solicitado e realizado são aceitos até 05 (cinco) procedimentos principais, no máximo. sendo obrigatório o registro de pelo menos dois procedimentos principais diferentes.

Quando, no mesmo ato anestésico forem realizados mais de 05 procedimentos cirúrgicos, deve ser encerrada a primeira AIH com motivo de alta 5.1 – Encerramento administrativo. A partir do sexto procedimento deve abrir nova AIH.

Quanto à complexidade, a AIH “assume” a complexidade do primeiro procedimento informado. Se o primeiro procedimento informado for financiado pelo FAEC, toda a AIH será financiada pelo FAEC.

Quando ocorrerem novas cirurgias na mesma internação, com atos anestésicos diferentes, inclusive reoperação, deve ser solicitar nova AIH com o motivo de apresentação 2.7 – por reoperação.

Cirurgia bilateral não é considerada cirurgia múltipla quando no nome ou na descrição do procedimento houver a palavra “bilateral”. EXEMPLO: 04.09.06.021-6 - Ooforectomia/Ooforesplastia (na descrição explícita uni ou bilateral).

Exemplo: Colectomia mais Hernioplastia Inguinal unilateral. O procedimento principal solicitado e realizado é o 04.15.01.001-2 – Tratamento com Cirurgias Múltiplas e a colectomia e hernioplastia inguinal unilateral devem ser digitados na tela Procedimentos Realizados.

O componente SH é remunerado no percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados, conforme tabela abaixo:

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

O (SP) recebe remuneração de 100% do valor em todos os procedimentos.

No registro das equipes cirúrgicas o sistema aceitará um único anestésico, considerando que as cirurgias foram realizadas no mesmo ato cirúrgico.

As AIH cujos procedimentos principais registrados nas linhas da tela de procedimentos realizados tenham quantidade maior que um, terão remuneração de acordo com o percentual correspondente na ordem e com a quantidade registradas.

O Ministério da Saúde recomenda a autorização como Tratamento com Cirurgias Múltiplas os procedimentos 04.10.01.005-7 - Mastectomia Radical com Linfadenectomia e 04.10.01.009-0 - Plástica Mamaria Reconstructiva Pós-Mastectomia com Implante de Prótese, quando realizados no mesmo ato anestésico.

10.1 LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Laparotomia exploradora é uma cirurgia que consiste na abertura do abdome com finalidade de explorar a cavidade abdominal e os órgãos nela contidos para possível identificação/exame/tratamento de um ou mais problemas que podem ter ocorrido no interior do abdome e que apesar da realização de exames físicos e complementares, não foi possível esclarecer o diagnóstico do paciente. Nestes casos é preciso "explorar" diretamente. O paciente é submetido à anestesia geral, o cirurgião faz uma incisão no abdome, examina os órgãos abdominais podendo ser necessário retirar amostras de tecidos para biópsia ou tratadas áreas afetadas. Pode também não ser detectado nada que justifique os sintomas do paciente e seguir-se apenas a sutura da parede abdominal, concluindo assim o procedimento cirúrgico.

Cirurgia branca é quando na laparotomia exploradora nenhuma alteração é identificada pelo cirurgião, cabendo, nesses casos lançar como procedimento principal solicitado e realizado o código 04.07.04.016-1 LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

No caso de abdômen agudo sendo realizada a laparotomia exploradora e identificada a necessidade de realizar outro procedimento principal, como exemplo, uma hemicolectomia e/ou drenagem de abscesso subfêrnico, a AIH não pode ter como procedimento principal realizado a laparotomia exploradora e nem a cirurgia múltipla, pois não se trata de patologias distintas, cabendo lançar o procedimento realizado após a abertura da cavidade.

10.2 TRAQUEOSTOMIA

Procedimento que consiste em realizar a abertura da traquéia com o meio externo e colocação de órtese. Esse procedimento terá o registro AIH - proc. especial - quando a internação ocorrer com um procedimento principal diverso, e terá o instrumento de registro AIH - proc. Principal - quando necessitar de internação para se realizar somente este procedimento.

04.01.037-7 – TRAQUEOSTOMIA , Procedimento Principal, com atributo média de permanência 02 dias. Deve ser lançado quando for o motivo da internação.

04.12.01.012-7 - TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA, Procedimento Especial, portanto, deve ser lançado quando realizado em pacientes internados por outro procedimento principal e que precisam ser submetidos a traqueostomia. Indicada, principalmente, no caso de pacientes em IOT prolongada.

11. PACIENTES COM LESÃO LABIOPALATAL E CRANIOFACIAL

Os procedimentos em pacientes com lesões labiopalatais e craniofaciais exigem habilitação no CNES 04.01 - Alta Complexidade de Má formação/Labiopalatal – Centro de Tratamento em Malformação Labiopalatal.

A Portaria SAS/MS n.º 718/10 alterou os procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal.

Foi incluído o 04.15.02.004-2 - Procedimento Sequencial em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial com a descrição: são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devido à mesma doença, executados por meio de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico.

As regras para registro deste procedimento são as mesmas dos demais procedimentos principais com valor zero como Tratamento com Cirurgias Múltiplas, Tratamento em Politraumatizados, Outros Procedimentos Sequenciais, Procedimentos Sequenciais em Oncologia, Neurocirurgia ou em Ortopedia. A AIH assume a complexidade do primeiro procedimento principal informado no SISAIH01:

Para este procedimento 04.15.02.004-2 podem ser registrados no máximo três procedimentos principais na AIH. Nestes o Serviço Hospitalar é remunerado em percentual decrescente de valores na ordem que forem registrados e de acordo com a tabela abaixo. O (SP) remunera 100% em todos os procedimentos registrados.

<i>Procedimento</i>	1º	2º	3º
Percentual	100%	75%	50%

12. TRATAMENTO DE AIDS

Incluídos pela Portaria SAS/MS n.º 291/1992 os procedimentos para tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) exigem habilitação específica no CNES. 11.01 – Serviço hospitalar para tratamento em AIDS.

São os procedimentos do Grupo 03, Subgrupo 03, Forma de Organização 18.

12.1 NA MODALIDADE HOSPITALAR

Na internação de pacientes com AIDS em que houver tratamento de mais de uma afecção associada ao HIV/AIDS deve ser registrado na AIH o procedimento 03.03.18.001-3 no campo Procedimento Solicitado e Procedimento Principal Realizado do SISAIH01 e os procedimentos principais realizados devem ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valor com no máximo 04 procedimentos. No caso de tratamento de uma única afecção a AIH deve ter o procedimento principal solicitado e realizado relacionado a essa afecção.

03.03.18.003-0 - TRATAMENTO DE AFECÇÕES DO APARELHO DIGESTIVO EM HIV/AIDS

03.03.18.004-8 - TRATAMENTO DE AFECÇÕES DO SISTEMA NERVOSO EM HIV/AIDS

03.03.18.005-6 - TRATAMENTO DE AFECÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM HIV/AIDS

03.03.18.006-4 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DISSEMINADAS EM AIDS

No tratamento da AIDS o componente SH é remunerado em percentual decrescente de complexidade e valor conforme tabela:

1º PROCEDIMENTO	2º PROCEDIMENTO	3º PROCEDIMENTO	4º PROCEDIMENTO
100%	100%	75%	75%

O SP é remunerado em 100% em todos os procedimentos registrados.

12.2 EM HOSPITAL DIA

O tratamento da AIDS em hospital-dia inclui programas de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, evitando a internação (Portaria SAS/MS n.º 130/94).

O procedimento 03.03.18.007-2 - Tratamento de HIV/AIDS exige a habilitação 12.03 - Hospital Dia – AIDS. Não é permitido registro de permanência a maior nos procedimentos em regime de Hospital Dia em AIDS. As diárias são pagas até 05 dias úteis da semana, no máximo 31 dias corridos, não permitindo AIH 5.

12.3 LIPODISTROFIA

A Portaria GM/MS n.º 2.582/2004 incluiu os procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes de HIV/AIDS e usuários de antirretrovirais com lipodistrofia. Estes procedimentos exigem habilitação conforme Portaria SAS/MS n.º 118/2005. São critérios de indicação para a cirurgia: paciente com diagnóstico de HIV/AIDS e lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral (ARV), paciente submetido à terapia antirretroviral por pelo menos 12 meses, paciente que não responde ou não pode ser submetido à mudança da terapia ARV, paciente clinicamente estável (sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses).

Os resultados clínico-laboratoriais devem atender:

- a. CD4 > 350 cels/mm³ (exceto para lipoatrofia facial)
- b. Carga Viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos 06 meses (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 contraindicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/AIDS nas condições:

- Qualquer condição clínica ou comorbidade descompensada nos últimos seis meses que confira aumento de risco.
- Qualquer tratamento concomitante com anticoagulantes, imunomoduladores, imunossupressores e/ou quimioterápicos.

13. REGISTRO DE DIÁRIAS

Diária é a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A hora início/fim do período considerada para contagem pelo SIH é a meia noite. O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação, ou no caso de transferência para outro serviço, Óbito do paciente ou permanência.

13.1 DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE

Para cada paciente é permitido apenas um acompanhante. Todo paciente tem direito a acompanhante. Não existe crítica para os procedimentos de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência ou dos procedimentos remunerados em hospital dia. Essas diárias são remuneradas e devem ser registradas nos Procedimentos Realizados do Sisaih01.

O gestor do hospital deve criar mecanismos de controle de acompanhantes. O valor inclui acomodação e alimentação, independente do custo real destas despesas para o hospital.

O Sisaih01 crítica a quantidade de diárias de acompanhante até, no máximo, os dias de permanência do paciente e não exige liberação.

No SIGTAP existem os procedimentos: 08.02.01.004-0 - Diária de Acompanhante de Idosos com pernoite e 08.02.01.005-9 – Diária de Acompanhante de Idoso sem Pernoite. Os idosos têm direito

a acompanhante independente do procedimento ao qual ele está sendo submetido, (exceto o período em que o paciente está na UTI).

A Portaria GM/MS n.º 2.418/2005, em conformidade com o Art. 1º da Lei n.º 1.108/2005, regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em todos os hospitais do SUS. Os procedimentos são: 03.10.01.003-9, 04.11.01.003-4, 03.10.01.004-7, 04.11.01.002-6 e 04.11.01.004-2.

13.2 DIÁRIA DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI)

Se durante a internação hospitalar o paciente for submetido à UTI, deve ser preenchido o Laudo para Autorização de Mudança de Procedimento e de Procedimentos Especiais, com autorização do Diretor Geral ou Clínico do hospital.

As UTI, 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).

Não é permitida a cobrança de diária de UTI, para o procedimento 05.06.02.004-5 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos / células-tronco hematopoéticas.

No valor das Diárias de UTI está incluída a utilização de toda a aparelhagem própria para terapia intensiva, equipes técnicas e monitorização do paciente nas 24 horas.

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 26 de janeiro a 05 de fevereiro. Deverá ser repetido o código da diária de UTI para competência janeiro (06 diárias) e fevereiro (04 diárias).

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 06 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 média de permanência e permanência a maior. Se o paciente internou na UTI 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.

Unidade Intermediária ou Semi-intensiva não é considerada UTI.

O sistema não faz o cálculo de diárias de UTI utilizadas considerando a competência de AIH e sim pela quantidade de dias de internação do paciente na UTI na competência informada na AIH. Se um paciente ficou internado de 20/08 a 15/09, o sistema irá calcular as diárias, ou seja, 12 na competência agosto e 14 ou 15 em setembro, dependendo do motivo de saída da UTI, se para a enfermaria ou se óbito ou transferência externa.

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

Cada leito de UTI gera a quantidade de diárias igual à quantidade de dias daquele mês. Por exemplo: um mês com 31 dias, cada leito de UTI gera também 31 diárias, independente de quantos pacientes ocuparam e por quantos dias cada paciente utilizou este leito de UTI.

Quando um paciente entra na UTI e vem a óbito no mesmo dia da entrada, esta diária poderá ser informada 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.

Não há limite máximo de diárias numa mesma AIH. No entanto, a qualquer tempo pode ser encerrada a AIH possibilitando ao hospital receber naquela competência as diárias de UTI já utilizadas em comum acordo com o gestor. O paciente permanecendo na UTI será emitida nova AIH e começado a contagem das diárias da AIH a partir do dia de abertura da AIH até a saída do paciente da UTI para a enfermaria, óbito ou transferência.

Esta apresentação da AIH 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.

13.3. DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL (UCI)

A Portaria SAS/MS nº 930, de 10 de maio de 2012 define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no SUS. Esta portaria revoga a Portaria GM/MS n.º 1.091/1999.

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

Uma Unidade Neonatal deve articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.

As Unidades Neonatal são divididas em:

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Para novos estabelecimentos de saúde com maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico área física de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem na UTIN ou UCIN, de forma a garantir o direito de acompanhante para o recém-nascido em tempo integral.

Tanto novas Unidades Neonatal, bem como as existentes que se adequem aos requisitos desta portaria devem ser habilitadas pelo Ministério da Saúde.

As UCINCo (conhecidas como Unidade Semi-Intensiva) são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições:

I - recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares;

II - recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO₂) elevada (FiO₂ > 30%);

III - recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso;

IV - recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venoclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;

V - recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão?

VI - recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e

VII - recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

Será publicada portaria específica com a adequação de procedimentos às exigências da Portaria nº 930/12, permanecendo até o momento o 08.02.01.006-7 - Diária de Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia.

As diárias de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal devem ser registradas, na tela *Procedimentos Realizados* do SISAIH01, podendo ser registrada com a diária de UTI Neonatal na mesma AIH quando utilizada e habilitada.

13.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA (UCO)

Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com

síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

Na Tabela de Leitos Complementares do SCNES foi incluído o tipo de leito (UCO) que será financiado de forma diferenciada dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva. Foi incluído na tabela de habilitações do SCNES o código 26.08 - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

A UCO deverá ser habilitada como Leito de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo II ou tipo III, de acordo com os critérios de habilitação de Unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou tipo III dispostos na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.

0802010210 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA – UCO TIPO II

0802010229 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA – UCO TIPO III

CÁLCULO DO INCENTIVO PARA LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA – UCO

Estabelecido pela Portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011

I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos de UCO X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90% de taxa de ocupação).

II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos de UCO X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os leitos de UCO deverão preencher as condições previstas em portarias específicas para habilitação como UTI tipo II ou III, e faturar as diárias no SIH- SUS.

14. DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

A Diária de 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 o atributo média de permanência do procedimento principal que determinou a internação.

A Diária de Permanência Maior pode ser registrada nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassar o dobro da média de permanência prevista na tabela de procedimentos.

Neste caso a quantidade de diárias será o quantitativo de dias que o paciente permaneceu internado além do dobro dos dias previstos na tabela para o procedimento principal que gerou a AIH.

Para calcular utilize a fórmula:

$PM = Di - (mp \times 2) - DiUTI$, onde PM é Permanência a maior, Di é dias de internação, mp é média de permanência do SIGTAP para o procedimento principal da AIH e DiUTI é diárias de UTI

O registro no SISAIH01 deve ser feito na tela *Procedimentos Realizados* informando o número de dias que o paciente permaneceu além do dobro dos dias previstos para a Média de Permanência do procedimento principal. Deve ser contado a partir do primeiro dia de permanência após o dobro da média, excluídas as diárias de UTI, que tem código próprio.

A permanência a maior é atributo de cada procedimento principal. No SIGTAP existem procedimentos que não permitem esta permanência. (08.02.01.019-9), havendo rejeição da AIH nos casos de lançamento de diária de permanência a maior em procedimentos que não permitem.

Nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS, Procedimentos Sequenciais e Cirurgia Plástica Corretiva pós Gastroplastia, deve-se utilizar como parâmetro a média de permanência do procedimento principal que tem mais dias no atributo média de permanência no SIGTAP, entre os registrados na AIH.

Por exemplo, para um paciente que passou 41 dias internados. Realizou 3 procedimentos principais com Cirurgia Múltipla – e a maior média de permanência prevista no SIGTAP entre estes 3 procedimentos é de 5 dias. Então a permanência a maior só poderá ser registrada a partir 11º dia de internação. A permanência a maior registrada é a diferença entre os dias de real permanência do paciente internado (41), menos o dobro da maior permanência prevista (10), o que daria 31 dias de permanência a maior. (41-10= 31). Neste exemplo não tem diária de UTI. No caso haver é necessário subtrair do total da permanência a maior as diárias de UTI registradas.

O Diretor Geral, Clínico, Técnico ou o Gestor deve autorizar a permanência a maior no Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Especiais e/ou Mudança de Procedimento.

15. CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO

É a visita de evolução diária do médico ou cirurgião dentista assistentes ou de especialista para emitir parecer (interconsulta). É realizada junto ao leito. Procedimento 03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO. Nos casos de emissão de parecer, deve-se registrar uma consulta para cada parecer, conforme o CBO do médico que prestou o atendimento. Colocar também o número do CNS do profissional para identificar a ação e possibilitar o rateio de pontos. O CPF foi substituído pelo número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional desde 2008.

Caso o paciente fique internado em período que abrange mais de uma competência os procedimentos especiais e secundários devem ser repetidos tantas vezes quantas tenham sido as competências em que as consultas/procedimentos foram realizadas.

Exemplo: 03.01.01.017-0 - Consulta/avaliação em paciente internado - quant. 20 na competência 03/2012

03.01.01.017-0 - Consulta/avaliação em paciente internado - quant. 25 na competência 04/2012.

Para os demais profissionais de nível superior que realizarem consulta ao paciente internado deve ser registrado o procedimento 03.01.01.004-8 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto medico).

16. QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH

Se o procedimento exige média de permanência, ou seja, não é por dia, a quantidade a ser registrada no SISAIO1 será 01. No entanto, se forem órgãos pares ou múltiplos (dedos), é limitada a quantidade somada sendo que a "quantidade máxima" do procedimento no SIGTAP é o limite máximo. É possível solicitar liberação de crítica pelo gestor para os procedimentos especiais que permitem liberação de quantidade.

A Portaria Nº 1.151, DE 15 DE OUTUBRO DE 2013 modificou a regra de lançamento de procedimentos principais que tem quantidade maior que 1 e por conseguinte, os procedimentos especiais compatíveis com eles.

"Art. 1º Fica alterada a forma de registro na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos procedimentos principais da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, do Grupo 04 - Procedimentos Cirúrgicos e que apresentem no atributo "quantidade máxima" valor maior que um.

Parágrafo único. O registro na AIH do procedimento principal deverá ser feito em uma única linha com a respectiva quantidade realizada"

Exemplo:

AIH com procedimento principal 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

1º procedimento principal realizado:

04.08.02.002-4 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES - quantidade 02 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A) Equipe 2 (1º cirurgião C + 2º cirurgião D + anestesista A) - este procedimento irá gerar 06 linhas no sistema mas todas correspondem ao 1º procedimento realizado com quantidade 02

2º procedimento principal realizado:

04.08.04.020-3 - REDUCAO INCRUENTA DISJUNCAO / LUXACAO / FRATURA / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO ANEL PELVICO - quantidade 01 - Equipe (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A)

3º procedimento principal realizado:

04.08.05.024-1 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO - - quantidade 02 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A) Equipe 2 (1º cirurgião C + 2º cirurgião D + anestesista A)

Valoração: 100% do SH nos dois procedimentos 04.08.02.002-4 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES - 100% do SH no procedimento 04.08.04.020-3 - REDUCAO INCRUENTA DISJUNCAO / LUXACAO / FRATURA / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO ANEL PELVICO e 75% do SH nos dois procedimentos 04.08.05.024-1 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO

Nota: Neste exemplo foram informadas duas equipes cirúrgicas para os procedimentos com quantidade 02, mas poderiam ser realizados por uma única equipe.

