

**MANUAL TÉCNICO
OPERACIONAL DO SISTEMA
DE INFORMAÇÃO
HOSPITALAR DO SUS**

SETEMBRO 2013

Brasília

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO,
AVALIAÇÃO E CONTROLE**

**ELABORAÇÃO:
COORDENAÇÃO GERAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**



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) 3306-8433 / 3306-8423 / 3306-8419

FAX: (61) 3306-8431

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

E-mail: cgsi@saude.gov.br

Diretora DRAC:

Fausto Pereira dos Santos

Coordenação CGSI:

Giorgio Botin

Atualização do Manual:

Ana Lourdes Marques – Técnica 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 – 2010

MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAL – ORIENTAÇÕES TÉCNICAS. Versão 01.2013

94 Páginas

1. Operacionalização do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

2. Operação do Sistema de Processamento da Produção Hospitalar,

3. Orientações Técnicas. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação

ÍNDICE

SETEMBRO 2013	0
1. APRESENTAÇÃO	6
2. INTRODUÇÃO	6
3. OBJETIVOS	6
4. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS.....	6
4.1 CONSULTA/ATENDIMENTO	6
4.2 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS	7
4.3 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - AIH	7
4.4 EMISSÃO DA AIH	7
4.5 NUMERAÇÃO DE AIH	8
4.6 AUDITORIA DO ATO MÉDICO.....	9
4.7 APRESENTAÇÃO DA AIH - SISAIH01 - SISTEMA DO PRESTADOR	9
5. MAIS DE UMA AIH PARA O MESMO PACIENTE NA MESMA INTERNAÇÃO	9
5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA.....	9
5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA	9
5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA.....	9
5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA	10
5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA.....	10
5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA	10
5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA	10
5.8 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, AIDS E TUBERCULOSE. 10	
5.9 EM CLÍNICA MÉDICA.....	10
5.10 POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA.....	10
5.11 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH	10
6. ESPECIALIDADE DO LEITO/CARÁTER DE ATENDIMENTO/ MOTIVO DE APRESENTAÇÃO	10
6.1 ESPECIALIDADES DO LEITO	10
6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO	11
6.3 TABELA AUXILIAR DE MOTIVO DE APRESENTAÇÃO DO SIH/SUS/SIA/CIH.....	11
7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO).....	12
7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES	12
8. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	13
8.1 DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICA	14
8.2 DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA	14
8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA	14
8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA.....	14
8.5 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE	14
8.6 MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH.....	14
9. TRATAMENTO DE POLITRAUMATIZADO.....	14

10. CIRURGIAS MÚLTIPLAS	16
11. PACIENTES COM LESÃO LABIOPALATAL E CRANIOFACIAL	18
12. TRATAMENTO DE AIDS	19
12.1 NA MODALIDADE HOSPITALAR	19
12.2 EM HOSPITAL DIA	19
12.3 LIPODISTROFIA	19
13. REGISTRO DE DIÁRIAS	20
13.1 DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE	20
13.2 DIÁRIA DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI)	20
13.5. DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL (UCI).....	21
14. DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR.....	22
15. CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	23
16. QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH.....	23
16.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM POR PROCEDIMENTO E COMPATIBILIDADES	23
17. DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE	23
18. TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	24
19. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.....	24
20. HEMOTERAPIA	25
20.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL.....	25
20.2 TRANSFUSÃO SANGUÍNEA	25
20.3 ATO TRANSFUSIONAL	26
20.4 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA-HEMATOLÓGICA (HEMOCENTRO).....	26
20.5 ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO DE HEMOTERAPIA NA AIH	27
21. FISIOTERAPIA	28
22. RADIOLOGIA	28
23. ULTRA-SONOGRAFIA	28
24. PATOLOGIA CLÍNICA	28
25. ANATOMIA PATOLÓGICA.....	28
26. ANESTESIA NA AIH.....	28
26.1 ANESTESIA REGIONAL	28
26.2 ANESTESIA GERAL	28
26.3 SEDAÇÃO	29
26.4 ANESTESIA LOCAL	29
26.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO	29
26.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA	29
27. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM).	29
27.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISAIH01	29
27.2 REGISTRO DE FORNECEDORES DE OPM E CADASTRO NA ANVISA	31
28. ACIDENTE DE TRABALHO.....	32
28.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	32