O que não poderia ser feito:

AIH com procedimento principal 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

1º procedimento principal realizado:

04.08.02.002-4 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES - quantidade 01 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A)

2º procedimento principal realizado:

04.08.02.002-4 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES - quantidade 01 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A)

3º procedimento principal realizado:

04.08.04.020-3 -REDUCAO INCRUENTA DISJUNCAO / LUXACAO / FRATURA / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO ANEL PELVICO - quantidade 01 - Equipe (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A)

4º procedimento principal realizado:

04.08.05.024-1 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO - - quantidade 02 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista A) Equipe 2 (1º cirurgião C + 2º cirurgião D + anestesista A)

Nota: A rejeição seria porque o procedimento 04.08.02.002-4 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES foi registrado 02 vezes com a quantidade 01 para cada um quando deveria ter sido registrado 01 vez com a quantidade 02.

16.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM POR PROCEDIMENTO E COMPATIBILIDADES

Cada procedimento no SIGTAP tem o atributo *quantidade* máxima.

As Órteses, Prótese e Matérias Especiais (OPM), do Grupo 07, Subgrupo 02 são as relacionadas ao ato cirúrgico. Elas têm compatibilidades definidas para procedimentos principais ou cirurgias. A quantidade varia de acordo com o procedimento principal realizado. Por exemplo, um determinado parafuso pode ter a quantidade 02, em um determinado procedimento e 03 noutro, e ainda, 06 num terceiro. Este parafuso tem no SIGTAP a quantidade máxima de 06.

Na AIH só é aprovada a quantidade que consta no Relatório de Compatibilidades do SIGTAP.

Exemplo 01:

Procedimento Principal:

04.08.02.026-1 - Reimplante do Terço Distal do Antebraço até os Metacarpianos

OPM Compatível:

07.02.05.017-2 - Fio mononylon 8.0 - Qtd: 08

07.02.03.089-9 - Placa de compressão dinâmica 3,5 Mm (inclui parafusos) - Qtd: 02

Exemplo 02:**Procedimento Principal:****OPM Compatível:**

04.08.02.027-0 - Reimplante ou Revascularização ao Nível da Mão e Outros Dedos (exceto Polegar)

07.02.05.018-0 - Fio mononylon 9.0 - Qtd: 04

07.02.03.107-0 - Placa semitubular 2,7 mm (inclui parafusos) - Qtd: 01

17. DIÁLISE PERITONEAL 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 deverá, conforme o caso, ser registrado no campo CID Principal ou CID Secundário. O procedimento dialítico pode ser feito com o paciente na UTI. É permitido o registro de até 15 sessões de Diálise Peritoneal ou Hemodiálise por AIH, no máximo 01 por diária. Este procedimento admite liberação de crítica de quantidade mantido o limite de uma sessão por dia. Admite, também, o lançamento do acesso com lançamento da OPM para a realização da diálise na AIH. Pacientes em TRS devem manter os procedimentos na APAC.

18. TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

As tomografias computadorizadas podem ser registradas no SISAIH01, na tela *Procedimentos Realizados*, como procedimentos especiais. Os códigos do SIGTAP são os mesmos, tanto para a modalidade ambulatorial como hospitalar, assim como seus valores. Um determinado código de tomografia só deve ser registrado numa AIH uma única vez, pr competência, permitindo liberação de quantidade. No entanto, podem ser registrados tomografias de diferentes partes do corpo humano ou órgãos numa mesma AIH, mantendo-se a quantidade máxima por procedimento.

O estabelecimento de saúde que realiza tomografias deve ter, em seu CNES, o cadastro do serviço/classificação e do equipamento, assim como a existência de profissional com CBO de especialista. Não exige habilitação.

A tomografia é um exame complementar que auxilia no esclarecimento diagnóstico ou no acompanhamento de pacientes com diagnóstico firmado.

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.

Para o recebimento é preciso que o estabelecimento executante tenha CNES, mesmo não prestando serviço para o SUS e esteja marcado como "Terceiro" do estabelecimento no qual o paciente está internado. É necessário também que, no CNES do executante, esteja "marcado" que o mesmo está à disposição do SUS. 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 ceder ou não crédito a terceiro. No caso de ceder 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, deve 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 pelos termos do contrato.

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.

Os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, registrados no 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, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.

Quando um desses exames for necessário por intercorrência no paciente internado deve ser justificado pelo médico assistente e autorizado pelo Diretor Geral, Clínico ou pelo Gestor. Em qualquer outra circunstância, esses exames devem ser realizados ambulatorialmente.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
02.11.02.002-8	CATETERISMO CARDÍACO EM PEDIATRIA
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO

Na realização de procedimentos especiais para os quais não está incluída a anestesia, por exemplo, o 02.11.02.001-0 – Cateterismo Cardíaco e, por questões inerentes ao paciente ou ao seu estado clínico, é permitido anestesiá-lo e registrar a anestesia com os códigos a seguir conforme o caso 04.17.01.004-4 - Anestesia Geral, 04.17.01.005-2 - Anestesia Regional, 04.17.01.006-0 – Sedação. Deve ser informado o CNS e CBO do anestesista.

Procedimentos Especiais de Cintilografia devem ser registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAIH01, informando o CNS e CBO do médico que realizou. Apenas a 05.01.06.002-2 - Cintilografia Radioisotópica Cerebral p/ Diagnóstico de Morte Encefálica é que tem compatibilidade com o 05.01.06.005-7 - Exame Complementar p/ Diagnóstico de Morte Encefálica. As demais cintilografias não são vinculadas a nenhum procedimento principal, sendo realizada de acordo com a necessidade do paciente.

Os procedimentos especiais diagnósticos neuro-intervencionistas (Arteriografias) relacionados no Art. 10 da Portaria SAS/MS n.º 765/2005, devem ter em seus laudos as descrições das devidas mensurações angiográficas digitais e as fotos dos respectivos aneurismas arquivados junto ao prontuário do paciente.

20. HEMOTERAPIA

De acordo com a RDC ANVISA n.º 153/2004, 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. A transfusão de sangue ou hemocomponente deve ser registrada no prontuário com 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 identificação. Os procedimentos de coleta/processamento e sorologia do sangue são apenas na modalidade ambulatorial no 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.

20.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

O hospital que realiza intervenções cirúrgicas de grande porte, ou que efetue mais de 60 (sessenta) transfusões por mês, deve contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT) dentro das suas instalações. O serviço que efetua menos de 60 transfusões por mês pode ser suprido de sangue e componentes por serviço de hemoterapia externo, com contrato formal. Todo serviço que tenha atendimento de emergência ou obstetrícia ou que realize cirurgias de médio porte, deve ter contrato estabelecido com serviço de hemoterapia.

20.2 TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA

As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulário específico que contenha informações suficientes para correta identificação do receptor. No 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. Requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia.

20.3 ATO TRANSFUSIONAL

Toda transfusão de sangue ou componentes sanguíneos deve ser prescrita por médico e registrada no prontuário do paciente no hospital, sendo obrigatórios os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos e a data da transfusão.

No caso do sangue ou derivados serem transfundidos no paciente no hospital onde o mesmo está internado, mas o produto (sangue ou derivados) seja trazido de outro estabelecimento de saúde, pode ser registrado apenas o ato transfusional na AIH do paciente. Os exames pré-transfusionais devem ser registrados no SIA/SUS, na produção do Hemocentro ou estabelecimento no qual os exames tenham sido de fato realizados.

20.4 EXOSANGUINEOTRANSFUÇÃO

03.06.02.13-0 - TRANSFUÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO / TROCA

Trata-se de procedimento especial, que consiste na prática aplicada quando houver necessidade de trocar ou substituir parcialmente a volemia do paciente com células funcionais capazes de exercer funções em condições adversas caso de algumas síndromes que acometem por exemplo portadores de doença falciforme com síndrome torácica aguda. Exige preparo de produtos selecionados, isto é, fenotipados e ou leucodepletados. O procedimento é também usada para tratamento da incompatibilidade sanguínea materno fetal (exemplo mãe anti D com filho rRH positivo). Inclui insumos destinados a instalação da transfusão e os serviços profissionais relativos à responsabilidade médica durante e após o ato transfusional. Não inclui os hemocomponentes.

20.5 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA-HEMATOLÓGICA (HEMOCENTRO)

É um estabelecimento de saúde que pode prestar *serviço de terceiro* a outro estabelecimento, realizando os procedimentos relacionados aos exames pré transfusionais para análise de compatibilidade sanguínea. A Portaria SAS/MS n.º 198/2008 incluiu o tipo de estabelecimento 69 - Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, com os subtipos: 69.1 - Hemoterapia/ Hematologia - Coordenador (Antigo Hemocentro), 69.2 - Hemoterapia/Hematologia - Regional , 69.3 - Hemoterapia/Hematologia – Núcleo, 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 um estabelecimento isolado público ou privado, 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.

21. FISIOTERAPIA

Os procedimentos de fisioterapia em pacientes internados são registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAIH01. Todos os procedimentos de Fisioterapia são especiais e estão no Grupo 03, Subgrupo 02 e Formas de Organização de 01 a 07. A quantidade máxima permitida por dia varia conforme a descrição do procedimento.

22. RADIOLOGIA

Os exames de radiologia estão incluídos no componente SH do procedimento e devem ser registrados na AIH. Os procedimentos de radiologia são Procedimentos Secundários e na AIH não têm valor, nem pontos.

23. ULTRA-SONOGRAFIA

Os exames de ultrassonografia são procedimentos especiais na AIH e devem ser registrados no SISAH01, na tela *Procedimentos Realizados*, e o valor pode ser apurado para terceiro cadastrado no CNES, exceto para os hospitais públicos que não podem ceder crédito.

24. PATOLOGIA CLÍNICA

Os exames de patologia clínica, assim como a radiologia, são procedimentos realizados de rotina em pacientes na modalidade hospitalar. São exames complementares básicos para a avaliação do paciente e compõem SH. Eles são procedimentos secundários e devem ser registrados para efeito de informação.

25. ANATOMIA PATOLÓGICA

Os exames de anatomia patológica são registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAH01. 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 apurar valor corretamente.

26. ANESTESIA 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 (SP), não entrando no rateio de pontos dos 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. O profissional médico que realiza anestesia deve ter no seu cadastro do CNES o código de anestesista.

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 e devem ser registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAH01.

Os procedimentos para anestesia para cesariana, anestesia regional e analgesia obstétrica para parto normal estão no SIGTAP também o CBO do obstetra, nestes casos o sistema permite o CNS do mesmo médico no campo cirurgião e anestesista.

26.1 ANESTESIA REGIONAL

Anestesia regional 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. São técnicas de anestesia regional: bloqueios tronculares, bloqueios de plexo, bloqueios espinhais (peridural, raquidiana ou raquianestesia). Não deve ser confundida com a anestesia local.

Este procedimento de anestesia pode ser usado em procedimentos nos quais a anestesia não está incluída no valor total, (atributo no SIGTAP – Inclui anestesia). Para tanto, em caso procedimento para o qual não está prevista a anestesia, mas que por condições ligadas ao paciente foi necessária a sua administração, o código deve ser registrado na tela *Procedimentos Realizados* do SISAH01. E será pago em separado.

26.2 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. 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 registro da anestesia regional, aplica-se para a anestesia geral.

26.3 SEDAÇÃO

Sedação é o procedimento no qual o paciente permanece num estado calmo, tranquilo, mas acordado. Para a sedação também se aplicam os mesmos parâmetros da anestesia geral e regional para registro no SISAH01.

26.4 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. Para este tipo de anestesia não há registro em separado, pois o procedimento anestesia local está incluído no procedimento cirúrgico.

26.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO

Conforme 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*.

Quando o cirurgião atua como anestesista nos casos específicos descritos acima, é exigido que o mesmo seja cadastrado no CNES do estabelecimento com os dois CBO. Não estando cadastrado a AIH será rejeitada. Os tipos de anestesia são excludentes entre si.

26.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA

Os procedimentos de anestesia para obstetrícia foram incluídos na tabela de procedimentos pela Portaria GM/MS n.º 572/2000. Nestes casos o valor do anestesista não entra no rateio do SP. O procedimento de anestesia obstétrica deve ser registrado na tela *Procedimentos Realizados* do SISAH01.

27 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM).

As órteses, próteses e materiais especiais para serem comercializadas têm que possuir registro na ANVISA, publicados em Diário Oficial da União.

Apenas as OPM que tem compatibilidade com procedimentos cirúrgicos cujas quantidades são limitadas têm código específico no SIGTAP

Todos os serviços estão aptos a lançar OPM nas AIH, mantendo-se as compatibilidades específicas e as habilitações para os procedimentos principais.

Nas OPM relacionadas ao ato cirúrgico devem ser observadas as compatibilidades entre procedimento principal e OPM, o limite das quantidades máximas constante do SIGTAP. No caso de repetição do procedimento realizado (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais) o sistema faz a consistência com cada procedimento principal.

No SIGTAP está disponível relatório completo com as compatibilidades e excludências entre procedimentos e OPM. As OPM devem ser registradas logo após o procedimento principal e o sistema faz consistência com cada um deles

27.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISAIH01

A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais ou gestores, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

No SIH deve ser informado o CNPJ do Fornecedor do material e o número da Nota Fiscal em uma tela específica obrigatória destes dados.

A cada competência o SIHD/SUS obriga a importação da Tabela de Fornecedores Cadastrados na ANVISA antes do processamento das AIH e faz o batimento com o CNPJ informado na AIH. O fornecedor não constando deste arquivo da ANVISA a AIH é 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 importante o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.

A cópia da Nota fiscal das OPM deve ser 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 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 em consignação podem solicitar ao fornecedor da OPM nota fiscal no nome do paciente, quando o material que for utilizado. Mas, não há exigência por parte do SUS que cada OPM tenha uma nota fiscal no nome do paciente.

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, deve ser arquivada no prontuário.

A Portaria SAS/MS nº 218/2004 incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, os conjuntos para circulação Extra Corpórea (CEC).

O conjunto para CEC é formado pelos seguintes materiais: oxigenador, conjunto de tubos, filtros de linha, reservatório para cardiectomia, reservatório para cardioplegia e hemoconcentrador. Como a compra desses materiais pode ser feita a diferentes fornecedores, (licitações, por exemplo), o hospital deve registrar uma das Notas Fiscais referentes 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 usados naquele paciente, as quais podem ser verificadas por auditorias.

A Portaria SAS/MS nº 346/2010 redefine as compatibilidades entre procedimentos da assistência cardiovascular e as respectivas OPM compatíveis, disponíveis em <http://sigtap.datasus.gov.br>.

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 na área de Ortopedia.

O Projeto Suporte desenvolvido pelo INTO sofreu alteração no formato original (Portaria SAS/MS nº 316/2006) e são necessárias adequações no SIH/SUS de forma a permitir os registros das ações realizadas pelo Into.

27.2 REGISTRO DE FORNECEDORES DE OPM E CADASTRO NA ANVISA

Desde a Portaria GM/MS n.º 707/1999 é facultado ao prestador da rede complementar do SUS proceder à cessão do crédito relativo à OPM, diretamente para o fornecedor. A cessão de crédito é formalizada com o registro, em campo da AIH, do número de CNPJ da empresa fornecedora, após indicação do número da nota fiscal da Órtese, Prótese e materiais Especiais - OPM.

É obrigatório constar no prontuário a solicitação de uso, com descrição do produto, o código e a quantidade da OPM utilizada, assinada e carimbada pelo médico assistente.

Os materiais especiais e próteses que são utilizados nas cirurgias possuem em suas embalagens etiquetas adesivas com as informações importantes sobre o produto conforme disciplinas as Resoluções da ANVISA. Estas etiquetas devem ser retiradas das embalagens e coladas no prontuário do paciente na folha de descrição da cirurgia ou em formulário próprio do hospital onde são informadas as OPM utilizadas na cirurgia.

A Portaria SAS/MS n.º 929/2002 aprimorou a regra para cessão de crédito para fornecedores de OPM. Com base nos Artigos n.º 1.065 e seguintes do Código Civil que preveem a Cessão de Crédito como um mecanismo pelo qual o credor pode transferir a terceiros o direito de receber de seu devedor a importância estipulada no documento que a formalizar para quitação de dívida com o cessionário. É possível a operacionalização pelos Estabelecimentos de Saúde de pagamentos desvinculados a pessoas jurídicas, fornecedoras de produtos, materiais especiais.

Para a cessão de crédito a pessoas jurídicas ou físicas estas devem constar como Terceiro no CNES. O cadastro do serviço terceirizado no CNES é feito no Módulo Conjunto contendo os dados bancários do beneficiário: conta corrente, agência e banco.

Para os fornecedores de Órteses, Próteses e Materiais Especiais se habilitarem a receber como terceiros os recursos devidos por Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS para os quais sejam fornecedores, deverão estar cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), acrescentando ao cadastro daquele órgão, dados que possibilitem o pagamento direto, informações essas já incorporadas ao cadastro da ANVISA.

O cadastramento na ANVISA assim como as normas básicas de atendimento e cadastros dos agentes regulados pode ser encontrado no endereço eletrônico da ANVISA www.anvisa.gov.br

Serviço de Terapia Nutricional, Banco de Válvula Cardíaca, Banco de Olhos, Banco de Órgãos e Tecidos não são conceituados como estabelecimentos de saúde.

Portaria SAS/MS n.º 381/2009 uniformizou os procedimentos de acessos venosos centrais de média e de longa permanência, seja em caso de impossibilidade de acesso periférico, seja para as reposições volêmicas rápidas na instabilidade hemodinâmica ou para a administração de medicamentos, hemoderivados ou soluções.

Os procedimentos 07.02.05.009-1 - Cateter para acesso Venoso Central semi/totalmente implantável de longa permanência e 07.02.05.081-4 – Cateter Venoso Central Mono lúmen têm valor zero no SIGTAP, mesmo assim, os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, prestadores de serviços para o SUS que com registro destas OPM na AIH estão obrigados a informar no SISAIH01 o número da Nota Fiscal e o CNPJ do Fornecedor cadastrado na ANVISA para efeitos de Tecnovigilância.

28. ACIDENTE DE TRABALHO

28.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

A Portaria GM/MS n.º 737/2001 aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e estabelece mecanismos para incentivar as atividades assistenciais relacionadas à identificação das causas externas. Portaria GM/MS n.º 1969/2001 e Portaria SAS/MS n.º 579/2001 torna obrigatório o preenchimento dos campos CID Principal e CID Secundário, nos registros de atendimento à vítima de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador na AIH.