29. VIDEOLAPAROSCOPIA	32
30. ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA.....	32
30.1 PARTO NORMAL	32
30.2 PARTO GEMELAR E EXAME VDRL NA GESTANTE.....	33
30.3 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES	34
30.4 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO	34
31. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)	34
32. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN) – EMISSÃO DE AIH PARA O RN	35
32.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM-NASCIDO	35
32.2 ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO	35
32.3 REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	36
33. FATORES DE COAGULAÇÃO	36
35. ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS	41
36. PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS.....	42
37. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	43
38. TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	43
39. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO	43
40. DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA	43
41. TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA	43
42. ATENÇÃO AO IDOSO E HOSPITAL DIA EM GERIATRIA	44
43. INTERNAÇÃO DOMICILIAR.....	44
44. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH.....	44
45. TRANSPLANTES.....	44
45.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS TECIDOS	44
45.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	46
45.3 ENTREVISTA FAMILIAR	46
45.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR TAXA DE SALA RETIRADA DE ÓRGÃOS	47
45.5 COORDENAÇÃO SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS TECIDOS PARA TRANSPLANTE	47
45.6 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS.....	47
45.7 RETIRADA DO CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO VÁLVULAS/TUBO VALVADO	47
45.8 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO/GLOBO OCULAR	47
45.9 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS	48
45.10 PROCESSAMENTO DE CÓRNEA/ESCLERA.....	48
45.11 DOADOR EM MORTE CEREBRAL, CORAÇÃO PARADO E AVALIAÇÃO DE MORTE CEREBRAL	48
45.12 RETIRADA DE ÓRGÃOS.....	48
45.14 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE	49
45.14 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS	51
45.15 ATENDIMENTO REGIME DE HOSPITAL-DIA PARA INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	51
45.16 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA	51

45.17 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA APARENTADO	51
45.18 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA NÃO APARENTADO	51
46.1 ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A PORTARIA N.º 2947	51
47. ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR.....	54
48. TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA.....	54
49. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA E/OU NEUROCIRURGIA	56
50. GASTROPLASTIA – CIRURGIA BARIÁTRICA	59
51. TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESE IMPERFECTA	60
52. TERAPIA NUTRICIONAL	60
53. OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS.....	62
54. PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.....	62
55. AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	62
56. ALTA POR ÓBITO	62
57. . VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	62
58. CURATIVO GRAU II	63
59. RATEIO DE PONTOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SP NA AIH	63
60. COMPATIBILIDADES E EXCLUDÊNCIAS.....	64
60.1 CID X PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO X QUANTIDADE MÁXIMA.....	64
61. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA NO SISAIH01	65
61.1 MÉDIA DE PERMANÊNCIA	65
61.2 IDADE MENOR E MAIOR	65
61.3 PERMANÊNCIA E IDADE.....	65
61.4 QUANTIDADE MÁXIMA	65
61.5 MÉDIA DE PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE	65
61.6 REJEIÇÃO DE AIH POR QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR À CAPACIDADE INSTALADA.....	66
61.7 DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO PRINCIPAL, ESPECIAL E SECUNDÁRIO	66
61.8 DUPLICIDADE	67
62. PRONTUÁRIO DO PACIENTE	67
62.1 ITENS OBRIGATÓRIOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.....	68
62.2 O QUE NÃO DEVE SER FEITO NO PRONTUÁRIO.....	68
62.3 ACESSO AO PRONTUÁRIO	68
63. MONITORAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA.....	69
65. PROTOCOLOS CLÍNICOS	70
67. PASSO A PASSO PARA EXECUÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS – 2012/2013	72
68. REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	73
NOTA TÉCNICA INFORMATIVA Nº 4/2013.....	73
69. TRATAMENTO DO AVC COM TROMBOLÍTICO	75
70. TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM TROMBOLÍTICO	76
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	77

1. 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:** 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*: cgsi@saude.gov.br

2. INTRODUÇÃO

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

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.

3. OBJETIVOS

- Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos internamentos.
- Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), compatibilizado 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.

4. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

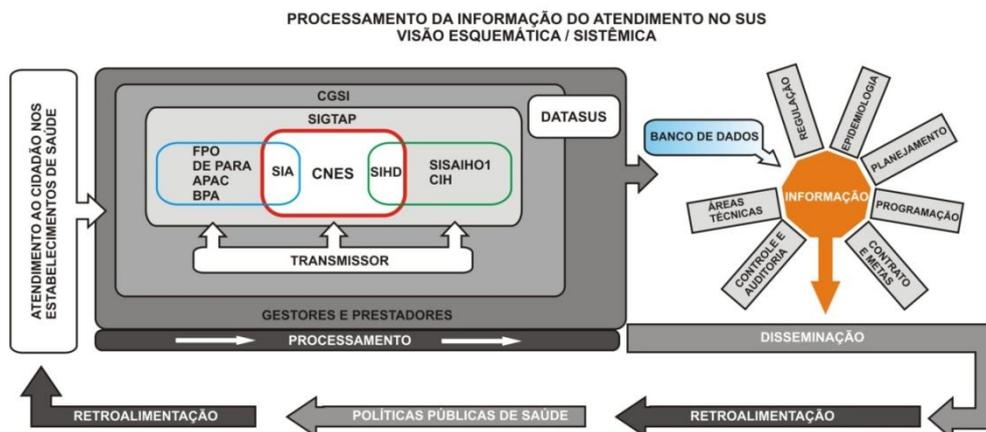
Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento ambulatorial do SUS, público ou complementar onde o profissional assistente emite o laudo.

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

4.1 CONSULTA/ATENDIMENTO

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

4.2 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS



4.3 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - AIH

O Laudo é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar. Deve ser preenchido em duas vias, de forma legível e sem abreviaturas pelo médico, odontólogo ou enfermeiro que solicitou a internação. Uma via deve ser anexada ao prontuário do paciente e a outra pertence ao gestor que pode arquivá-lo ou não, a seu critério. Ele contém dados de identificação do paciente, da anamnese, exame físico, resultados de exames complementares e descrição das condições que justificam a internação e a hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo. Existe um modelo de Laudo para Solicitação de AIH, disponibilizado no <http://sihd.datasus.gov.br>. É livre o uso de outros modelos, desde que contenham os dados necessários à alimentação do SISAIH01.

A Portaria SAS/MS n.º 508/2010 exigiu a informação da etnia quando no campo raça/cor do usuário for indígena.

O tempo decorrido entre o internamento 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, mas não bloqueia ou rejeita a AIH.

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

4.4 EMISSÃO DA AIH

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

Na internação eletiva o paciente ou responsável com o Laudo de AIH preenchido leva ao gestor local e o autorizador pode solicitar dados adicionais ou autorizar logo a internação. O responsável no Órgão Emissor fornece o número da AIH e identifica o autorizador.

Se o autorizador considerar 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.

A data de internação na AIH 5 permanece a mesma da AIH 1, mesmo que a internação se prolongue por meses (ou anos). 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.