O responsável técnico pelo hospital que atende ao paciente é responsável pela emissão da notificação, por escrito, ao responsável técnico pela saúde do trabalhador do município, o qual deve 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 procedimento foi incluído na Tabela pela Portaria Conjunta SE/SAS n.º 88/2001. Este é especial e, de acordo com a regra do SIGTAP, 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 Consequências 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 estão na mesma regra.

Nos casos acima é obrigatório também o preenchimento dos dados de Causas Externas, no SISAIH01. É obrigatório nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho o preenchimento na AIH os seguintes campos:

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

29. 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 em Videolaparoscopia, os estabelecimentos devem atender aos requisitos da Portaria SAS/MS 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.

30. ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA

30.1 PARTO NORMAL

O Parto Normal pode ser realizado pelo profissional médico e também pelo enfermeiro obstetra conforme define a Lei n.º 7498/86 e Decreto n.º 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.

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 de período expulsivo em transito, após chegar à unidade, recebendo os cuidados necessários, considera-se o laudo de AIH com o procedimento de Parto Normal.

Se houver qualquer intercorrência com a puérpera que teve parto normal antes da alta hospitalar que obrigue a realização de uma cirurgia está caracterizada a necessidade de emissão de nova AIH por mudança de clínica obstétrica para cirúrgica.

No caso do tratamento da intercorrência não implicar em intervenção cirúrgica, deve ser emitida nova AIH com o código 03.03.10.001-0 - Tratamento de Complicações Relacionadas Predominantemente ao Puerpério. O motivo de apresentação será por permanência.

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/MS n.º 3477/1998.

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.

30.2 PARTO GEMELAR E EXAME PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS NA GESTANTE

Quando o parto for gemelar deve ser registrado com o código de parto normal ou cesariana e CID de gravidez múltipla. Devem também ser registrados os procedimentos especiais compatíveis com os procedimentos de parto. O parto gemelar gera apenas uma (01) AIH no nome da mãe. Nesta AIH, devem ser informados os dados de cada um dos recém-nascidos, inclusive os dados de registro civil, se houver com solicitação de liberação de crítica de quantidade.. Devem ser registrados no SISAIH01 todos os códigos de registro civil, conforme a quantidade de recém-nascidos.

É obrigatória a realização de testes para Detecção de Sífilis nas Gestantes (VDRL, teste rápido etc.) para controle e tratamento da doença. porém o sistema não obriga o registro nas AIH de partos (PORTARIA Nº 972, DE 29 DE SETEMBRO DE 2014). O resultado do exame deverá ser anexado ao prontuário. Em caso positivo, a notificação é compulsória.

Quando a gravidez é gemelar e ocorre alguma complicação no parto resultando em que um dos fetos nasce por parto normal e o outro vai exigir uma cesariana, passa a ser um caso de emissão de nova AIH para a mesma paciente numa mesma internação. Deve ser dada alta à parturiente por permanência e abre nova AIH para a cesariana. Esta situação não era permitida antes da implantação da Tabela Unificada, pois o parto normal era classificado como Clínica Obstétrica.

Vai ocorrer a detecção da duplicidade durante o processamento, mas o gestor desbloqueia a AIH.

30.3 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 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* do SISAIH01. A dose é de 02 comprimidos em dose única, sendo compatível com qualquer tipo de parto.

30.4 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

Para intercorrências clínicas na gravidez e controle de gestantes de alto risco os códigos que podem ser utilizados como procedimentos principais são:

03.03.10.002-8 - Tratamento de Eclâmpsia

03.03.10.003-6 - Tratamento de Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos da Gravidez.

03.03.10.004-4 - Tratamento de Intercorrências Clínicas na Gravidez.

Estes três procedimentos têm média de permanência de 03 dias, mas admitem permanência a maior.

31. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)

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

1 Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou, pelo menos, com 2 filhos vivos observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciada, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;

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

3 A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente deve ser executado por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia;

4 Deve obrigatoriamente constar no prontuário 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 procedimentos de esterilização cirúrgica, exceto o procedimento 04.11.01.004.2 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA, as instituições que atenderem aos critérios, e que estejam habilitados para realização dos mesmos (Portaria SAS/MS nº 48/1999). 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 Z30.2 – Esterilização.

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

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.

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

No caso de o RN, ainda no período de internamento da mãe, desenvolver ou apresentar quadro patológico que implique na necessidade de sua internação, é possível emitir uma AIH para o RN, independente da AIH da mãe, para que seja possível ao hospital ser ressarcido pelo tratamento realizado no RN. Mesmo assim, é preciso registrar os números das AIH anterior e posterior nas AIH da mãe e do RN. 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.

Se após a alta da mãe houver necessidade de assistência hospitalar ao RN por problemas como: icterícia fisiológica, RN potencialmente infectado, filho de mãe diabética ou outras patologias que obriguem a permanência do RN, deve ser solicitada AIH para o RN, diferente da AIH da mãe encerrada com motivo 6.2.

32.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM-NASCIDO

É o primeiro atendimento do pediatra no berçário (Portaria GM/MS n.º 572/2000). O valor é fixo e apurado para o CNS ou CNES informado no SISAIH01. 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 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.

32.2 ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente, pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente, enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o recém nato seja encaminhado ao alojamento conjunto, junto com sua mãe, ou a unidade

neonatal (unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de cuidado intermediário neonatal convencional ou da unidade de cuidado intermediário neonatal canguru, ou berçário patológico), ou ainda no caso de nascimento em quarto de pré parto, parto e puerpério (ppp) seja mantido junto a sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo ppp.

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
03.10.01.003-9	PARTO NORMAL
03.10.01.004-7	PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
04.11.01.003-4	PARTO CESARIANO
04.11.01.002-6	PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
04.11.01.004-2	PARTO CESARIANO COM LAQUEADURA TUBÁRIA

32.3 REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO

Diz respeito ao procedimento 08.01.01.004-7 – Incentivo ao Registro Civil de Nascimento. A Portaria GM/MS n.º 938/2002 define o repasse de recurso ao estabelecimento do SUS que providencie o registro de nascimento antes da alta hospitalar. Este procedimento é compatível com procedimentos de parto. No SISAIH01 devem ser preenchidos os campos com as informações do registro civil de nascimento em tela específica.

O Decreto n.º 6828/2009 aprovou, a partir de 1º janeiro de 2010, a nova Certidão de Registro Civil de Nascimento e a Portaria SAS/MS n.º 17 de janeiro de 2010 atualizou o layout do SIH/SUS para adequar às alterações no registro civil.

Quando na AIH de parto for informado o procedimento 08.01.01.004-7 – Incentivo ao Registro Civil de Nascimento é obrigatório informar a matrícula da certidão de nascimento composta por 32 dígitos. Além deste campo também devem ser preenchidos os campos n.º da Declaração de Nascimento Vivo (DN) e data de emissão da certidão.

O campo da matrícula contém 32 posições, os dois últimos dígitos são os dígitos verificadores que poderão ser "xx". O preenchimento do campo matrícula de acordo com as posições abaixo:

- 1ª a 6ª - código nacional de serventia
- 7ª e 8ª - código do acervo (01 ou 02)
- 9ª e 10ª - código 55
- 11ª a 14ª - ano
- 15ª - tipo de livro de registro (1 para nascimento)
- 16ª a 20ª - numero do livro
- 21ª a 23ª - numero da folha do registro
- 24ª a 30ª - numero do termo
- 31ª e 32ª - dígitos verificadores (número ou xx)

33. 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. Procedimentos:

- 03.03.02.006-7 - Tratamento de Defeitos da Coagulação Purpura 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 exige autorização do gestor. A administração de Crioprecipitado Fator VIII deve atender a RDC ANVISA 23/2002.

34. TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Com a operacionalização das Políticas de Redes de Atenção, seus componentes e Linhas de Cuidados, a área de Saúde Mental passa por profundas modificações que abrangem os procedimentos e suas formas de registro no SIH/SUS.

A Portaria SAS/MS nº 953, de 12 de setembro de 2012 definiu mecanismos para operacionalização dos procedimentos específicos para a atenção hospitalar aos portadores de transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas.

34.1 HOSPITAL GERAL

Foi incluída na Tabela de Habilitação do SCNES a habilitação 06.36 - Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esta habilitação centralizada é específica para estabelecimentos de saúde do tipo 05 - Hospital Geral e obrigatoriamente inclui o cadastramento de leitos SAÚDE MENTAL - código 87, que o estabelecimento possui.

Incluído também na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES o 115 - Serviços de Atenção Psicossocial com a classificação - 003 - Serviço Hospitalar para atenção à saúde mental.

Esta classificação será utilizada especificamente para os estabelecimentos de saúde do Tipo 05-Hospital Geral que prestem atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nestes casos as internações podem ser realizadas nas especialidades de leito 87 - Saúde Mental, 05 - Psiquiatria, 03 - Clínico, 07 - Pediátrico e 02 – Obstétrico.

34.1.1 PROCEDIMENTOS PRINCIPAIS EM HOSPITAL GERAL

Foram incluídos no SIGTAP os procedimentos a seguir especificados, realizados exclusivamente em hospital geral.

- 03.03.17.013-1 - Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio- Consiste na internação para preservação da vida em situação de risco elevado de suicídio.
- 03.03.17.014-0 - Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo - Consiste na internação para tratamento de transtornos mentais que resultem em comportamento desorganizado e/ou disruptivo.
- 03.03.17.015-8 - Tratamento Clínico para Avaliação Diagnóstica de Transtornos Mentais e Adequação Terapêutica incluindo Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas – Consiste na internação para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica.
- 03.03.17.016-6 - Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo de álcool.
- 03.03.17.017-4 - Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso do "crack" – Consiste na internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack" .
- 03.03.17.018-2 - Tratamento Clínico dos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou Outras Substâncias Psicoativas – Consiste na internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas.

Esses seis procedimentos principais são de registro de permanência por dia, com a quantidade máxima de 30 diárias e idade mínima de 04 (quatro) anos. Eles têm como especialidade do leito: 87 - Saúde Mental, 05 - Psiquiatria, 03 - Clínico, 07 - Pediátrico e 02 – Obstétrico e os estabelecimentos precisam ter no CNES o Serviço/classificação -115/003.

A Área Técnica de Saúde Mental recomenda que as internações em saúde mental tenham curta permanência, conforme diretrizes da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012

34.1.2 DIÁRIA DE SAÚDE MENTAL - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HOSPITAL GERAL

Na portaria foram incluídos também os procedimentos especiais:

- 08.02.01.025-3 - Diária de Saúde Mental com Permanência de até 7 (Sete) Dias - Consiste na diária utilizada para identificar o quantitativo de dias que o paciente permanece internado para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, crack e demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Quantidade Máxima: 07 dias.

- 08.02.01.026-1 - Diária de Saúde Mental com Permanência entre 08 a 15 Dias - Consiste na diária utilizada para identificar o quantitativo de dias que o paciente permanece internado para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, crack e demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Quantidade Máxima: 15 dias

- 08.02.01.027-0 Diária de Saúde Mental com Permanência Superior a 15 Dias - Consiste na diária utilizada para identificar o quantitativo de dias que o paciente permanece internado para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, crack e demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Quantidade Máxima: 30 dias. Esse procedimento têm 30 dias como limite máximo para remuneração e não será permitida cobrança de permanência maior.

Esses procedimentos exigem a habilitação 06.36 = Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente de álcool e outras drogas e só podem ser lançados em leitos de saúde mental (código 87) uma vez que esta diária é de uso exclusivo em leito de saúde mental habilitado em hospital geral, não sendo aceitos em outros leitos.

As compatibilidades dos procedimentos de Diária de Saúde Mental com os procedimentos principais são

- 03.03.17.013-1 - Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio.
- 03.03.17.014-0 - Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo.

- 03.03.17.015-8 - tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- 03.03.17.016-6 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.

- 03.03.17.017-4 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack".

- 03.03.17.018-2 - Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas.

Estes procedimentos de diárias têm valor zero (R\$ 0,00) A remuneração por esta internação será feita por incentivo de custeio transferido ao gestor conforme Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012. A idade mínima para os procedimentos é de 04 anos.

O leito "Saúde Mental" dos estabelecimentos de saúde habilitados por Portaria específica como 06.36 - Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas receberão incentivo financeiro de custeio anual no valor de R\$ 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte e um real e trinta e dois centavos).

Para os leitos "Saúde Mental" habilitados não será gerado crédito quando informados na AIH os procedimentos de diária incluídos pela Portaria SAS/MS n.º 953/12.

No caso de serviço não habilitado este receberá o valor do procedimento sem incremento.

A regulação, controle e avaliação do acesso e da atenção prestada nos serviços/leitos são de responsabilidade gestor contratante com concomitante monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde, contemplando: definição do local de fluxo regulatório do acesso aos leitos, qualidade da atenção prestada; compatibilidade entre quadro clínico descrito e cobranças realizadas; monitoramento das Médias de Permanência e Taxas de Ocupação dos leitos.

34.1.3 INCENTIVOS FINANCEIROS PARA SAÚDE MENTAL

O incentivo financeiro de investimento para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, têm os seguintes valores, conforme Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012:

I - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) para a implantação de até 5 (cinco) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

II - R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais) para a implantação de 6 (seis) a 10 (dez) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

III - R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) para a implantação de 11 (onze) a 20 (vinte) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e

IV - R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais) para a implantação de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Este incentivo financeiro de investimento pode ser utilizado para aquisição e instalação de equipamentos, adequação da área física, capacitação e atualização das equipes em temas relativos aos cuidados das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e para implantação de um ponto de telessaúde, na seguinte proporção:

I - até 70% (setenta por cento) do valor total com obras de adequação da área física e com aquisição de equipamentos;

II - no mínimo 30% (trinta por cento) do valor total destinado à qualificação das equipes e implantação do ponto de telessaúde.

A concessão deste incentivo financeiro será mediante aprovação de projeto encaminhado pelo gestor local de saúde.

Por cada leito "Saúde Mental" implantado será pago incentivo financeiro de custeio anual no valor de R\$ 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte e um real e trinta e dois centavos)

O valor das diárias considerado para o cálculo de custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi o seguinte:

I - R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação;

II - R\$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e

III - R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação.

O recebimento do incentivo financeiro de custeio é condicionado à habilitação em 06.36 - Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Para habilitação em 06.36 - Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será formulado pelo gestor local de saúde e encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, com os documentos definidos na Portaria nº 148/GM/MS.

A Área Técnica do DAPES/SAS/MS é responsável pela avaliação semestral de desempenho do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, considerando a taxa média de ocupação e a média de permanência do usuário no leito de atenção.

34.2 HOSPITAL ESPECIALIZADO

O único código de registro de internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais - realizada em hospital psiquiátrico é o

- 03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA).

Esse procedimento admite longa permanência (AIH 5), tem registro por dia, não admite mudança de procedimento e possui incremento de acordo com a classificação dos hospitais psiquiátricos, por classe (I a XIV, classificação 06.01 a 06.14) ou nível (I a IV, classificação 06.31 a 06.34), que variam de 11,1% a 233,52 % no SP e de 11,1% a 74.09% no SH sobre o valor do procedimento, totalizando 18 classificações. A Portaria SAS/MS n.º 426/2009 indicou os hospitais psiquiátricos para descredenciamento pelo PNASH/PSIQUIATRIA. Existem ainda hospitais psiquiátricos nas Classes de I a XIV por não atenderem aos critérios mínimos de qualidade assistencial e que necessitam de pactuação para finalizar o processo de desinstitucionalização dos pacientes internados.

O valor do procedimento 03.03.17.009-3 - permanece como base de cálculo dos incrementos para os hospitais psiquiátricos, de acordo com sua classificação.

Existe um incentivo de 10% no valor do SH e SP nas classificações N I e N II exclusivamente para as internações com menos de 20 (vinte) dias e que o motivo de apresentação seja 1.9 - Alta de paciente agudo em psiquiatria. No entanto, as internações com estes requisitos não devem ultrapassar 10% do total dos leitos de cada hospital. Para receber o incentivo de 10% previsto, o hospital não poderá apresentar mais de uma AIH, para o mesmo paciente, na mesma competência de produção. A AIH é bloqueada quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente na mesma competência com motivo de apresentação: 1.9

As habilitações dos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos referentes à Atenção a Saúde Mental estabelecidas pela Portaria GM/MS n.º 2.644/2009 são:

CÓDIGO	NOME	DESCRIÇÃO
06.31	Nível I	Estabelecimento de saúde com psiquiatria até 160 leitos
06.32	Nível II	Estabelecimento de saúde com psiquiatria entre 161 a 240 leitos
06.33	Nível III	Estabelecimento de saúde com psiquiatria entre 241 a 400 leitos
06.34	Nível IV	Estabelecimento de saúde com psiquiatria acima de 400 leitos

A AIH -1 para o procedimento 03.03.17.009-3 tem a quantidade máxima de 45 dias. Para que o paciente permaneça internado, a AIH-1 deve ser apresentada com as diárias até o último dia do mês quando, então, o hospital deve solicitar a AIH 5 de continuidade, que só pode ter no máximo 31 dias. A data de internação na AIH 5 permanece a que foi informada na AIH-1, devendo ser apresentada no SIH/SUS tantas AIH 5 quantas forem necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente. O fechamento da AIH-1 no 1º mês não é obrigatório desde que o período de internamento até o último dia do 2º mês de internamento seja inferior a 45. Não é permitida a emissão de AIH – 1 para continuidade.

Pode ser emitida nova AIH - 1 para o paciente com reinternação, no mínimo, 15 dias após a alta da internação anterior. A data de saída a ser informada mensalmente na AIH 5 deve ser o último dia de cada mês ou a data da saída no caso de alta, óbito ou transferência. A AIH de psiquiatria só admite 1 procedimento principal, não admite procedimento especial, mas devem ser registrados os procedimentos secundários realizados.

34.3 ATENDIMENTO EM HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL

O hospital-dia em saúde mental é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional substituindo a internação integral. Os cuidados em hospital-dia em saúde mental abrangem um conjunto de atividades desenvolvidas em até 05 dias da semana (2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas para cada paciente.

O procedimento é o 03.03.17.010-7 e é registrado em AIH-1. Cada estabelecimento pode atender o máximo de 30 pacientes/dia. A quantidade máxima permitida é de 31 diárias, sendo até 05 diárias semanais, 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. O regime de hospital dia em Saúde Mental exige habilitação em leito dia de saúde mental.

Não é permitida permanência à maior em regime de hospital dia em Saúde Mental. O SIH/SUS calcula dias úteis para o tratamento de psiquiatria em Hospital-Dia.

35 . ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS

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

Pequeno Queimado - paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.

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.

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 perineo.

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, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental (aumento da pressão no interior de um espaço osteofascial fechado, que reduz a perfusão capilar até um nível inferior aquele necessário para que seja mantida a viabilidade dos tecidos), e doenças consuptivas (etiopatogenia relacionada à diminuição da ingesta calórica, aumento do metabolismo e/ou perda de calorías, perda de mais de 5% do peso corporal em cerca de 6 a 12 meses).