4.5 NUMERAÇÃO DE AIH

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

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

4.5.1 A partir do **Módulo Autorizador**, aplicativo disponível no www.datasus.gov.br

4.5.2 Etiquetas autocolantes ou não com a numeração gerada por aplicativo próprio;

4.5.3 Impressa em papel comum e colada no laudo de AIH;

4.5.4 Manuscrito e controlado por protocolo, embora com maior possibilidade de erro;

4.5.5 Usar **Carimbo Datador Automático**, carimbado nas duas vias.

A programação para gerar numeração da AIH é a seguinte:

Primeiro e segundo dígitos correspondem à Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ex: 25 – Paraíba, 31 – Minas Gerais, exceto para os casos de séries numéricas de internação específicas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que iniciam com 99 em todo Brasil, sem divisão por UF. Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência. Ex: 12 para 2012. Quinto dígito deverá ser o número 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral. Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999. O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador. Este dígito pode ser calculado pelo programa "DR SYSTEM" m as a fórmula é bem simples, basta pegar o número (obviamente que sem o DV) e dividir por 11. O resto dessa divisão é o DV. Se o resto for igual a 10, o DV é zero.

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. Este arquivo deve ser em meio magnético seguro, prioritariamente em CD-ROM ou através de um *email*, utilizando o aviso de entrega e de leitura que existem nos programas de email, que funcionará como comprovante. Pode ser gravado em *pendrive* e copiado pelo gestor na presença do prestador. Deve ser assinado o recibo gerado pelo SISAIH01 no fechamento da competência.

4.5.6 PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR

AUTORIZADOR é diferente de AUDITOR.

Autorizador é o profissional responsável por analisar os laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela internação. Esta tarefa é de competência do médico, odontólogo e enfermeira no caso de parto normal.

Há duas funções ou cargos em que o auditor atua: auditor médico e auditor de gestão do SUS. O auditor médico é restrito ao médico. O auditor de gestão do SUS é um profissional de nível superior que é capacitado para avaliar a gestão e não o prontuário do paciente.

AUDITOR DE GESTÃO DO SUS – é exercida por profissional de nível superior capacitado. O gestor pode designar os auditores e não é restrito a médicos.

AUDITOR MÉDICO – autoriza **internações**. Auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. O odontólogo pode autorizar procedimentos de sua área de formação.

AUTORIZADOR – avalia as solicitações de internamento ou de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Farmacêutico autoriza medicamentos, nutricionista autoriza terapia nutricional etc. Não havendo disponibilidade, um profissional de nível superior pode ser treinado para a função. É recomendável que haja um profissional da área específica que dê o suporte técnico de retaguarda. O médico que é autorizador **não** pode ser auditor médico ou auditor de gestão do SUS no mesmo território (município).

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

seja autorizador. Na rede pública do SUS o autorizador das AIH do hospital, em geral, é o diretor ou coordenador médico do mesmo hospital. Não há restrição para que este autorizador atue como assistente em outro hospital. O responsável pela assinatura no campo diretor clínico pode ser o mesmo diretor médico ou técnico ou geral do hospital.

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. 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 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.

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

4.6 AUDITORIA DO ATO MÉDICO

A Resolução CFM n.º 1.614/2001 disciplina a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços de saúde e deve ser de conhecimento de todos os auditores do SUS. A auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina. Deve apresentar-se ao diretor técnico antes de iniciar as atividades. O médico, na função de auditor, lhe é vedado realizar anotações no prontuário do paciente, podendo solicitar por escrito ao médico assistente, os esclarecimentos necessários. O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação podendo, se necessário, examinar o paciente. Identificado indício de irregularidade no atendimento do paciente cuja comprovação necessite de análise do prontuário, é permitida a retirada de cópia exclusivamente para fins de instrução da auditoria. Este tipo de auditoria do ato médico é de exclusiva competência do médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina e é reconhecido como área de atuação médica.

4.7 APRESENTAÇÃO DA AIH - SISAIH01 - SISTEMA DO PRESTADOR

A digitação da AIH é feita no SISAIH01. Alterações nas regras ou no sistema são disponibilizadas no <http://sihd.datasus.gov.br>. Há 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:

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.