O tratamento de queimados pode ser realizado em hospitais gerais, em hospitais habilitados em

21.01 - Centro de Referência em Assistência a Queimados - Média Complexidade e

21.02 Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade.

Os procedimentos principais para os queimados são:

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

O procedimento 04.13.01.001-5 - Atendimento de Urgência em Médio e Grande Queimado é prestado 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.

A Diária de UTI em Queimados código 08.02.01.011-3 exige que o estabelecimento tenha leitos de UTI – Queimados cadastrados no CNES. Podem ser registrados os procedimentos especiais 04.13.01.007-4 - Tratamento de Intercorrência do Paciente Médio e Grande Queimado e os de atendimento fisioterapêutico em médio e grande queimado. Caso seja necessário o uso de albumina humana e nutrição parenteral ou enteral deve ser registrada de acordo com as normas específicas.

36 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS

Os procedimentos para tratamento de pacientes sob cuidados prolongados exigem habilitação descentralizada sob a responsabilidade do gestor local, conforme a Portaria SAS/MS n.º 629/2006. Hospitais gerais, especializados ou de apoio devem ter leitos em cuidados prolongados e serem habilitados.

O tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH - 1 é de no máximo 45 dias. Quando vencidas as 45 diárias, será utilizada a AIH 5, com mesmo número da AIH - 1. A abertura da AIH –5 sempre se dá no primeiro dia do mês e permite até 31 diárias, devendo ser emitidas AIH 5 quantas necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente. Somente pode ser emitida nova AIH - 1 nos

casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico.

O paciente deve ser reavaliado para que permaneça após o final do mês. A AIH-1 pode ser apresentada com qualquer quantidade de dias, desde que inferior a 45. No caso de permanência do paciente, a AIH deve ser encerrada no último dia do mês e solicitada a AIH 5. Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, é permitida solicitação de nova AIH.

No valor do tratamento de pacientes sob cuidados prolongados estão previstas intercorrências clínicas, não sendo permitido registros adicionais ou mudança de procedimento. A internação exige autorização do gestor, sendo o caráter da internação 1 (eletivo).

Pacientes sob Cuidados Prolongados caracterizam-se por:

- **Paciente convaléscente:** 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.

Procedimentos para pacientes sob cuidados prolongados conforme a patologia apresentada:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	HABILITAÇÃO EXIGIDA
03.03.13.006-7	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Oncológicas	0905
03.03.13.005-9	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Neurológicas	0903
03.03.13.002-4	Atendimento a Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Cardiovasculares	0901
03.03.13.003-2	Atendimento a Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Pneumológicas	0902
03.03.13.007-5	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo	0904
03.03.13.001-6	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Devido Causas Externas	0907
03.03.13.004-0	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Decorrentes da Aids	0906
03.03.13.008-3	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Hanseníase	Não exige

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

37 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Para registro de tuberculose na AIH utiliza-se o procedimento 03.03.01.021-5 - Tratamento da Tuberculose (por dia) e os pacientes podem ser internados em leitos de pneumologia sanitária, clínica ou pediatria, inclusive a Tuberculose com lesões extensas. Tem atributo permanência por dia, máximo 31 dias. Este procedimento admite longa permanência (AIH 5) e não exige habilitação. No caso do paciente precisar de UTI, deve ser dado alta com motivo de apresentação 2 - por permanência e emitida nova AIH.

38 TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Para registro da hanseníase na AIH podem ser lançados:

38.1 PROCEDIMENTO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O procedimento 03.03.01.008-8 tratamento da hanseníase refere-se ao tratamento da hanseníase em suas várias formas clínicas. Este procedimento tem atributo permanência média de 4 dias podendo ser lançado em leitos clínicos e pediátricos.

38.2 TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS EM HANSENÍASE

O tratamento da hanseníase com lesões extensas deve ter registrado na AIH com o código 03.03.13.008-3 – tratamento de pacientes sob cuidados prolongados em hanseníase e se refere ao paciente sob cuidados prolongado, portador de patologia de evolução lenta ou portador de sequelas da patologia básica que gerou a internação que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes, com vistas a reabilitação físico funcional.

Este procedimento exige leitos crônicos, é lançado com permanência por dia, máximo de 45 dias, admitindo longa permanência.

39 TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO

Tem como objetivo o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência quando a internação for o mais adequado ao paciente após avaliação de equipe multiprofissional. Para registro dos procedimentos na AIH deve ser usado o código 03.03.19.001-9 - Tratamento em Reabilitação. Pode ser em leito clínico, pediátrico ou de reabilitação, com permanência por dia, máximo 45 dias. Exige serviço/classificação.

40 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
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

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 deve, obrigatoriamente, ser mudado para Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência na especialidade correspondente.

Estes códigos, também, devem ser utilizados em casos de diagnóstico não confirmado com internação de curta permanência, tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela ou de internação para investigação diagnóstica e em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais, identificados pela auditoria, sob solicitação desta. Não permite permanência a maior ou mudança de procedimento.

41 TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA

Conforme especificados na Portaria SAS/MS n.º. 723/2007:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.03.04.008-4	Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico (Grau

03.03.04.009-2	Leve) 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

Os procedimentos clínicos de tratamento conservador de alta complexidade que exigem que o estabelecimento tenha no CNES o Serviço de Alta complexidade de Neurologia/Neurocirurgia habilitado 16.03 - Trauma e Anomalias do Desenvolvimento são:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.03.04.011-4	Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico 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

42 . INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Procedimento 03.01.05.007-4 – INTERNAÇÃO DOMICILIAR (POR DIA).

A Portaria nº 1.533, de 16 de Julho de 2012 e a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011 redefiniram a Atenção Domiciliar no SUS e a Portaria nº 276/SAS/MS, de 30 de março de 2012 instituiu o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

O registro de Internação Domiciliar pode ser com emissão de AIH pelo código 03.01.05.007-4 e quantidade máxima de 31 dias, não permitindo permanência a maior. Os hospitais devem ter habilitação e o 113 - Serviço de Atenção Domiciliar - 002 - Internação Domiciliar cadastrados no CNES.

43. ATENÇÃO AO IDOSO E HOSPITAL DIA EM GERIATRIA

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
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 hospital dia exige habilitação 1205 hospital dia – Geriatria nos Centros de Referência à Saúde do Idoso habilitação 0101 e idade mínima de 60 anos, com quantidade máxima de 31 dias.

O procedimento 03.01.05.007-4 – INTERNAÇÃO DOMICILIAR (POR DIA) é também para o tratamento do idoso em domicílio, embora seja permitido para qualquer idade, de zero a 130 anos.

44. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH

Alguns medicamentos específicos são procedimentos especiais na AIH e, dentre esses, vários têm compatibilidade com o procedimento principal informado e são criticados nos sistemas SISAIH01 e SIH/SUS. As compatibilidades e as quantidades máximas podem ser consultadas no SIGTAP.

Cabe ser destacados:

Alteplase : terapia medicamentosa na qual a glicoproteína ativa o plasminogênio tecidual diretamente para plasmina. Quando ligada à fibrina induz a conversão de plasminogênio em plasmina, promovendo a dissolução da fibrina do coágulo

Tenecteplase terapia medicamentosa fibrino-específica usada para promover a reperfusão arterial no infarto agudo do miocárdio, administrado em infusão rápida estimulando a dissolução de coágulos, restaurando o fluxo de sangue para o coração.

Códigos dos procedimentos :

06.03.05.004-2 Alteplase 10mg Injetável (Por Frasco Ampola) - Máximo 01 por AIH

06.03.05.005-0 Alteplase 20mg Injetável (Por Frasco Ampola). - Máximo 02 por AIH

06.03.05.006-9 Alteplase 50mg Injetável (Por Frasco Ampola) - Máximo 01 por AIH

Compatíveis com o procedimento 0303060190 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO e excludentes com os procedimentos

06.03.05.007-7 - Tenecteplase - Tnk 30mg Injetável

06.03.05.008-5 - Tenecteplase - Tnk 40mg Injetável , quantidade máxima 01

06.03.05.009-3 - Tenecteplase - Tnk 50mg Injetável quantidade máxima 01.

Compatíveis com o procedimento 0303060190 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO e excludentes entre si.

Assim, são excludentes para uso na mesma AIH os procedimentos referentes aos medicamentos alteplase e tenecteplase ou às apresentações do tenecteplase, porém, os procedimentos referentes às 03 (três) dosagens de alteplase podem ser utilizados na mesma AIH para permitir registrar a dosagem total infundida.(máximo 100 mg).

Clopidogrel 75mg – Inibidor da agregação plaquetária usado como profilaxia de trombozes em prótese intraluminal, no tratamento clínico de paciente submetido à angioplastia coronariana. Diante da necessidade de continuação do tratamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar no dia da alta 30 (trinta) comprimidos ao paciente.

Código do procedimento : 06.03.05.010-7 - Clopidogrel 75mg – Comprimido

Quantidade máxima permitida 40 (quarenta). Compatível com os procedimentos

0303060190 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

0303060280 - TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA

0406030049 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA

Surfactante frasco-ampola : procedimento especial

Código do procedimento : 0603060013, compatível exclusivamente com o procedimento principal 0303160063 - TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RESPIRATORIOS E CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DO PERIODO NEONATAL

Quantidade máxima : 2

45 TRANSPLANTES

45.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS

O registro do procedimento 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.

Os procedimentos das Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células subdividem-se em:

- 05.03.01.001-4 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos: quando realizadas por equipe profissional do próprio hospital.
- 05.03.01.002-2 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos realizadas por Equipe de outro Estabelecimento de Saúde: quando realizadas por equipe profissional de outro estabelecimento diferente daquela que iniciou o processo de doação.

Estes procedimentos podem ser registrados no SIH/SUS, sendo instrumento de registro AIH principal ou no SIA/SUS, sendo instrumento de registro APAC principal.

A AIH para estes procedimentos deve ser **em nome do doador** e nos campos procedimento principal solicitado e realizado registrar 05.03.01.001-4 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos ou 05.03.01.002-2- Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos Realizadas por

Equipe de Outro Estabelecimento de Saúde, conforme o caso; e registrar na tela Procedimentos Realizados, os procedimentos especiais constantes dessas ações. Estes procedimentos principais têm valor zero na AIH e os procedimentos especiais realizados é que tem valor.

Todo o Grupo 05 do SIGTAP é financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)

Para os procedimentos de ações de doação e captação de órgãos e tecidos não incidem as críticas de especialidade de leito e de controle da taxa de ocupação.

As AIH e APAC referentes aos procedimentos do Grupo 05 do SIGTAP devem ser encerradas com o código da Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação: 2.5 - Por Processo de Doação de Órgãos, Tecidos e Células - Doador Morto.

45.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Os procedimentos relativos às atividades relacionadas à avaliação e diagnóstico de morte encefálica de possível doador de órgãos e tecidos, em conformidade com o estabelecido na Resolução n.º 1480/1997 do CFM, são os seguintes:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
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

Estes dois códigos são excludentes entre si e não permitem registro de outro procedimento principal na mesma AIH, mas apenas os procedimentos especiais que comprovam a morte cerebral.

A Portaria SAS/MS n.º 510/2010 incluiu o procedimento: 05.01.06.005-7 - Exame complementar para diagnóstico de morte encefálica. Consiste na realização de pelo menos 01 dos exames previstos na Resolução CFM 1480/1997, com o objetivo de caracterizar a morte encefálica. Estes exames podem ser realizados por Telemedicina. O procedimento 05.01.06.005-7 é compatível com os procedimentos 05.03.01.001-4 e 05.03.01.002-2 de ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células para transplante e deve ser registrado na AIH do doador, com pelo menos um dos exames previstos na Resolução CFM.

Os exames complementares e seus no SIGTAP são os seguintes:

05.01.06.001-4	Angiografia cerebral para diagnóstico de morte encefálica (4vasos)
05.01.06.002-2	Cintilografia radioisotópica cerebral para diagnóstico de morte encefálica
05.01.06.003-0	Eco doppler colorido cerebral para diagnóstico de morte encefálica
05.01.06.004-9	Eletroencefalograma para diagnóstico de morte encefálica

Para auxiliar o controle dos gestores, foi incluído no SIGTAP o atributo complementar de código 26 - Exige Registro de Procedimentos Secundários Compatíveis para identificar os procedimentos que exigem que na AIH sejam informados os procedimentos secundários compatíveis. A não informação leva à rejeição da AIH.

Na Portaria SAS/MS n.º 511/10 foi incluído no Serviço 149 - Transplante da Tabela de Serviço Especializado/Classificação/CBO do SCNES a classificação 015 - Ações para Doação e Captação de Órgãos e Tecidos. Esta Portaria define como estabelecimento de saúde notificante de morte encefálica ou coração parado o estabelecimento com cadastro no SCNES com os seguintes perfis:

a) Capaz de gerar notificação de óbitos com potencial de doação apenas de tecidos (óbito com coração parado);

b) Perfil de assistência compatível com a identificação e notificação de morte encefálica que deve dispor de médico capacitado a realizar o exame clínico descrito no Protocolo de morte encefálica, conforme Resolução do CFM e com o Regulamento Técnico do SNT (Portaria GM/MS n.º 2.600 de 21 de outubro de 2009) e dispor de aparelho de suporte a ventilação mecânica respirador/ventilador mecânico.

A partir da Portaria SAS/MS n.º 511/10 os estabelecimentos de saúde notificantes de morte encefálica ou coração parado podem realizar as ações de doação e captação de órgãos e tecidos, inclusive os bancos de tecidos e os autorizados pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplante (CGSNT). Para realizar retirada e/ou transplante devem ter marcado no SCNES que prestam serviço ao SUS, o que se confirma com o Serviço/classificação 149/015 - Transplante/Ações para Doação e Captação de Órgãos e Tecidos.

Cod serv	Descrição do serviço	Class.	Descrição da classificação
121	Diagnóstico por imagem	001	Radiologia
		007	Radiologia por telemedicina
		002	Ultrassonografia
		008	Ultrassonografia por telemedicina
122	Diagnóstico por métodos gráficos/dinâmicos	004	Exame eletroencefalográfico
		008	Exame eletroencefalográfico por telemedicina
151	Medicina Nuclear	001	Medicina Nuclear In vivo
		003	Medicina Nuclear In vivo por telemedicina

Devem dispor também do serviço para a realização de sorologia e tipagem sanguínea.

Cod serv	Descrição do serviço	Class	Descrição da classificação
145	Diagnóstico por laboratório clínico	003	Exames sorológicos e imunológicos

Os estabelecimentos de saúde notificantes autorizados pela CGSNT podem apresentar também os procedimentos referentes às retiradas.

45.3 ENTREVISTA FAMILIAR

Havendo diagnóstico de morte cerebral confirmado para que possa ser iniciado o processo de doação de órgãos deve ser realizada entrevista familiar quanto à decisão de autorizar ou não a doação. Pode ser emitida AIH de ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos com o procedimento especial 05.03.04.005-3 - ENTREVISTA FAMILIAR P/ DOAÇÃO DE ORGAOS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA.

Caso a família recuse a doação, deve ser encerrada a AIH das Ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células registrando em "Procedimentos Realizados" 05.03.04.005-3 - Entrevista Familiar p/ Doação de Órgãos e ou Tecidos para Transplante e os exames para diagnóstico de morte cerebral, caso tenham sido realizados.

No caso de doador coração-parado é emitida AIH com o procedimento 05.03.04.006-1 - ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDOS DE DOADORES COM CORAÇÃO PARADO quando houver ao menos a retirada do globo ocular notificado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

45.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR TAXA DE SALA

No caso de morte cerebral e doação confirmadas serão necessárias ações por parte do hospital e da equipe profissional para a manutenção hemodinâmica do doador e para a retirada de órgãos. O procedimento para a manutenção do paciente em morte encefálica em condições para viabilização da doação de órgãos e tecidos em UTI é o 05.03.04.004-5 - Diária de Unidade de Terapia Intensiva de Provável Doador de Órgão, quantidade máxima 01.

O procedimento 05.03.03.001-5 - Manutenção Hemodinâmica de Possível Doador e Taxa de Sala p/ Retirada de Órgãos deve ser registrado apenas uma vez na AIH em nome do doador, com a quantidade 01, independentemente do número de órgãos retirados.

45.4.1 AVALIAÇÃO DO POSSÍVEL DOADOR FALECIDO DE ÓRGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTES

Procedimento 05.06.01.005-8 - Trata-se de procedimento com instrumento de registro AIH especial. Consiste na avaliação realizada por membro da CIHDOTT em prováveis doadores de órgãos ou tecidos a fim de analisar as condições atuais desses prováveis doadores, inclusive por meio da revisão de prontuários.

45.5 RETIRADA DE ÓRGÃOS

As retiradas dos órgãos e/ou tecidos para transplantes, só podem ser realizadas por profissionais/equipes autorizadas e designadas pela CGSNT/DAE/SAS/MS.

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

- Retirada de órgãos efetuada no hospital em que foi realizado o procedimento de ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células, por equipe deste mesmo hospital ou por equipe profissional de outro hospital.
- Retirada processada em hospital distinto do hospital onde foi realizado o procedimento de ações relacionadas à doação.

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 compatibilidade entre estes procedimentos principais e especiais.

Código	Procedimento
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 Órgãos
05.02.01.001-0	Avaliação Clínica de Morte Encefálica em Maior de 2 Anos
05.02.01.002-9	Avaliação Clínica de Morte Encefálica em Menor de 2 Anos
05.03.01.001-4	Ações Relacionadas à Doação de Órgãos Tecidos e Célula
05.03.03.001-5	Manutenção Hemodinâmica de Possível Doador e Taxa de Sala p/ Retirada de Órgãos
05.03.03.002-3	Retirada de Coração (p/ Transplante)
05.03.03.003-1	Retirada de Coração p/ Processamento de Válvula / Tubo Valvado / Transplante
05.03.03.004-0	Retirada de Fígado (p/ Transplante)
05.03.03.005-8	Retirada de Globo Ocular Uni / Bilateral (p/ Transplante)
05.03.03.006-6	Retirada de Pâncreas (p/ Transplante)
05.03.03.007-4	Retirada de Pulmões (p/ Transplante)
05.03.03.008-2	Retirada Uni / Bilateral de Rim (p/ Transplante)
05.03.04.001-0	Coordenação de Sala Cirúrgica p/ Retirada de Órgãos e Tecidos p/ Transplante
05.03.04.002-9	Deslocamento Interestadual de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos
05.03.04.003-7	Deslocamento de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos – Intermunicipal
05.03.04.004-5	Diária de Unidade de Terapia Intensiva de Provável Doador de Órgãos
05.03.04.005-3	Entrevista Familiar p/ Doação e/ ou Tecidos p/ Transplante

Os procedimentos especiais de retiradas de órgãos só têm valor na fração SP. Para primeiro cirurgião o sistema calcula 76,92% do SP e para o segundo cirurgião 23,08% do SP.

A retirada pode ser realizada em hospital distinto de onde foi realizado o procedimento de ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células. Pode ser realizada por equipe profissional deste segundo hospital ou de outro(s) para onde o paciente tenha sido transferido para a efetivação da retirada, devendo nesta hipótese serem emitidas tantas AIH quantos forem os Procedimentos Realizados (retirada de órgãos por equipes distintas).