5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA

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

5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA

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

5.10 POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA

No caso do procedimento principal ser Politraumatizado ou Cirurgia Múltipla e forem realizados mais de 05 (cinco) procedimentos principais, deve ser emitida nova AIH com motivo de apresentação 2 - Permanência. Nestes casos de emissão de nova AIH a data de apresentação da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação do SIH/SUS/SIA/CIH (ver item 6.3 deste Manual). Nestes casos o sistema bloqueia a AIH por "duplicidade" (homônimo), mas o gestor autoriza.

5.11 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 o internamento seja feito por médicos diferentes. Deve ser registrado na AIH o código de consulta de paciente internado para cada médico que atender ao paciente.

Quando o internamento é feito com a emissão de uma nova AIH para o mesmo paciente com menos de 03 dias de uma internação anterior, o SISAIH01 aceita a digitação da AIH, mas no processamento do SIH/SUS, a AIH vai ser bloqueada por "duplicidade", desde que a outra AIH seja emitida pelo mesmo gestor. O gestor decide pode liberar ou não a AIH. Está crítica dos 03 dias não é exclusiva para esses casos, mas para todas as AIH.

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 especialidade médica, dentro dos grandes blocos: cirurgia e clínica. Além destes devem também estar cadastrados os leitos complementares de UTI, UCI e UCO.

6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO

O caráter de atendimento na AIH deve ser conforme abaixo:

COD	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 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 DO SIH/SUS/SIA/CIH

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 do SIH/SUS/SIA/CIH

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 médico assistente
- 4.2 Com declaração de óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML
- 4.3 Com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito – SVO

POR OUTROS MOTIVOS: 5

- 5.1 Encerramento administrativo

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

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

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

A Portaria SAS/MS n.º 384/2010 incluiu os motivos de apresentação que se referem exclusivamente a alta de AIH de parto. Na AIH da mãe deve ser informado no campo AIH posterior do SISAIH01 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.

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, ela 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 trabalhador “se ocupa” naquele estabelecimento de saúde, e informar no CNES o CBO correspondente.

No caso dos médicos 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.

Para que o médico seja especialista ele precisa ter o Título de Especialista emitido pela Sociedade Médica da Especialidade com o respectivo registro no Conselho Regional de Medicina ou Certificado de conclusão da Residência Médica na especialidade.

Parecer do Conselho Federal de Medicina – CFM emitido pelo Conselheiro Carlos Vital está assim descrito: “O médico devidamente inscrito no CRM está apto ao exercício de sua profissão em qualquer dos ramos ou especialidades” O mesmo parecer estabelece adicionalmente: “Aos médicos responsáveis pelas direções ou supervisões dos serviços assistenciais especializados deve ser exigido o título de especialista emitido de acordo com as normas do CFM”. Salienta que “A especialização não é titulação requerida para a rotina, pois seria inviável na prática médica do país, pois não há programas de pós-graduação sob responsabilidade do Estado, oferta de vagas suficientes à demanda assistencial para várias das titulações”.

No Brasil existem apenas duas formas para o médico obter a especialização:

- Por meio de aprovação na prova de títulos e habilidades aplicadas pelas Sociedades de Especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira;

- Ou por conclusão de Programa de Residência Médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica.

De acordo com a Lei 11.129/05 a residência multiprofissional é uma modalidade *latu sensu* destinada às categorias profissionais da área da saúde. Em se tratando de residência multiprofissional, cursos de especialização e residência médica, apenas esta última confere título de especialista.

7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES

O CBO informado no CNES do médico deve ser aquele da real ocupação do profissional no estabelecimento de saúde ao qual ele está vinculado. O CNES não é para gestão de recursos humanos, é o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde onde estão as informações em relação à área física, equipamentos e profissionais.

As portarias normativas da Alta Complexidade exigem a comprovação do médico com título de especialista para realizar os procedimentos. O título de especialista é apresentado na seleção e/ou contratação do médico e o contratante é responsável pelas informações inseridas no CNES.

Existem municípios que dispõem de apenas um médico e que este profissional desempenha várias ocupações tais como: clínico, pediatra, obstetra, cirurgião geral e anestesista. Este precisa ter no CNES todos os CBO correspondentes a estas ocupações para garantir a aprovação de todos os procedimentos de média complexidade realizados.