As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) têm a responsabilidade de informar ao estabelecimento de saúde notificante a efetivação do transplante do órgão para que este estabelecimento possa apresentar para processamento o procedimento 05.03.04.008-8 - Captação de Órgão Efetivamente Transplantado.

45.6 COORDENAÇÃO DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS TECIDOS PARA TRANSPLANTE

O procedimento 05.03.04.001-0 - Coordenação de Sala Cirúrgica p/ Retirada de Órgãos e Tecidos p/ Transplante deve ser registrado apenas uma vez na AIH em nome do doador, independentemente do número de órgãos retirados.

No caso da retirada de órgão ser realizada por mais de uma equipe deve ser emitida uma AIH para cada retirada de órgão, ou seja, devem ser emitidas tantas AIH quantos forem os Procedimentos Realizados, desde que por equipes distintas. Se for uma única equipe, deve ser emitida uma única AIH.

45.7 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS

Nas retiradas de órgãos realizadas por equipe proveniente de outro hospital, as AIH devem ser emitidas para o hospital que deslocou a equipe, registrando-se nos campos procedimento solicitado e realizado da tela Identificação da Internação o código 05.03.01.002-2 – ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células realizadas por equipe de outro estabelecimento, registrando ainda os procedimentos especiais referentes às retiradas.

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 a retirada de órgãos de doador, 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, 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 na AIH em nome do doador com o procedimento principal 05.03.01.002-2 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células realizadas por equipe de outro Estabelecimento de Saúde.

45.8 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 na AIH com procedimento principal - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células considerando as seguintes situações:

No caso do Líquido de Preservação utilizado pertencer ao próprio hospital em que se realiza a retirada de órgãos ou no caso do Líquido de Preservação ser levado de outros hospitais, os

procedimentos referentes aos mesmos devem 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. Não é permitido o registro concomitante na AIH do hospital onde se realiza a retirada e em AIH do hospital de origem das equipes.

45.9 RETIRADA DO CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO VÁLVULAS/TUBO VALVADO/RETIRADA DO GLOBO OCULAR

05.03.03.003-1- Retirada de Coração p/ Processamento de Válvula Tubo Valvado p/ posterior transplante - destina-se à obtenção de válvulas cardíacas que devem ser encaminhadas ao Banco de Válvulas definido pela CNCDO, onde se realiza o processamento das válvulas e pedículos venosos para posterior transplante. Este procedimento só é registrado uma vez, embora cada retirada possa dar origem a mais de um procedimento de processamento.

05.03.03.005-8 - Retirada de Globo Ocular Uni ou Bilateral (p/ transplante) - consiste na retirada de globo(s) ocular(es), que devera(o) ser encaminhado(s) ao Banco de Tecidos definido pela CNCDO para realizar o processamento de córnea(s) e esclera(s) para posterior transplante.

Para os procedimentos 05.03.03.005-8 – Retirada de Globo Ocular Uni/Bilateral p/ Transplante e 05.03.03.003-1- Retirada de Coração p/ Processamento de Válvula Tubo Valvado, o SISAIH01 não abre tela de equipe, mas é obrigatório informar CNS e CBO.

45.9.1 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO

Os procedimentos especiais 05.04.03.002-7 - Processamento de Válvula Cardíaca Humana e 05.04.03.001-9 – Processamento de Tubo Valvado Cardíaco Humano devem ser registrados na AIH do paciente no qual a válvula ou o tubo valvado for implantado. O Banco de Válvulas Cardíacas não apresenta produção.

Para que o Banco de Tecidos, de Válvulas Cardíacas ou de Ossos receba pelo processamento é obrigatório que esteja cadastrado como terceiro no CNES do hospital que realiza a cirurgia que utiliza a válvula ou o tubo valvado, conforme compatibilidades. Na AIH ele é terceiro do hospital.

45.9.2 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO OU VÁLVULA CARDÍACA HUMANOS

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 a todo processamento. A AIH é em nome do receptor.

Esse procedimento é compatível com 0406010846 - RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO e 0406010994 - TROCA DE ARCO AORTICO

45.9.3 PROCESSAMENTO DE CÓRNEA/ESCLERA

Estão incluídos todos os processos necessários em nível hospitalar e ambulatorial – Separação e Avaliação Biomicroscópica da Córnea/Esclera e Contagem Endotelial da Córnea. A AIH deve ser em nome do doador, registrando no campo procedimento principal solicitado e realizado 05.04.01.002-6 – Processamento de Córnea/Esclera (procedimento principal com valor zero) e em *Procedimentos Realizados* 05.0401.003-4 – Separação Bi Microscópica da Córnea e/ou 05.04.01.001-8 – Contagem de Células Endoteliais da Córnea.

45.10 INCREMENTO FINANCEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTES E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (IFTDO)

A Portaria GM/MS Nº 845/2012 estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplante e processo de doação de órgãos.

O custeio diferenciado tem por base o Incremento Financeiro para a realização de procedimentos de Transplantes e o processo de Doação de Órgãos (IFTDO). O IFTDO tem por objetivo específico a melhoria da remuneração dos profissionais envolvidos no processo doação/transplante.

Os estabelecimentos de saúde aptos ao IFTDO devem atender aos indicadores de qualidade e são habilitados em 04 (quatro) níveis, de acordo com a complexidade:

I - Nível A – estabelecimentos de saúde autorizados para 4 (quatro) ou mais tipos de transplantes de órgãos sólidos ou autorizados para transplante de medula óssea alogênico não aparentado – Habilitação 2426

II - Nível B - estabelecimentos de saúde autorizados para 3 (três) tipos de transplantes de órgãos sólidos – Habilitação - 2427

III - Nível C - estabelecimentos de saúde autorizados para 2 (dois) tipos de transplantes de órgãos sólidos ou para pelo menos 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido e transplante de medula óssea alogênico aparentado – Habilitação 2428

IV - Nível D - estabelecimentos de saúde autorizados para 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido – Habilitação 2429

Os estabelecimentos que realizarem um índice mínimo de 3 (três) transplantes por milhão de população brasileira, por ano, mesmo que de apenas um órgão sólido (rim, fígado, pulmão ou coração) serão classificados como Nível A.

O IFTDO corresponde a um incremento nos valores dos procedimentos relacionados ao processo de transplantes e doação de órgãos e tecidos, constantes do SIGTAP nos componentes (Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Profissionais (SP), nos percentuais:

I - Nível A - IFTDO de 60% (sessenta por cento)

II - Nível B - IFTDO de 50% (cinquenta por cento)

III - Nível C - IFTDO de 40% (quarenta por cento)

IV - Nível D - IFTDO de 30% (trinta por cento)

O IFTDO somente incide sobre os procedimentos: 05.03.03.001-5 - Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada, 05.03.03.002-3 - Retirada de coração (para transplante), 05.03.03.003-1 - Retirada de coração p/ processamento de válvula / tubo valvado, 05.03.03.004-0 - Retirada de fígado (para transplante) 05.03.03.006-6 - Retirada de pâncreas (para transplante), 05.03.03.007-4 - Retirada de pulmões (para transplante), 05.03.03.008-2 - Retirada uni / bilateral de rim (para transplante) -05.03.04.001-0 Coordenação de sala cirúrgica p/ retirada de órgãos e tecidos p/ transplante doador falecido, 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 – 050304005-3 - entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica, 05.03.04.006-1 Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração, 05.03.04.008-8 - Captação de órgão efetivamente transplantado 05.05.01.001-1 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea aparentado, 05.05.01.002-0 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea não aparentado, 05.05.01.003-8 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue, 05.05.01.004-6 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue de cordão umbilical não aparentado, 05.05.01.005-4 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue, 05.05.01.006-2 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico não aparentado, 05.05.02.004-1 transplante de coração 05.05.02.005-0 - Transplante de fígado (órgão de doador falecido), 05.05.02.006-8 - Transplante de fígado (órgão de doador vivo) 05.05.02.008=4 transplante de pulmão unilateral 05.05.02.009-2 transplante de rim (órgão de doador falecido), 05.05.02.010-6 - Transplante de rim (órgão de doador vivo) 05.05.02.012-2 transplante de pulmão bilateral.

45.11 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS

Os medicamentos para administração em pacientes transplantados são financiados pelo FAEC e estão no SIGTAP com seus atributos, incluindo compatibilidades.

45.12 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE

Quando ocorrer a internação do paciente transplantado de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas, rim-pâncreas ou células-tronco hematopoiéticas por intercorrência proveniente *do transplante* deve ser emitida AIH em nome do paciente com o código 05.06.02.004-5 - Tratamento de Intercorrência Pós Transplante de Órgãos/Células-Tronco Hematopoiéticos. Esse procedimento tem como atributo permanência por dia, não inclui o valor de diária de UTI e permite o lançamento dos, medicamentos previstos para a intercorrência pós transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. No valor do procedimento hospitalar estão incluídos todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos, insumos e medicamentos, exceto os especiais, necessários para a realização dos atos.

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 AIH desde que as intercorrências estejam diretamente relacionadas com o transplante. É obrigatório o registro do CID secundário.

No caso de internação para tratamento clínico de paciente internado por complicação relacionada ao transplante que demande tempo prolongado de internação na vigência de complicações devem ser utilizados os códigos específicos do SIGTAP por órgão transplantado, conforme relação abaixo. Tem como atributo permanência por dia. O valor deste procedimento não inclui diária de UTI, medicação antifúngica e antiviral. .

05.06.02.005-3 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de rim - pós transplante crítico
05.06.02.006-1 - Tratamento de intercorrência pós transplante de coração- pós transplante crítico
05.06.02.007-0 - Tratamento de intercorrência pós transplante de pulmão uni/bilateral - pós transplante crítico
05.06.02.008-8 - Tratamento de intercorrência pós transplante simultâneo de rim/pâncreas ou pâncreas isolado- pós transplante crítico
05.06.02.009-6 - Tratamento de intercorrência pós transplante de fígado- pós transplante crítico
05.06.02.010-0 - Tratamento de intercorrência pós transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas- pós transplante crítico
05.06.02.011-8 - Tratamento de intercorrência pós transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas- pós transplante crítico

Esses procedimentos não podem ser realizados em conjunto com procedimentos referentes à intercorrência em Hospital Dia e com o procedimento 05.06.02.004-5 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos/células-tronco hematopoiéticas.

A utilização desses procedimentos pode seguir-se à do procedimento 05.06.02.004-5 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos células-tronco hematopoiéticas, se o controle da complicação intercorrente exigir tempo prolongado de internação;

Em caso de alta hospitalar, é possível a reinternação com a utilização desses procedimentos podendo ser emitidas novas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), desde que:

- a) observado o prazo máximo de 6 meses de internação;
- b) se o paciente necessitar de internação superior a 30 dias a AIH deverá ser encerrada e aberta outra, informando nesta, o número da AIH anterior;

O somatório do número de diárias geradas com a utilização desses procedimentos não poderá ultrapassar o valor de um procedimento de transplante específico para cada órgão sólido ou células-tronco hematopoiéticas que gerou a internação pela complicação;

45.13 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL-DIA PARA INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

Para atendimento de pacientes pós-transplantes o estabelecimento de saúde deve ser habilitado no código de habilitação 1204 devidamente registrado no CNES.

45.13.1 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA

05.06.02.002-9 - intercorrência pós-transplante autogênico de células-tronco hematopoiéticas (hospital dia)

O limite por AIH para o procedimento é de 07 (sete) dias, não permite permanência à maior ou diária de UTI. É permitido o registro dos medicamentos 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 06 (seis) meses da realização do transplante.

45.13.2 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA APARENTADO

05.06.02.003-7 - Tratamentos de intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de aparentado (hospital dia)

O limite por AIH é de 15 (quinze) dias, não permite permanência a maior ou diária de UTI. É 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.

45.13.3 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA NÃO APARENTADO

05.06.02.001-0 - Intercorrência pós transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas - não aparentado (hospital dia)

O limite por AIH é de 30 (trinta) dias, não permite permanência a maior e diária de UTI. É 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.

46. CIRURGIA EM ONCOLOGIA

46.1 ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A PORTARIA n.º 2947

A Portaria GM/MS n.º 2.947, de 21 de dezembro de 2012, atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos no SIGTAP.

Foram excluídos procedimentos desde a competência dezembro de 2012, mas para estes há correspondência no SIGTAP para os seguintes:

EXCLUÍDO	CORRESPONDENTE
04.16.01.008-3 - Nefropielostomia em oncologia	04.09.01.025-1 - Nefropielostomia
04.16.04.006-3 - Esplenectomia em oncologia	04.07.03.012-3 - Esplenectomia
04.16.04.008-0 - Gastroenteroanastomose em oncologia	04.07.01.016-5 - Gastroenteroanastomose
04.16.04.009-8 - Gastrostomia em oncologia	04.07.01.021-1 - Gastrostomia
04.16.05.004-2 - Colostomia em oncologia	04.07.02.010-1 - Colostomia
04.16.07.002-7 - Ressecção de esclera em oncologia	04.05.03.012-6-Trat cirúrgi neoplasia de esclera
04.16.09.009-5 –Ressec TU maligno osso temporal em oncologia	04.03.03.005-6 - Craniectomia por tumor ósseo

Esta Portaria estabeleceu as compatibilidades/correlações para o procedimento 04.15.02.005-0 - Procedimentos Sequenciais em Oncologia. O primeiro procedimento principal a ser registrado deve ser o correspondente ao motivo básico do tratamento cirúrgico e o código da CID da neoplasia registrado no campo Diagnóstico Principal da AIH.

Na AIH com procedimento principal 04.15.02.005-0 - Procedimentos Sequenciais em Oncologia, a fração SH dos procedimentos realizados serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados de acordo com os percentuais a seguir e a fração SP é paga integralmente (100%) para todos os procedimentos.

Procedimento	Percentual do SH
1º	100%
2º	75%
Do 3º ao 5º	50%

Existem os procedimentos principais que são compatíveis com 04.15.02.005-0 - Procedimentos Sequenciais em Oncologia. Para cada um desses procedimentos existe(m) outro (s) principais compatíveis. Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com Procedimentos Sequenciais em Oncologia. A partir daí, o segundo, terceiro, quarto e quinto procedimentos principais realizados tem de ser compatíveis com o primeiro procedimento principal informado. Toda esta informação está no SIGTAP, no entanto, alguns procedimentos principais poderão ser realizados sem estarem na lista de compatibilidades do SIGTAP. Estes procedimentos são os que possuem o atributo complementar 039 – “Permitido em AIH com mais de 01 procedimento principal”.

Foi incluído na Tabela de Regras Condicionadas do SIGTAP o código "0003 Condiciona a Rejeição da AIH" – que significa que se houver duplicidade de AIH na mesma competência de processamento no SIHD e um dos procedimentos principais for o de código 04.15.02.005-0 - Procedimentos Sequenciais em Oncologia, a AIH será bloqueada para ser analisada pelo gestor.

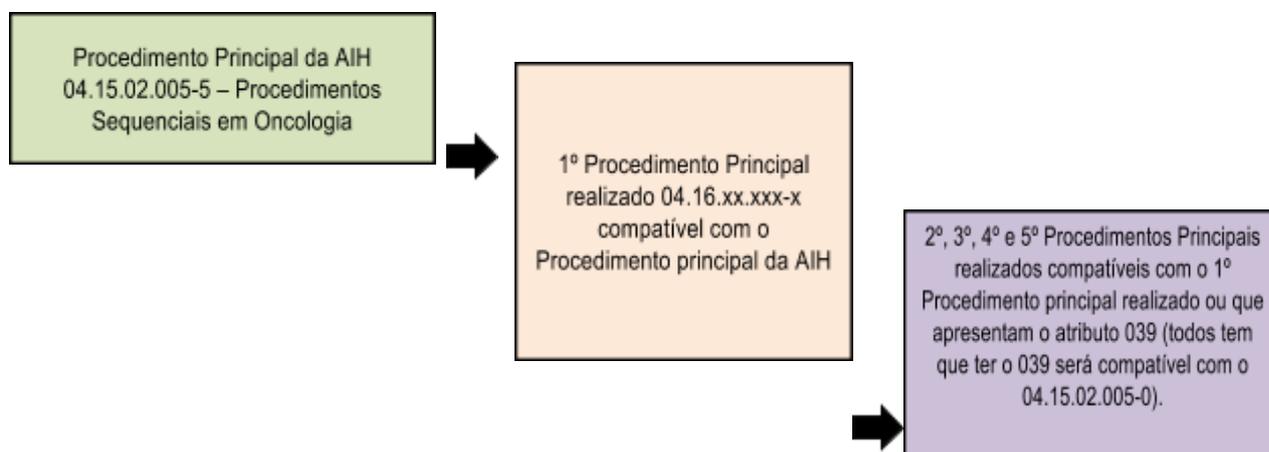
A partir desta portaria não é permitido o registro dos procedimentos do Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos e Subgrupo 16-Cirurgia em Oncologia em AIH com os procedimentos 04.15.02.003-4 - Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais e 04.15.01.001-2 - Cirurgias Múltiplas.

O PROCEDIMENTO SEQUENCIAL DE ONCOLOGIA (04.15.02.005-0) apenas deve abrir a AIH.

Não admite mudança de procedimento. O CID terá que ser compatível com a principal patologia referente ao procedimento informado na primeira linha de realizados. O primeiro procedimento informado na tela de realizados tem que ser compatível com procedimentos sequenciais em oncologia. Do segundo procedimento em diante terá que ser compatível com o primeiro informado. O detalhe 39 permite que alguns procedimentos principais sejam informados mesmo não estando na compatibilidade do SIGTAP.

Esta Portaria n.º 2947 foi republicada no Diário Oficial de União em 11 de julho de 2013.

Esquema da AIH de Procedimentos Sequenciais em Oncologia:



Existem procedimentos principais que são compatíveis com PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA. Para cada um desses procedimentos existe(m) outro(s) principais compatíveis. Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA. A partir daí, o segundo, terceiro, quarto e quinto procedimentos principais realizados têm de ser compatíveis com o primeiro procedimento principal realizado. Isto está no SIGTAP.

Alguns procedimentos principais poderão ser registrados entre os realizados sem estarem na lista de compatibilidades do SIGTAP. Estes procedimentos são os que possuem o atributo 039 "**Permitido em AIH com mais de 1 procedimento principal**". Os procedimentos que possuem este atributo são os seguintes:

0401020010 - Enxerto composto
0401020029 - Enxerto dermo-epidérmico
0401020037 - Enxerto livre de pele total
0403020026 - Enxerto microcirúrgico de nervo periférico (único nervo)
0404010377 - Traqueostomia
0406020302 - Plastia arterial c/ remendo (qualquer técnica)
0406020493 - Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas da região
0407010211 - Gastrostomia
0407020039 - Apendicectomia
0407020101 - Colostomia
0407020306 - Jejunostomia / ileostomia
0407030026 - Colectomia
0407030123 - Esplenectomia
0409020168 - Uretrostomia perineal / cutânea / externa
0409040142 - Orquiectomia subcapsular bilateral
0409050091 - Reimplante de pênis
0409060216 - Ooforectomia / ooforoplastia
0410010073 - Plástica mamaria feminina não estética
0410010090 - Plástica mamaria reconstrutiva - pós-mastectomia c/ implante de prótese
0412010127 - Traqueostomia com colocação de órtese traqueal ou traqueobrônquica
0412030110 - Pleurodese
0413040143 - Reconstrução total de orelha (múltiplos estágios)

As OPM utilizadas devem ser registradas de acordo com compatibilidade e quantidades existentes no SIGTAP logo abaixo do procedimento principal realizado no caso de AIH com o procedimento 04.15.02.005-0 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA.