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 anesthesiologista será compatível apenas com os procedimentos de anestesia (geral, regional, sedação e obstétrica). No SISAIH01 e no SIHD/SUS os procedimentos cirúrgicos que incluem anestesia e, portanto 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 SISAIH01 adotou o número do Cartão Nacional de Saúde para o profissional autorizador, executante, autorizador. 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 necessária 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 Múltipla 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, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia.

Para autorizar a mudança de procedimento é importante que o autorizador observe: se o caso é eletivo ou urgência. Avaliar o tempo decorrido para a mudança de procedimento ou se é mais aconselhável 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 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

No caso do paciente internado com quadro clínico e durante a internação precisar ser submetido a uma cirurgia, deve ser solicitada a mudança de procedimento e especialidade de clínica para cirúrgica.

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. O motivo de apresentação é 2.7 - *por reoperação*.

8.5 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.

8.6 MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH

Registrado o procedimento principal na 1ª linha da tela “*Procedimentos Realizados*”, registrar em seguida as OPM compatíveis com este procedimento. Se houver segundo procedimento principal, registrar na linha seguinte o segundo procedimento e suas OPM, depois o terceiro, na mesma lógica do procedimento principal seguido das OPM compatíveis.

Apenas o valor do SH do primeiro procedimento é pago. O valor do SP do primeiro procedimento é dividido para todos os profissionais que atuaram na AIH, em cada procedimento informado de acordo com os pontos do SP do procedimento no SIGTAP. Ou seja, quanto mais profissionais atuarem e quanto mais procedimentos forem realizados e tiverem pontos do SP, menor será o valor de um ponto para pagamento aos profissionais.

Os procedimentos Tratamento com Cirurgias Múltiplas, Politraumatizados e Sequenciais em Neurocirurgia 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 sequenciais procedidos em indivíduo que sofre traumatismo seguido de lesões que, ao acometer múltiplos órgãos (fígado, baço, pulmão etc.) ou sistemas corporais (circulatório, nervoso, respiratório, musculoesquelético, etc.), podem ou não pôr em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões.

Sob a denominação de **Tratamento em politraumatizado** são 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.

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 deve obedecer à seguinte sequência: 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: 04.08.02.036-9 - Tratamento Cirúrgico de Fratura/Lesão Fisária do Côndilo/Trocanter do Úmero. Nas linhas a seguir registra as OPM deste primeiro procedimento,

O segundo procedimento, 04.08.02.043-1 – Tratamento Cirúrgico da Fratura do Cúbito deve ser registrado na linha abaixo da última OPM do primeiro procedimento e, a seguir, nas linhas subsequentes, as OPM relativas ao segundo procedimento principal. Quando encerrar os procedimentos especiais e OPM compatíveis com o segundo procedimento principal e suas OPM, informar o terceiro procedimento realizado 04.08.02.043-1 – Tratamento Cirúrgico da Fratura do Cúbito e, a seguir as OPM correspondentes ao mesmo.

No caso de hospitais com Contrato de Gestão, se houver algum dos procedimentos principais realizados que seja de Alta Complexidade este deve ser registrado na primeira linha, pois a AIH “assume” a complexidade do primeiro procedimento informado para AIH com procedimento com valor zerado (Politraumatizados, Cirurgias Múltiplas, Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia e AIDS). Procedimentos especiais que não exigem a compatibilidade devem ser informados ao final.

Os procedimentos clínicos compatíveis na AIH de politraumatizado são: 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.