Uma AIH com procedimentos do GRUPO 04 SUBGRUPO 16 realizados em hospitais habilitados com 17.17 **Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A** ou 17.18 **Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B**, recebe um incremento de 20% no valor do procedimento (04.16). Isto será considerado mesmo no caso dos procedimentos serem realizados dentro de AIH com o procedimento 04.15.02.005-0 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA respeitando-se os percentuais diferenciados do valor do SH neste caso.

Os procedimentos do Grupo 04 Subgrupo 16 não podem ser apresentados em AIH de 04.15.01.0012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS nem de 04.15.02.003-4 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS.

A Portaria GM/MS n.º 2.439/2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, definindo Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção Oncológica composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Centros de Referência

de Alta Complexidade em Oncologia. As normas de classificação e credenciamentos de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia estão definidas na Portaria SAS/MS n.º 741/2005.

A quimioterapia deve ser realizada em regime ambulatorial. Quando não houver possibilidade, a internação será autorizada, após justificativa do médico assistente para serem realizados em hospitais habilitados para alta complexidade em câncer. Durante a internação para tratamento oncológico será mantido o pagamento da quimioterapia por meio de APAC à exceção dos procedimentos 03.04.08.004-7 – Quimioterapia Interarterial 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 (Cobalto Terapia ou Acelerador Linear) pode ser realizado por hospitais habilitados ou não para alta complexidade. Os demais procedimentos radioterápicos devem ser registrados em APAC. A validade da AIH para internação deste procedimento é de 30 dias/mês.

O procedimento 03.04.10.001-3. – Tratamento de Intercorrências Clínicas em Pacientes Oncológicos é remunerado por dia e pode ser realizado por hospitais habilitados ou não para alta complexidade, devendo registrar como CID principal a neoplasia e como CID secundário a patologia que gerou a internação.

Quanto ao procedimento 03.04.10.002-1 – Tratamento clínico do paciente oncológico é aquele realizado na modalidade hospitalar decorrente de complicação aguda ou crônica devido à neoplasia maligna ou ao seu tratamento, inclusive a progressão tumoral ou complicação progressiva. A autorização deste procedimento pode ser seguida a do procedimento 03.04.10.001-3.

47. ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR

Portaria GM/MS n.º 1.169/2004 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 n.º 210 de 15 de junho de 2004. Para realização destes procedimentos é necessário que os hospitais estejam habilitados em Alta Complexidade de Assistência Cardiovascular.

Os procedimentos a seguir descritos podem ser realizados em Unidades habilitadas em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, não sendo restrito apenas aos hospitais habilitados como Centros de Referência conforme Portaria SAS/MS n.º 123/2005.

Código	Procedimento
04.06.03.012-0	Valvuloplastia Mitral Percutânea
04.06.03.014-6	Valvuloplastia Tricúspide Percutânea
04.06.02.058-2	Troca de Aorta Descendente - Inclui Abdominal.
04.06.02.005-1	Aneurismectomia Tóraco-Abdominal
04.06.01.068-4	Implante de Marcapasso Temporário Transvenoso
04.06.01.010-2	Cardiografia
04.06.01.011-0	Cardiotomia Para Retirada de Corpo Estranho
04.06.01.077-3	Pericardiocentese
04.06.01.051-0	Drenagem com Biópsia de Pericárdio

Operatório; 04.03.06.004-4 - Microcirurgia p/ Lesionectomia s/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.009-5 – Transecções Subpiais Múltiplas em Áreas Eloquentes; 04.03.06.007-9 – Microcirurgia p/ Ressecção Unilobar Extra Temporal c/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.003-6 - Microcirurgia p/ Lesionectomia c/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.005-2 – Microcirurgia p/ Lobectomia Temporal ou Amigdaló-Hipocampectomia e 04.03.06.006-0 – Microcirurgia p/ 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 c/ 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.

48. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

A Portaria GM/MS n.º 221/2005 instituiu a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e definiu a organização de Redes Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia que são formadas por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia.

A Portaria SAS/MS n.º 90/2009 define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

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

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

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

A Portaria GM/MS n.º 880 é válida a partir de julho/2013. Esta portaria define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumatologia-ortopédicos de Média Complexidade (TOM) no SUS e tem os seguintes objetivos:

I - promover ações que visem ao aumento do acesso a procedimentos traumatologia-ortopédicos de Média Complexidade em todo território nacional;

II - identificar os estabelecimentos de saúde para o desenvolvimento das ações que visem a organização da atenção em traumatologia-ortopedia de média complexidade no SUS, de acordo com o descrito nesta Portaria;

III - reduzir o tempo de espera para procedimentos de média complexidade em traumatologia-ortopedia; e

IV - regular o encaminhamento dos pacientes vítimas de trauma que necessitem de tratamento definitivo em traumatologia-ortopedia.

Estes procedimentos podem ser realizados no primeiro atendimento ao paciente, ou com brevidade, conforme a necessidade definida pelo médico do primeiro atendimento, em caráter de agendamento regulado, denominado segundo tempo ou momento do tratamento, respeitado o caráter de urgência e singularidades do cuidado, sem prejuízo ou comprometimento clínico do paciente. O agendamento regulado não exclui a obrigatoriedade da assistência imediata ao trauma. Os procedimentos traumatologia-ortopédicos de Média Complexidade estão relacionados no anexo da Portaria e são considerados de acordo com a tabela auxiliar de caráter de atendimentos do (SIA/SUS) e (SIH/SUS) com os seguintes caracteres de atendimento: Urgência (02), Acidente no local de trabalho ou serviço da empresa (03), Acidente no trajeto para o trabalho (04), outros tipos de acidente de trânsito (05) e Outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos (06) e terão financiamento diferenciado quando realizados em serviços de saúde indicados pelo gestor. Os procedimentos constantes nesta Portaria e que também compõem a estratégia de ampliação do acesso às cirurgias eletivas definida nos termos da Portaria GM/MS n.º 1.340/2012 serão excluídos do rol de procedimentos eletivos a partir da competência julho de 2013 e passam a ser contemplados pela estratégia da Portaria 880/2013. Para adesão à estratégia de aumento do acesso dos Procedimentos do TOM os gestores de saúde interessados

deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, especialmente à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAE/SAS/MS) o Plano Operativo a ser analisado e aprovado.

O Artigo 12 estabelece que os procedimentos descritos no anexo a esta Portaria terão incremento de 80% (oitenta por cento) sobre os valores dos Serviços Profissionais (SP) e 80% (oitenta por cento) sobre os Serviços Hospitalares (SH) do procedimento principal da AIH para os estabelecimentos selecionados no plano operativo a partir da competência do mês julho de 2013. Estes procedimentos serão identificados com o atributo de incremento previsto no "caput" deste artigo no SIGTAP. No entanto, o incremento para estes procedimentos terá efeito financeiro a partir da competência seguinte ao da publicação da portaria específica da SAS/MS, mas apenas os estabelecimentos identificados no SCNES definidos no plano operativo farão jus ao recebimento do incremento financeiro. Para cálculo do incremento financeiro pelo SIH/SUS, será observado o código principal da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) do procedimento principal registrado na AIH, devendo este código pertencer ao Capítulo XIX da CID. Assim a regra no SIH/SUS ficará da seguinte forma: "procedimentos na modalidade hospitalar que no caso de: habilitação específica em trauma + CID principal do capítulo XIX (S00 a T98)+ caráter de atendimento 02, 03, 04, 05 ou 06, terão um incremento de 80% no valor total do procedimento.

49 CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A PORTARIA Nº 10, DE 06 DE JANEIRO DE 2014

A Portaria SAS nº 10, de 06 de janeiro de 2014 incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o procedimento Sequencial em Ortopedia (04.15.02.006-9) cuja descrição diz que são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a coluna vertebral, devido à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados.

Os Procedimentos Sequenciais deverão ser registrados no campo *procedimentos realizados* do SISAIH01, no máximo em número de cinco e deverão ser registrados em ordem decrescente de valores. Quanto à remuneração, a fração SH dos procedimentos realizados serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados no SISAIH01 de acordo com os percentuais abaixo e a fração SP é paga integralmente (100%) para todos os procedimentos.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PERCENTUAL REMUNERADO
1º procedimento	100%
2º procedimento	75%
3º procedimento	50%
4º procedimento	50%
5º procedimento	50%

Esta Portaria estabeleceu as compatibilidades/correlações para o procedimento 04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia. O primeiro procedimento principal a ser registrado deve ser o correspondente ao motivo básico do tratamento cirúrgico e o código da CID registrado no campo Diagnóstico Principal da AIH.

Existem os procedimentos principais que são compatíveis com 04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia. Para cada um desses procedimentos existe(m) outro (s) principais compatíveis. Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com Procedimentos Sequenciais em Ortopedia. A partir daí, o segundo, terceiro, quarto e quinto procedimentos principais realizados tem de ser compatíveis com o primeiro procedimento principal informado. Toda esta informação está no SIGTAP, no entanto, alguns procedimentos principais poderão ser realizados sem estarem na lista de compatibilidades do SIGTAP. Estes procedimentos são os que possuem o atributo complementar 039 – "Permitido em AIH com mais de 01 procedimento principal". O art. 3º da PT SAS nº 10, de 06 de janeiro de 2014 inclui o atributo 039 nos procedimentos 04.12.04.017-4 - Toracotomia exploradora e 04.07.04.016-1 - Laparotomia exploradora, ou seja, permite que estes procedimentos principais sejam informados em AIH mesmo não estando na compatibilidade do SIGTAP.

Cada procedimento informado deve ser registrado 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, há rejeição da AIH. As OPM são pagas integralmente para todas as cirurgias.

Foi incluído na Tabela de Regras Condicionadas do SIGTAP o código "0006 Condiciona a Rejeição da AIH" – Ortopedia que significa que se houver duplicidade de AIH na mesma competência de processamento no SIHD e, se entre todas estas AIH existirem como procedimentos principais os de código 04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia ou quaisquer outros iniciados por 0408, caberá ao gestor aprovar as AIH.

A partir desta portaria não é permitido o registro dos procedimentos do Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 08 - Cirurgia do sistema Osteomuscular, Forma de Organização 03 - Coluna Vertebral e Caixa Torácica em AIH com os procedimentos 04.15.02.003-4 - Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais.

50. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE AS PORTARIAS n.º 09, DE 06 DE JANEIRO DE 2014 e N.º 914, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

A Portaria SAS n.º 09, de 06 de janeiro de 2014 incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o procedimento Sequencial em Neurocirurgia (04.15.02.007-7) cuja descrição diz que são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados. Esta exclui o procedimento 04.15.02.002-6 Procedimentos Sequenciais em Ortopedia e/ou Neurocirurgia.

A Portaria SAS n.º 914, de 19 de setembro de 2014, altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria SAS n.º 09, de 06 de janeiro de 2014.

Os Procedimentos Sequenciais deverão ser registrados no campo *procedimentos realizados* do SISAIH01, no máximo em número de cinco e deverão ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valores. Quanto à remuneração, a fração SH dos procedimentos realizados serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados no SISAIH01 de acordo com os percentuais abaixo e a fração SP é paga integralmente (100%) para todos os procedimentos.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PERCENTUAL REMUNERADO
1º procedimento	100%
2º procedimento	75%
3º procedimento	50%
4º procedimento	50%
5º procedimento	50%

Esta Portaria estabeleceu as compatibilidades/correlações para o procedimento 04.15.02.007-7 - Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia. O primeiro procedimento principal a ser registrado deve ser o correspondente ao motivo básico do tratamento cirúrgico e o código da CID registrado no campo Diagnóstico Principal da AIH.

Existem os procedimentos principais que são compatíveis com 04.15.02.007-7 - Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia. Para cada um desses procedimentos existe(m) outro (s) principais compatíveis. Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia. A partir daí, o segundo, terceiro, quarto e quinto procedimentos principais realizados tem de ser compatíveis com o primeiro procedimento principal informado. Toda esta informação está no SIGTAP, no entanto, alguns procedimentos principais poderão ser realizados sem estarem na lista de compatibilidades do SIGTAP. Estes procedimentos são os que possuem o atributo complementar 039 – “Permitido em AIH com mais de 01 procedimento principal”, ou

seja, permite que alguns procedimentos principais sejam informados mesmo não estando na compatibilidade do SIGTAP (art. 3º da PT SAS nº 914, de 19 de setembro de 2014).

Cada procedimento informado deve ser registrado 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, há rejeição da AIH. As OPM são pagas integralmente para todas as cirurgias.

Foi incluído na Tabela de Regras Condicionadas do SIGTAP o código "0007 Condiciona a Rejeição da AIH" – Neurocirurgia que significa que se houver duplicidade de AIH na mesma competência de processamento no SIHD e, se entre todas estas AIH existirem como procedimentos principais os de código 04.15.02.007-7 - Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia ou quaisquer outros iniciados por 0403, caberá ao gestor aprovar as AIH.

A partir desta portaria não é permitido o registro dos procedimentos do Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos e Subgrupo 03 - Cirurgia do sistema nervoso central e periférico em AIH com os procedimentos 04.15.02.003-4 - Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais.

51. GASTROPLASTIA – CIRURGIA BARIÁTRICA

A Portaria nº 424/GM/MS/2013 atualiza as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013(*) estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Nesta portaria ficou definido que os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade. E também que os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades.

Esta portaria tem os seguintes anexos:

I - anexo I - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica;

II - anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade,

III - anexo III - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Foi incluída na tabela de habilitação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) a habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03). Para os estabelecimentos que forem habilitados pelos critérios definidos no Anexo II será concedido incremento no valor dos exames, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau III e grau II associada à comorbidades, e que serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Terão incrementos no componente SA (SERVIÇO AMBULATORIAL) os procedimentos relacionados quando realizados em estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03) no pré-operatório de pacientes com os CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9.

Código	Procedimento	Incremento
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	107,64 %
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdômen total	121,34%
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtoracica	150%
02.05.01.004-0	Ultra-sonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos)	165,15%
02.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa c/ broncodilatador (espirometria)	277,36%

Foram alteradas no SIGTAP as idades mínima e máxima para o tratamento cirúrgico da obesidade, respeitando-se os limites clínicos de acordo a idade (com critérios específicos para jovens entre 16 e 18 anos e adultos com idade acima de 65 anos).

Foram incluídos os procedimentos 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve), 03.03.07.013-7 - Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica e 04.07.01.037-8 - Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica, procedimento 04.13.04.025-9 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica no SIGTAP. Estes procedimentos estão restritos aos primeiros 30 (trinta) dias pós-cirurgia bariátrica.

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

Nas intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas pós-cirurgia bariátrica com internação do paciente deve ser registrado o número da AIH da cirurgia bariátrica no campo AIH anterior no SISAH01, estando restrito a até 30 (trinta) dias após a data da realização da cirurgia bariátrica.

O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica deve ser informado como procedimento solicitado e realizado, sendo permitido o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras definidas no Anexo III da Portaria, será remunerado 100% do valor total de cada procedimento.

Foram alterados os atributos dos procedimentos 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal, 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda e 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal, descrito no Anexo III da Portaria.

No valor dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade não estão incluídos os valores das OPM compatíveis e foram definidas as compatibilidades de procedimentos e OPM conforme abaixo:

Procedimentos	Compatibilidades	Qtde
04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal	07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante	01
	07.02.05.004-0 - Carga p/ grampeador linear cortante	03
04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve)	07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante	01
	07.02.05.004-0 - Carga p/ grampeador linear cortante	03
04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal	07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante	01
	07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	03
04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda	07.02.05.027-0 - Grampeador linear	01
	07.02.05.026-1 - Grampeador circular intraluminal	01

Foram revogadas as Portarias nº 492/SAS/MS/2007; Portaria nº 493/SAS/MS/2007; Portaria nº 563/SAS/MS/2011; e a Portaria nº 409/SAS/MS

52. TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESE IMPERFECTA

Portaria GM/MS n.º 2305/2001 aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da *osteogênese 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 Osteogênese 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 Osteogênese Imperfecta. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e o procedimento: 03.03.04.002-5 - Internação para Administração de Medicação Específica para TOI. No valor do procedimento estão incluídos os medicamentos, materiais, insumos e exames necessários para o tratamento. O procedimento 03.03.04.002-5 somente pode ser realizado/registrado por hospital que esteja previamente habilitado como Centro de Referência em Osteogêneses Imperfecta. As despesas decorrentes do TOI são custeadas com recursos do FAEC, como procedimento estratégico.

53. TERAPIA NUTRICIONAL

A Portaria SAS/MS n.º 120/2009 aprovou as Normas de Classificação e Credenciamento/Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral.

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

São Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que possuírem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

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

Nutrição enteral é aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia. A fórmula nutricional completa exclui qualquer tipo de dieta artesanal e semi-artesanal, conforme definido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 63, de 06 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

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

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

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

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

As Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços contratadas pelos hospitais (EPBS) devem estar autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conformidade com a Portaria SVS/MS n.º 272/1998, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral e a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária N.º 63/2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	LIMITE ÚTIL
03.09.01.010-1	Passagem de Sonda Naso Entérica (Inclui Sonda)	01
03.09.01.003-9	Gastrostomia Endoscópica Percutânea (Inclui Material E Sedação)	01
03.09.01.006-3	Nutrição Enteral Pediátrica	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90 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 90 por AIH

03.09.01.005-5	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.
03.09.01.004-7	Nutrição Enteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90 por AIH
03.09.01.007-1	Nutrição Parenteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90por AIH

54. OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

A Portaria SAS/MS nº 662/ 2008 inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o Procedimento 04.15.02.003-4 – Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais. Estas são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados por uma ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico e permitindo o registro de procedimentos sequenciais ainda não formalizados em portarias técnicas específicas.

Na AIH 04.15.02.003-4 – Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais são permitidos no máximo 3 procedimentos principais, que serão remunerados com 100% do valor SP e de forma decrescente nos valores SH, sendo 100% para o 1º procedimento, 75% para o 2º procedimento e 50% para o 3º procedimento. Não admite mudança de procedimento.

A AIH assume a complexidade do primeiro procedimento principal registrado no SISAIH01. Complexidade é diferente de Forma de Financiamento. Então, a complexidade da AIH é definida pelo Procedimento Principal. Na AIH cujo procedimento seja 04.15.01.001-2, 04.15.02.003-4 e 04.15.03.001-3 que não possuem complexidade definida, a complexidade da AIH é obtida pelo procedimento registrado na primeira linha dos Procedimentos Realizados.

55. PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

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. Deve ser exigido que o interessado apresente o Mandado Judicial que determinou o desconto e/ou a suspensão da pensão.

56. AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Toda AIH com agravos de notificação compulsória (ANC), identificada através da CID10, Anexos I e II da Portaria Conjunta SAS/SVS/MS nº 20/2005 deve ser avaliada pela equipe da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar ou pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde.

As AIH com CID constante da Portaria SAS/MS nº 20/2005 serão bloqueadas pelo SIH/SUS, 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 ou do gestor que analisará, podendo liberar a AIH ou investigar o caso.

57. ALTA POR ÓBITO

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 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, poderá ser emitida AIH com o código do procedimento que seja compatível com a hipótese diagnóstica levantada e tratamento efetuado. Na Portaria SAS/MS n.º 719/2007, encontram-se os motivos de saída por óbito. Nestas AIH são computados as diárias do dia do óbito para fins de cálculo de dias de permanência. Não é necessário o número da Declaração de Óbito no sistema.

58. VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

59. CURATIVO GRAU II

O procedimento 04.01.01.001-5 - Curativo Grau II c/ ou s/ Debridamento corresponde ao tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau II), com a finalidade de promover cicatrização e evitar a contaminação e/ou para tratar infecções.

É uma ação realizada em pacientes que necessitam de cuidados mais complexos. É um procedimento especial e pode ser registrado em uma AIH de qualquer procedimento principal e será remunerado pelo valor do SIGTAP. Este procedimento não tem compatibilidade especificada no SIGTAP por atender a necessidades clínicas inerentes ao quadro clínico do paciente e não tem ligação formal ou técnica com nenhum procedimento principal que tenha gerado a internação do paciente.

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

A hospitalização de um paciente resulta na geração de valores para SP e SH. O pagamento dos serviços hospitalares atribuído 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 à: alimentação, taxas de sala, materiais hospitalares, medicamentos e exames de apoio diagnóstico de natureza simples como a patologia clínica e radiologia. 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 do SP por cada hospital é feita da seguinte forma:

Somam-se os valores em reais que correspondam aos SP registrados na AIH. Soma-se o número de pontos correspondentes a todos os procedimentos realizados registrados na AIH para obter 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-se 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 SIH/SUS 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 por rateio após abatido os 30% do anestesista. As anestésias nas AIH cujo procedimento tem como atributo "não inclui anestesia" também podem ser realizadas sob anestesia, em casos em que a condição clínica do paciente exija e existem os códigos próprios que podem ser registrados na tela de Procedimentos Realizados do SISAIH01.

EXEMPLO:

(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 SP 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.

$30\% \text{ de } 833,00 = \text{R\$ } 249,90$ $\text{R\$ } 833,00 - 249,90 = 583,10$

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

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.

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

Valor do ponto = 0,21596

Cálculo para apuração do valor de cada participante

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

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

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

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

Numa mesma AIH pode ser registrado mais de um procedimento principal realizado mesmo quando os procedimentos têm valor do Serviço Hospitalar e Serviços Profissionais diferentes de zero. Neste caso é pago o valor total do SH do primeiro procedimento informado e o valor dos Serviços Profissionais é rateado de acordo com os pontos de cada procedimento definido no SIGTAP. Quando os procedimentos são zerados, os valores do SH são pagos de acordo com os percentuais definidos em cada Portaria específica.

Procedimentos principais com valores zerados na AIH:

61. CID X PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO x QUANTIDADE MÁXIMA

No SIGTAP estão disponíveis informações sobre a 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).

Cada procedimento tem a quantidade máxima, porém existe a quantidade máxima da compatibilidade entre o procedimento principal e OPM. Ver no SIGTAP *Menu – Relatórios - Compatibilidades* 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 OPM.

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

62. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA NO SISAIH01

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 SIH/SUS. No SIH/SUS esta AIH aparece para o autorizador como bloqueada e ele pode liberar ou manter o bloqueio. Os motivos de solicitação de liberação de crítica previstos no sistema são:

62.1 DUPLICIDADE

Quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente, que pode ser por reinternação quer seja no mesmo estabelecimento ou em outro na rede de um mesmo gestor, o SIH/SUS detecta estas internações na consistência como “DUPLICIDADE”. Estas AIH são bloqueadas e apenas o gestor pode liberar ou não as AIH para processamento.

Todas as AIH que são emitidas para pacientes durante a internação conforme item 5 deste manual (emissão de nova AIH) são bloqueadas por “duplicidade” e o gestor pode liberá-las ou não, a partir da análise técnica.

Estes bloqueios são preventivos e pode ser liberado pelo gestor.

62.2 PERMANÊNCIA MENOR

Quantidade de dias 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 pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica no sistema SIAIH01.

Procedimentos com atributo de média de permanência de até 3 dias, inclusive, não tem crítica. As AIH com motivo de encerramento ÓBITO não tem crítica de permanência a menor.

62.3 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 pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema.

O sistema faz crítica de idade a cada procedimento, exceto se for um procedimento especial que já tem no SIGTAP a compatibilidade prevista. Neste caso a crítica de idade não é feita porque não é necessário, como nas AIH de parto com procedimentos realizados nos RN.

62.4 PERMANÊNCIA E IDADE

Os procedimentos criticados por ambos os motivos, o prestador pode solicitar ao gestor a liberação de crítica.

62.5 QUANTIDADE MÁXIMA

Esta liberação de crítica está restrita aos procedimentos que tem o atributo complementar “Admite liberação de quantidade na AIH” no SIGTAP.

Não existe liberação de quantidade para procedimento principal.

62.6 MÉDIA DE PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE

Os procedimentos rejeitados pelos três motivos, o prestador pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema. O SIH/SUS bloqueia automaticamente as AIH com solicitação de liberação de crítica realizada no SISAIH01 para análise dos auditores/autorizadores (gestor), que podem confirmar ou não esta liberação.

Os procedimentos que admitem esta liberação estão no SIGTAP no <http://sigtap.datasus.gov.br>. Escolhendo no menu lateral o seguinte: *Relatórios – Procedimentos – Consultar*. Escolher a opção COMPLETO no início da página e 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.

O SISAH01 aceita o registro de mais de 01 procedimento principal na mesma AIH, no entanto só há o cálculo do valor do primeiro procedimento informado. Os outros serão apenas informados.

Quando numa AIH houver mais de 01 procedimento principal registrado o valor do SP do primeiro procedimento será dividido pelo número de pontos da soma de todos os procedimentos principais informados para rateio.

O SISAH01 obriga que na primeira linha seja informado um procedimento principal, exceto no caso de Transplantes que é um procedimento especial zerado.

Todas as consultas ou visitas médicas feitas ao paciente internado devem ser registradas, mesmo que sejam realizadas pelo mesmo médico.

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

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

62.7 MESMO CNS

No caso de serem identificadas duas ou mais AIH com o mesmo CNS, porém com nomes de pacientes diferentes.

62.8 REJEIÇÃO DE AIH POR QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR À CAPACIDADE INSTALADA

Nestes casos, não cabe liberação pelo gestor.

A capacidade instalada de leitos dos estabelecimentos de saúde no SUS é calculada da seguinte forma:

Número de dias do mês X número de leitos cadastrados = total de diárias possíveis de serem pagas ao hospital na competência. Por exemplo, em um hospital com 100 leitos (exceto os leitos complementares), em mês de 30 dias, o cálculo da capacidade é:

$$30 \times 100 = 3000 \text{ diárias.}$$

O cálculo de capacidade de diárias é feito levando-se em consideração o total de leitos cadastrados no CNES (exceto complementares) do estabelecimento independente da especialidade dos leitos. O que vale é o total de leitos

Para os leitos de UTI, o cálculo é realizado por tipo de leito habilitado.

No CNES, as instalações físicas dos hospitais do SUS destinados a atendimentos de Urgência e Emergência não são cadastrados como leitos e, portanto não entram no cálculo da capacidade instalada utilizada para o cálculo de diárias que é realizado pelo SIH/SUS no processamento das AIH apresentadas.

A ocupação de leitos especializados com pacientes de menor gravidade, muitas vezes dificulta as condições para o imediato atendimento de pacientes que chegam à Emergência. "Quantidade de diárias superior à capacidade instalada"

Os fundamentos legais para cálculo da capacidade instalada dos hospitais estão disponíveis na Portaria SAS/MS n.º 312/2002, que normatiza a PADRONIZAÇÃO DA NOMENCLATURA NO CENSO HOSPITALAR, especialmente no que se refere à classificação de leitos.

A Portaria SAS/MS n.º 312/2002 *definição* Leito de observação reversível: "É o leito hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade". A definição de leito de observação reversível implica que já exista, por parte do hospital, uma estratégia para a sua reversibilidade em caso de necessidade como, por exemplo, realocação de recursos humanos e de disponibilidade de recursos materiais.

Cabe ao gestor local, por meio do Serviço de Controle e Avaliação, verificar as rejeições das AIH por "Quantidade de diárias superior à capacidade instalada" e implantar um Sistema de

Regulação eficaz que permita um monitoramento adequado de vagas, evitando que as AIH rejeitadas e cujo internamento e tratamento tenham sido efetivamente prestado não sejam rejeitadas. É possível, por exemplo, o cadastramento estritamente nos hospitais públicos que disponham de atendimento de urgência 24 horas, Centros de Referência com serviço de emergência, maternidades públicas com habilitação em Gestação de Alto Risco os chamados leitos reversíveis como leitos clínicos ou pediátricos.

No caso dos hospitais públicos é importante analisar que o custo decorrente das AIH rejeitadas por **"Quantidade de diárias superior à capacidade instalada"** representam despesas e dívidas do próprio gestor junto aos fornecedores, por exemplo: de gases medicinais, próteses relacionadas ao ato cirúrgico, alimentação, medicação, diárias de UTI, lavanderia etc.

Para hospitais com Contrato de Gestão e Metas, e bom conhecer o Relatório das AIH Rejeitadas que o SIH/SUS disponibiliza mensalmente e através dele é possível conhecer as rejeições por **"Quantidade de diárias superior à capacidade instalada"** de cada hospital. Os internamentos das AIH rejeitadas por este motivo poderão ser contabilizados para avaliação do desempenho do hospital em relação ao cumprimento das metas físicas estabelecidas no Plano Operativo. Estas AIH por serem rejeitadas não "sobem" para o Banco de Dados Nacional do SUS disponibilizado pelo Tabwin ou Tabnet.

Os leitos cadastrados no CNES como complementares (UTI, UCI, isolamento) não contam para o cálculo da capacidade instalada geral do hospital, mas o sistema faz o cálculo da capacidade instalada de leitos complementares em separado, e para estes leitos também serão rejeitadas as AIH que excedam a capacidade instalada de leitos complementares no estabelecimento.

Uma AIH rejeitada pela crítica **"Quantidade de diárias superior à capacidade instalada"** é cancelada, não podendo ser reapresentada porque não há como corrigir a quantidade de leitos cadastrados no CNES para aquele estabelecimento em competências anteriores. Assim, a AIH não será paga.

63. DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO PRINCIPAL, ESPECIAL E SECUNDÁRIO

Procedimento Principal: é aquele que gera a AIH. Apenas um procedimento principal pode gerar um internamento. Eles têm valor de SP e SH e exigem preenchimento de CBO e CID. Existem alguns procedimentos principais com valor zero.

Procedimento Especial: é aquele que não permite que o paciente seja internado exclusivamente para realizá-lo, mas é um procedimento de esclarecimento diagnóstico ou de apoio terapêutico que pode ser feito dentro da AIH de um procedimento principal. O procedimento especial tem valor na AIH, mas ele pode ser realizado também na modalidade ambulatorial. Desde a implantação da Tabela Unificada – SIGTAP os procedimentos especiais diagnósticos e terapêuticos têm o mesmo valor tanto na modalidade ambulatorial como na hospitalar.

Procedimento Secundário: é aquele que não gera AIH, tem valor zerado na AIH e deve ser registrado para auxiliar em futuros cálculos de custo hospitalar. No caso de Laboratório e radiologia, o registro dos exames realizados na AIH permite conhecer a quantidade de exames realizados no hospital em cada competência, auxiliando no cálculo do pagamento de serviços prestados por Terceiros em pacientes internados.

Para todos os procedimentos principais, especiais e secundários com pontos é obrigatório o registro do CPF do profissional executante no SISAIH01.

O CNPJ é permitido apenas para OPM.

64. MONITORAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

O procedimento 08.02.02.001-1 - Monitoramento de circulação extracorpórea exige o preenchimento do CPF, CBO e CNES do profissional executante.

65. INCLUSÃO DA COMPETÊNCIA DE EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Principais regras relativas à inclusão da competência de execução no campo "Procedimentos Realizados":

- A consistência (vigência, CID, Especialidade, Instrumento de Registro, Habilitação, etc.) e valoração do Procedimento Principal serão efetuadas:

Para AIH 1 – pela Competência da Internação;

Para AIH 5 – pela Competência da Saída;

- Todos os procedimentos (Cirurgias, OPM, Procedimentos Especiais) relativos à mesma cirurgia/grupo de cirurgias (Cirurgias Múltiplas, Politraumatizados, Procedimentos Sequenciais, Cirurgias no mesmo Ato Anestésico) devem ter o registro de execução na mesma competência;
- Procedimentos de Anestesia, Analgesia, Sedação devem ter o registro na mesma competência de execução da cirurgia correspondente;
- A competência de execução deve ser utilizada para a verificação da compatibilidade, demais consistências e valoração;
- O CNES do hospital deve estar válido na competência do processamento;
- Os Procedimentos de Permanência por dia e que se prolonguem por mais de uma competência devem ser registrados em quantas linhas quantas forem as competências que compoñham o período de internação. Antes o total de dias era registrado só na primeira linha do campo “Procedimentos Realizados”.

66. PROTOCOLOS CLÍNICOS

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia.

Estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

67. ESCLARECIMENTO SOBRE O ANTIGO “TIPO 07”

Com a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamento e OPM do SUS. Aprovada pela Portaria GM nº 321/2007, foram extintos todos os Códigos de tipos de vínculos dos médicos (exemplo: código sete.), mantendo-se as mesmas regras então vigentes para apuração dos valores referentes aos serviços prestados por médicos autônomos que trabalham em estabelecimentos privados ou filantrópicos que integram a Rede Complementar do SUS.

A manutenção de tais regras foi ratificada por meio da Portaria SAS nº 719/2009 que traz em seu artigo 3º a seguinte redação “Manter a possibilidade de informação, no SIH/SUS, da desvinculação de honorários dos Serviços Profissionais para pessoas físicas e/ou jurídicas nas condições a seguir especificadas:

§ 1º-A desvinculação dos honorários dos Serviços Profissionais depende da formalização do contrato/convênio estabelecido entre o gestor municipal, DF ou estadual e o estabelecimento de saúde hospitalar para atendimento ao SUS.

§ 2º - O gestor estadual ou municipal deverá configurar no SIH/SUS, a opção de desvinculação ou não de pessoa física e/ou jurídica, por meio do CPF, CNES e CNPJ sendo o CNPJ para fornecedores de OPM e para Terapia Nutricional, até a conclusão do processo de habilitação dos estabelecimentos de saúde.”.

Desta forma, o Ministério da Saúde nunca suspendeu a possibilidade de pagamento direto por CPF do médico. No entanto, cabe ao gestor a opção de pagamento dos honorários diretamente ao médico ou pagar o valor global ao Hospital, para que este pague ao médico, conforme legislação em vigor.

Se o gestor optar pelo pagamento direto ao profissional, diz-se então que a forma de pagamento é **com cessão de crédito**. Neste caso o CPF do médico deverá ser informado para apurar os valores para ele.

Se o gestor optar pelo pagamento dos honorários do médico direto ao estabelecimento (CNES) para que este efetue o pagamento ao médico, diz-se então que a forma de pagamento é **sem cessão de crédito**. Neste caso os valores referentes aos honorários são apurados no CNES do estabelecimento.

É no Sistema de captação de dados da Internação onde é informado se os valores devem ser apurados para o estabelecimento (CNES) ou para o Médico (CPF). Porém, é no SIHD/SUS (quando da realização do Processamento) que o Gestor confirma ou não, admitir a desvinculação dos honorários

para pessoa física do médico. Ou seja, mesmo que o estabelecimento informe que os valores dos honorários devam ser apurados no CPF do médico, não será aceito se o Gestor não concordar.

Na opção do pagamento (sem cessão de crédito – CNES), os tributos /deduções obrigatórias relativas aos honorários médicos (INSS, IRPF) deverão ser recolhidos pelo Hospital.

Na Opção CPF (com Cessão de Crédito) as deduções dos tributos passam a responsabilidade do gestor, cabendo ao hospital receber somente a parte que lhe cabe.

Pelo exposto, verifica-se que a única diferença implementada foi a extinção da designação de códigos (7, 4, etc.).

68. PASSO A PASSO PARA EXECUÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS – A PARTIR DE 2012

A portaria GM/MS nº 1.340, de 29 de Junho de 2012 define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde para o período de junho/2012 a junho/2013.

Os procedimentos estão distribuídos em 03 componentes:

Componente I – Cirurgia de Catarata;

Componente II – Especialidades e procedimentos prioritários: Ortopedia – (inclusive os procedimentos: 04.08.04.009-2 – Artroplastia total primária do quadril não cimentada/híbrida, 04.08.05.006-3 - Artroplastia total primária do joelho e 04.08.05.005-5 - Artroplastia total de joelho – revisão/reconstrução), Otorrinolaringologia, Urologia, Vascular e Oftalmologia.

Componente III – Procedimentos definidos pelo gestor local - obrigatoriamente devem ser do Grupo 04 do SIGTAP, de média complexidade e de caráter 01 eletivo na AIH e/ou APAC.

O período para realização dos procedimentos é da competência de junho/2012 a junho/2013

Recursos financeiros

Os procedimentos são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Tabela Diferenciada - A partir de junho/2012 o Distrito Federal, Estados e Municípios poderão praticar valores diferenciados da Tabela Unificada do SUS junto aos prestadores de serviços, para Serviços Profissionais (SP) e Serviços Hospitalares (SH), nos Componentes II e III. O percentual do ajuste do SP não pode ser inferior ao do SH.

Não estão incluídos na possibilidade de aplicação de valores diferenciados da Tabela unificada do SUS as Órteses, Próteses e Materiais especiais utilizados nos procedimentos.

Em nenhuma hipótese os procedimentos do Componente I - Cirurgia de Catarata poderão ter aplicação de valores diferenciados da Tabela Unificada do SUS, mesmo se realizados com recursos do Componente III

A tabela diferenciada deve ser informada à CIB para conhecimento dos valores praticados localmente.

Remanejamento de recursos entre Componentes - No Componente III, os procedimentos a serem executados podem ser eleitos, a critério do gestor local, observando especificidades regionais, desde que sejam cirúrgicos eletivos. Neste caso podem ser realizados procedimentos que também estejam elencados nos Componentes I e II.

O remanejamento de recursos financeiros só poderá ocorrer dos Componente I e III para o Componente II, sendo condicionado à aprovação na CIB.