2º Exemplo: Realizado os procedimentos: esplenectomia, colostomia, redução cirúrgica de fratura de úmero, 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 a tela “*Procedimentos Realizados*”: 04.07.02.010-1 – Colostomia, 04.07.03.012-3 – Esplenectomia, 04.08.02.039-3 – Tratamento Cirúrgico de Fratura de Diáfise do Úmero

E as OPM compatíveis. Após o registro de todas as OPM compatíveis utilizadas, coloca na linha abaixo o próximo procedimento principal realizado. 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, 04.08.02.044-0 – Tratamento Cirúrgico de Lesão Fisária dos Ossos do Antebraço. Na linha abaixo de cada procedimento principal devem ser incluídas as OPM compatíveis utilizadas. Após o

registro das OPM deste procedimento, informar a terceira cirurgia realizada ou terceiro procedimento principal. O total de linhas no SISAIH01 para inclusão de procedimentos é de 250.

Para os procedimentos que sejam realizados em órgãos pares, pode ser informado no SISAIH01 o mesmo procedimento duas vezes. Ex.: 04.08.05.058-6 - Tratamento Cirúrgico de Fratura Intercondileana dos Côndilos do Fêmur, após incluir as OPM e só a seguir registrar o segundo procedimento principal, mesmo no caso de procedimentos iguais. Se as OPM não forem registradas em seguida a cada procedimento principal, há rejeição da AIH.

Os procedimentos relativos a órgãos bilaterais ou múltiplos (com quantidade igual a 02 ou superior, como o procedimento 04.08.06.004-2 - Amputação/Desarticulação de Dedo, cuja quantidade é 05), podem ser registrados até a quantidade máxima estabelecida no SIGTAP, mas a quantidade na linha tem que ser igual a 01 (um). Apenas os Procedimentos Principais pagos por dia podem ser lançados com quantidade superior a 01 (um).

Informando o código 04.08.01.020-7 nos "Procedimentos Realizados" e no campo quantidade 02 e informa a OPM com quantidade também 02 o sistema rejeita porque só admite quantidade superior a 01 (um) para principais se estes forem pagos por dia.

Informando o código 04.08.01.020-7 nos "Procedimentos Realizados" e no campo quantidade 01. Nas linhas a seguir registra as OPM compatíveis. Na linha abaixo da OPM do primeiro procedimento, coloca novamente o procedimento 04.08.01.020-7 e nas linhas subsequentes, a OPM relativa a este segundo procedimento principal e o sistema aceita.

Possibilidade de registro nestes casos:

1- dois ou mais procedimentos principais no campo Procedimentos Realizados, se o procedimento principal da AIH for um dos principais com valor zero (Politraumatizado, Cirurgia Múltipla, etc.). A cada procedimento principal é atribuído um percentual de acordo com a ordem em que são registrados no Sisaih01.

2- dois ou mais procedimentos principais no campo Procedimentos Realizados, sendo estes procedimentos principais com valor no SIGTAP, sendo o procedimento principal da AIH registrado na primeira linha, apenas o primeiro procedimento é pago, os demais vão para o rateio de pontos. O rateio de pontos é só para o componente SP, não sendo pago nada pelo SH.

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 SISAIH 01, 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
PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO
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.

A AIH com procedimento principal zerado na primeira linha "assume" a complexidade do primeiro procedimento informado (Média ou Alta Complexidade).

10. CIRURGIAS MÚLTIPLAS

Cirurgias múltiplas são atos cirúrgicos, sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devido a diferentes doenças, executado 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).

Neste conceito, todos os procedimentos em órgãos bilaterais, deverão ser aceitos quando registrados duas vezes no SISAIH01.

Na AIH com o 04.15.01.001-2 – Tratamento com Cirurgias Múltiplas como procedimento solicitado e realizado aceita até 05 (cinco) procedimentos principais, no máximo.

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 paga pelo FAEC.

Quando ocorrerem novas cirurgias de emergência, 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/Ooforoplastia (na descrição explícita uni ou bilateral).

Exemplo: Colectomia mais Herniorrafia Inguinal. O procedimento principal solicitado e realizado é o 04.15.01.001-2 – Tratamento com Cirurgias Múltiplas e a colectomia e herniorrafia inguinal 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	2º	3º	4º	5º
PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO
100%	75%	75%	60%	50%

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

Deve ser emitida nova AIH quando houver mais de 05 procedimentos realizados com o motivo de apresentação da primeira AIH 5.1 – Encerramento administrativo.

A OPM 07.02.08.003-9 - Prótese Mamaria De Silicone é compatível com: 04.10.01.005-7 - Mastectomia Radical c/ Linfadenectomia, 04.10.01.006-5 - Mastectomia Simples, 04.10.01.009-0 - Plástica Mamaria Reconstructiva - Pós Mastectomia c/ Implante de Prótese, 04.16.12.002-4 - Mastectomia Radical c/ Linfadenectomia Axilar em Oncologia, 04.16.12.003-2 - Mastectomia Simples em Oncologia.

O Ministério da Saúde recomenda a autorização como Tratamento com Cirurgias Múltiplas os procedimentos 04.10.01.005-7 - Mastectomia Radical com Linfadenectomia, 04.16.12.002-4 – Mastectomia Radical com Linfadenectomia Axilar, E 04.16.12.003-2 - Mastectomia Simples por Tumor e 04.10.01.009-0 - Plástica Mamaria Reconstructiva Pós-Mastectomia com Implante de Prótese, quando realizados no mesmo ato anestésico. Ou seja, é possível registrar na AIH o procedimento 04.10.01.005-7 ou 04.16.12.002-4, ou ainda 04.16.12.003-2 concomitante com o 04.10.01.009-0 e/ou 04.16.08.008-1.

A **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 é possível um esclarecer o quadro 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. A laparotomia exploradora é indicada como opção quando há uma possível doença abdominal de causa desconhecida. Cirurgia branca é quando na laparotomia exploradora nenhuma alteração é identificada pelo cirurgião. Assim, a laparotomia não tem relação com CID, sendo aceito informar qualquer CID na AIH.

Outro exemplo é no caso de abdômen agudo é realizada a laparotomia exploradora. Se for necessário realizar uma hemicolectomia e/ou drenagem de abscesso subfêrnico, a AIH não pode ter como procedimento principal a cirurgia múltipla porque o abscesso é consequência da lesão do colo. Certamente houve anteriormente perfuração do colo que leva à formação do abscesso.

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

Paciente com colostomia submetido à reconstrução do trânsito intestinal e no mesmo ato anestésico corrige hérnia incisional pode ser cirurgia múltipla, pois há o fechamento de colostomia e hernioplastia incisional que pode precisar de tela inorgânica.

Paciente vítima de arma de fogo submetido à cirurgia com realização de enterectomia + toracotomia com drenagem pleural fechada e arteriorrafia femoral é politraumatizado e não cirurgia múltipla.

11. PACIENTES COM LESÃO 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 Neurocirurgia e Ortopedia. A AIH assume a complexidade do primeiro procedimento principal informado no SISAH01:

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.

Procedimento	1º	2º	3º
Percentual	100%	75%	50%

Os procedimentos compatíveis com o 04.15.02.004-2 - Procedimento Sequencial em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial são:

Código	Procedimento Principal	Código	Procedimento Principal Compatível
04.04.02.017-8	Maxilectomia parcial	04.16.08.009-0	Reconstrução microcirurgia (qq parte) em oncologia
		04.01.02.002-9	Enxerto dermo-epidérmico
		04.01.02.003-7	Enxerto livre de pele total
		04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qq parte) em oncologia
		04.13.04.015-1	Transferência intermediária de retalho
		04.04.02.073-9	Reconstrução parcial de mandíbula/ maxila
04.04.02.021-6	Reconstrução total de mandíbula/maxila	04.04.02.021-6	Reconstrução total de mandíbula/ maxila
		04.01.02.002-9	Enxerto dermo-epidérmico
		04.01.02.003-7	Enxerto livre de pele total
		04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qq) em oncologia
04.04.02.022-4	Reconstrução total de cavidade orbitária	04.13.04.015-1	Transferência intermediária de retalho
		04.01.02.002-