Os recursos referentes à PT/GM/MS nº 2.318/2011 que forem utilizados para remuneração dos SP e SH dos procedimentos realizados nas competências de setembro/2011 a maio/2012, relativos ao Componente II, devem obrigatoriamente observar o adicional máximo permitido de 50%.

A relação dos procedimentos cirúrgicos eletivos que compõem os Componentes I, II e III pode ser acessada na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br>

No processamento da produção os Estados são responsáveis pela distribuição da numeração de AIH e APAC para cirurgias eletivas conforme padrão já utilizado na rotina;

Os procedimentos Cirúrgicos Eletivos realizados nos termos da Portaria terão o registro na AIH ou APAC obrigatoriamente como caráter de atendimento 1 – Eletivo. As APAC e AIH que não tiverem a numeração própria para cirurgias eletivas ou cujo caráter de atendimento seja diferente de 1 ou realizadas e não informadas não serão contabilizadas como referentes à PT/GM/MS nº 1.340/2012, não sendo, portanto, consideradas na prestação de contas da utilização dos recursos.

O valor do complemento referido no Art. 5º da Portaria 1.340 deve ser registrado pelo gestor na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) no SIASUS, funcionalidade vigente e específica no SIH/SUS para cirurgia eletiva a ser implantada a partir da versão setembro/2012.

Operacionalmente, o gestor deve elaborar a FPO (SIASUS e SIH/SUS) programando os quantitativos físicos e financeiros dos procedimentos habilitados para cirurgias eletivas. Deve especificar os valores vigentes na Tabela SUS Nacional (SIGTAP) e, no campo específico inserir os valores complementares para cada procedimento utilizando o recurso federal.

A produção referente às competências junho, julho e agosto/12 que tiverem complemento deve ser registrada a partir do processamento setembro/2012 (quando o SIASUS e SIH/SUS terão a funcionalidade do complemento na FPO), devendo necessariamente respeitar a competência da produção, ou seja, o mês em que realmente os procedimentos foram realizados.

Prestação de Contas

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS realizará auditorias amostrais durante e após a vigência da Portaria para verificar a utilização dos recursos transferidos, o pagamento aos prestadores e os valores praticados na tabela diferenciada.

A prestação de contas dos recursos utilizados na execução das cirurgias eletivas deve ocorrer até julho/2013.

Em setembro/2013 será realizado encontro de contas entre o montante transferido por meio das Portarias GM/MS nº 2.318/2011 e nº 1.340/2012 e o gasto efetivamente executado pelo gestor.

Caso não identificada produção que demonstre a utilização da totalidade do valor transferido, o recurso não gasto será descontado do Teto MAC dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

69. REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE **REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** **NOTA TÉCNICA INFORMATIVA nº 4/2013**

Assunto: Esclarecimentos necessários à formalização de contratos e pagamentos aos prestadores de serviços vinculados à Rede de Urgência e Emergência do Estado de Pernambuco

2. A Portaria nº 1.600/GM/MS, de 2011, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde, definiu os componentes e serviços preconizados para a organização da RUE, a fim de orientar a lógica de financiamento a ser preconizada pelos Estados e Municípios nos processos de pactuação e contratualização com os seus prestadores de serviços. A formalização da pactuação, por sua vez, se dá por meio dos Planos de Ação Regionais (PARs), em que devem constar metas e resultados para a garantia do acesso às ações e serviços de saúde da Rede de Atenção às Urgências no SUS. Além dessa, a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 2011, estabeleceu o Componente Hospitalar da RUE, e instituiu diversos incentivos financeiros para custeio de ações e serviços relacionados às Redes.

3. Na realidade, cada componente da RUE possui uma forma de financiamento, com os respectivos mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a sua implementação. No que diz respeito aos valores para custeio, foi adotada a modalidade de pagamento de incentivos financeiros. De acordo com Malik & Vecina Neto¹, os incentivos financeiros são pagos complementarmente a outras modalidades de financiamento da saúde, tendo como objetivo a melhora da qualidade da atenção ao usuário do serviço, por meio do cumprimento de metas. Os valores correspondentes a esses incentivos vêm sendo incorporados aos tetos de Média e Alta Complexidade (MAC) Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, com repasses mensais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos respectivos fundos de saúde, de acordo com os PARs aprovados e pactuados nas CIB.

5. De acordo com a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 2011, os incentivos financeiros referentes às Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser repassados após a pactuação formal das metas e compromissos, materializados por meio de contratos ou congêneres, celebrados entre a Administração Pública e os prestadores de serviços. No instrumento contratual, ao manifestar a necessidade da Administração, deverão ser observados os princípios gerais que disciplinam os contratos administrativos, em especial os princípios da legalidade e da moralidade.

¹ MALIK, A. M.; VECINA NETO, G. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 383 p.

6. Em relação aos incentivos financeiros para o Componente Hospitalar da RUE, origem do questionamento feito pela SES/PE, o Anexo I da Portaria nº 2.395/11 estabelece os métodos de cálculo desses incentivos e traz outras informações a respeito. A interpretação literal desse anexo pode induzir o gestor a crer que os incentivos financeiros hospitalares da RUE devam ser repassados *a posteriori*, conforme trecho transcrito abaixo:

“MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA
ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

(...)

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS”.

7. Entretanto, a lógica de repasse do incentivo financeiro não deve ser a mesma utilizada para o pagamento das autorizações de internação hospitalar (AIHs) e outros procedimentos ambulatoriais executados pelos prestadores. É importante informar que o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos foi calculado de forma global, ou seja, média nacional, não considerando a média de produção por estado. Os incentivos pagos pelo MS aos gestores para as ações e serviços dentro das Redes, ao passo em que estão atrelados à qualidade e à efetividade das ações, por definição, devem ser repassados aos prestadores *a priori*, ou seja, representam valores pré-fixados. Portanto, independem se o leito está ocupado ou não. Isso propõe uma mudança na lógica de pagamento aos prestadores – normalmente por produção - como um dispositivo de indução de adesão e maior estabilidade financeira destes prestadores.

8. A bem da verdade, o ato normativo que rege esse assunto determina critérios para controle *a posteriori*, assumindo que só deve haver suspensão do repasse caso haja descumprimento dos critérios estabelecidos na norma, conforme é verificado na transcrição abaixo, referente aos leitos clínicos:

“Art. 14. (...)

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

(...)

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 12 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares”.

8. Nesse sentido, as AIHs produzidas devem ser faturadas normalmente, tanto para avaliar a ocupação dos leitos novos e qualificados que compõem a rede, quanto para controlar a produção daqueles leitos que não recebem incentivos financeiros. Além disso, considerando que o incentivo deva ser pago independentemente de produção, não há que se falar em dois mecanismos de faturamento.

9. Ainda em relação ao controle e monitoramento dos recursos e da comprovação do uso desses leitos para a finalidade a que se propõe, a Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS) está elaborando, em conjunto com as áreas técnicas responsáveis, novos códigos no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a fim de possibilitar forma mais apurada de realizar esses processos, por meio de códigos específicos para cada tipo de leito.

10. Ademais, este Departamento coloca-se à disposição para eventuais esclarecimentos que possam surgir a respeito, por meio do *e-mail*: drac@saude.gov.br.

70. TRATAMENTO DO AVC COM TROMBOLÍTICO

Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC integram a Linha de Cuidados em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

A Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), institui incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

A Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo e diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência são classificados como Tipo I, Tipo II e Tipo III. A habilitação destes centros está definida em portarias específicas.

Os Centros de Atendimento de Urgência são estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico.

Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso.

Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa.

Foi instituído incentivo financeiro de custeio no valor de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por dia por leito das Unidades de Cuidado Agudo ao paciente com AVC e Unidades de Cuidado Integral ao paciente com AVC.

No caso de U-AVC Agudo, o incentivo custeará a permanência máxima do paciente na unidade por três dias.

No caso de U-AVC Integral, o incentivo custeará a permanência do paciente na unidade por um prazo máximo de 15 dias de internação.

Serão financiados e custeados apenas os leitos de U-AVC Agudo e U-AVC Integral nas regiões metropolitanas com maior número de internações por AVC (acima de oitocentas internações por AVC/ano), cujo parâmetro é de vinte leitos ou fração para cada oitocentas internações por AVC/ano.

O repasse do incentivo financeiro fica condicionado à inserção das U-AVC Agudo e das U-AVC Integral no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência e ao cumprimento de critérios de qualificação dos leitos.

O procedimento 03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - exige as seguintes habilitações:

16.15 - Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC

16.16 - Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC

16.17 - Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC

São excludentes entre si os procedimentos 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo) e 03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico.

Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS devem observar a Linha de Cuidados em AVC e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012.

71. TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM TROMBOLÍTICO

A Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é prioritária e componente de atenção na Rede de Atenção às Urgências.

A Portaria Nº 2.994, de 13 de Dezembro de 2011 aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas incluindo procedimentos no SIGTAP referentes a trombolíticos e exame e institui a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

Não há necessidade de habilitação para fazer uso dos trombolíticos e inibidor da agregação plaquetária (alteplase, tenecteplase, clopidogrel) instituídos pela portaria na internação do paciente com IAM ou Síndrome Coronariana Aguda.

Será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas incluídas pela portaria nº 2994 para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) previstos na Linha de Cuidado do IAM e Protocolo da Síndrome Coronariana Aguda.

Na linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e síndrome coronariana aguda foi incluído o procedimento 02.02.03.120-9 - Dosagem de Troponina que consiste na realização do exame para detectar a existência de lesão cardíaca branda e grave no diagnóstico do IAM, distinguindo da dor torácica resultante de outras causas, quantidade máxima 02, compatível com os procedimentos

0303060190 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
0303060280 - TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA
0406030049 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA

72 . PRONTUÁRIO DO PACIENTE

De acordo com o Art. 87º do Novo Código de Ética Médica é vedado ao médico: “Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente. § 1º: O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. § 2º: O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente”.

O prontuário é um instrumento valioso para a paciente, para o médico e demais profissionais de saúde, para a instituição que atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência prestada. O correto e completo preenchimento do prontuário são grandes aliados do médico para sua eventual defesa.

O prontuário, na verdade **prontuário do paciente**, é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e de outros profissionais de saúde prestados ao paciente.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Além disso, o médico está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM. Não há lei que obrigue o uso do carimbo, mas que o nome do médico e seu respectivo CRM estejam legíveis.

No prontuário do paciente deve ser registrado

- a. Atendimento ambulatorial;
- b. Atendimento de urgência;
- c. Evolução médica;
- d. Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes. No caso de internação, as evoluções devem ser diárias, com data e horário em todas elas;
- e. Partograma (em obstetrícia);
- f. Prescrição médica;
- g. Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes - No caso de internação, as prescrições devem ser diárias, com data e horário em todas elas;
- h. Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultrassonografias e outros) e seus respectivos resultados;
- i. Descrição cirúrgica;
- j. Ficha de anestesia;
- k. Material usado no centro cirúrgico ou obstétrico (gasto de sala);
- l. Resumo de alta;
- m. Boletins médicos.

O nome completo do paciente deve constar em todas as folhas do prontuário.

Os documentos gerados no atendimento de urgência e no ambulatório devem ser arquivados junto com o prontuário em caso de gerar internação hospitalar.

ITENS OBRIGATÓRIOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

- a. Identificação da paciente;
- b. Anamnese;
- c. Exame físico;
- d. Hipóteses diagnósticas;
- e. Diagnóstico(s) definitivo(s);
- f. Tratamento(s) efetuado(s).
- g. Cópia do Espelho da AIH (para possíveis auditorias)

O QUE NÃO DEVE SER FEITO NO PRONTUÁRIO

Escrever a lápis;
Usar líquido corretor;
Deixar folhas em branco;
Fazer anotações que não se referem à paciente.

ACESSO AO PRONTUÁRIO

SOLICITAÇÃO PELO PRÓPRIO PACIENTE

Conforme o Código de Ética Médica, é vedado ao médico: "Art. 88. Negar, ao paciente acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros. Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta. Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente".

O prontuário pertence ao paciente, portanto é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren etc.), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.

SOLICITAÇÃO POR FAMILIARES E/OU DO RESPONSÁVEL LEGAL DO PACIENTE

Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente – sendo este menor ou incapaz – o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas. No caso de ter havido óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a "causa mortis".

Em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou.

SOLICITAÇÃO POR OUTRAS ENTIDADES

Salvo com autorização expressa do paciente é vedado ao médico fornecer tais informações, (Artigo 102 do CEM), salvo por justa causa, isto é, quando diante de um estado extremo de necessidade. Haverá justa causa quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro.

Exemplos de "Justa Causa":

Para evitar casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave e transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, crimes de ação pública quando solicitado por autoridade judicial ou policial, por dever legal. Exemplos de "Dever Legal":

Doenças infectocontagiosas de notificação compulsória

Doenças de declaração obrigatória (toxicomanias)

Crime de ação pública cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

Na hipótese do médico depor como testemunha, ele deve comparecer perante a autoridade e declarar seu impedimento. Os diretores técnicos ou clínicos que autorizarem a saída de prontuário violam o Artigo 108 do CEM.

O acesso ao prontuário pelo médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que ele tem atribuição de perito para analisar a cobrança dos serviços prestados, cabendo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e registrados, tendo, inclusive, o direito de examinar o paciente para confrontar o descrito no prontuário. Esse acesso deve ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda. O hospital não pode ser obrigado, a qualquer título, a enviar os prontuários para qualquer instituição pública ou privada (Resolução CFM n.º 1614/2001).

SOLICITAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE POR AUTORIDADES POLICIAIS OU JUDICIÁRIAS

Com relação ao pedido de cópia do prontuário por Autoridades Policiais e/ou Judiciárias por "justa causa" ou implicando em "dever legal" ou por autorização expressa do paciente, o médico está liberado do segredo.

No entanto, o segredo médico também não deve ser revelado para autoridade judiciária ou policial. Não há disposição legal que respalde ordens desta natureza. De acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal no "Habeas Corpus" n.º 39308 de São Paulo, cuja ementa é a seguinte:

"Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais."

Por força do sigilo, as informações contidas no prontuário do paciente alcançam todos os profissionais e pessoas afins que, por dever de ofício, tenham acesso ao prontuário.

O médico não está obrigado a comunicar às autoridades crime pelo qual seu paciente possa ser processado. O dever de manutenção do segredo médico decorre de necessidade do paciente em confiar em ter que confiar, irrestritamente no médico, para que o tratamento se estabeleça da melhor forma e com o menor agravo à saúde. Neste sentido, o médico não pode revelar à autoridade, por exemplo, um aborto criminoso, posto que isso pode ser considerado procedimento criminal contra a sua paciente.

BIBLIOGRAFIA

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 Morbimortalidade 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/SUS a tabela única de remuneração para assistência hospitalar com estrutura e valores idênticos para todos prestadores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 10 de janeiro de 1991, seção 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 510 de 30 de setembro de 2005. Estabelece a implantação do processamento descentralizado do SIH/SUS para novembro/2005 e torna obrigatório o preenchimento do órgão emissor no SISAIO1. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de outubro de 2005, seção 1.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 126 de 17 de setembro de 1993. Inclui na tabela de SIH/SUS 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/SUS procedimentos para tratamento de lesões lábios palatais e craniofaciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de setembro de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 93 de 30 de maio de 1994. Institui a modalidade de Hospital Dia para pacientes com AIDS, e o procedimento tratamento da AIDS em hospital dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 03 de junho 1994, seção 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2414, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS 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/SUS pelas Portarias 2413, 2414, 2416 de 23 de março de 1998, publicadas no Diário Oficial da União n.º 58 de 26 de março de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 02 de abril de 1998, seção 1.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 216, de 16 de junho de 2004. Altera redação dos procedimentos de cateterismo e a sua forma de registro na AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n.º 153, de 14 de junho de 2004. Estabelece critérios para liberação de sangue para transfusão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de junho de 2004, seção 1.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º 17, 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 para efeito de auditoria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 10 de abril de 2001, seção 1.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.439, 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção 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/SUSprocedimentos 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/SUSprocedimentos cardiovasculares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de setembro de 2004, seção 1.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2305, 19 de dezembro de 2001. Aprova Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico das Osteogênese Imperfeita e Inclui na tabela do SIH/SUSE 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/SUSprocedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de dezembro de 2004, seção 1.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 96, de 14 de junho de 1994. Inclui na tabela do SIH/SUSo 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/SUSo procedimento Atendimento ao recém-nascido na sala de Parto II, para Hospitais de Referência em Gestante de Alto Risco. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 09 de agosto de 2002, seção 1.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 448, de 08 de julho de 2002. Revoga a Portaria SAS/MS n.º 74 de 04 de maio de 1994, pela qual o hospital deveria entregar ao paciente, demonstrativo contendo os dados referentes à 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 à atenção e humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de julho de 2000, seção 1.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de junho de 2000, seção 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 187 16 de outubro de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, o procedimento Cirurgia Múltipla - Pacientes com Lesões Labiopalatal ou Craniofacial. **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 tabela do SIH/SUS procedimentos relacionados ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Teste Rápido. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de junho de 2003, seção 1, e 18 de julho de 2003, seção retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 817, 30 de abril de 2002. Incluem na tabela do SIH/SUS procedimentos para o Tratamento de Transtorno Decorrentes do uso de Álcool e/ou Outras Drogas e estabelece critérios para sua utilização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 03 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, 1 de julho de 1997, seção 1.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 465, de 07 de dezembro de 2000. Incluir no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUSa 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/SUSprocedimentos 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/SUSque 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 da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de outubro de 2006, seção 1.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 321 de 08 de fevereiro de 2007. Institui a tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.848 de 06 de novembro de 2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Define a estrutura e o detalhamento completo dos procedimentos com seus atributos para janeiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 719 de 28 de janeiro de 2007. Inclui campo: raça/cor; redefine tabela tipo de vínculo; caráter de atendimento; atualiza os laudos de APAC e AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 723 de 28 de janeiro de 2007. Define os procedimentos sequenciais de neurocirurgia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e as compatibilidades. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF..

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 569 de 31/10/2007 DEFINE A SÉRIE NUMÉRICA APAC E AIH PARA 2008 - REPUBLICAÇÃO **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília/DF..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 30 de 21 de janeiro de 2008. Define os procedimentos financiados pelo FAEC da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 958 16 de maio de 2008. Define os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS que integram o elenco de cirurgias eletivas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 958 de 15 de maio de 2008. Redefine a Política para Cirurgias Eletivas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF.....

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 957 de 15 de maio de 2008. Institui a Política Nacional de Oftalmologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 219 de 1 de abril de 2008. Recompõe as compatibilidades dos procedimentos de válvula cardíaca da Tabela de Procedimentos do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF..

Lei n.º 8.069, de 13/2007/1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, estabelece:

RESOLUÇÃO N.º 1.614, de 2001 - Dispõe sobre acesso ao prontuário para efeito de auditoria.

RESOLUÇÃO N.º 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002 – Define prontuário e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

RESOLUÇÃO N.º 1.821 DE 2007 – Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 662/ 2008 Inclui o Procedimento 04.15.02.003-4 – Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF…….

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 90, de 27 de março de 2009. Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 120, de 14 de abril de 2009. Aprova as “Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral” **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF.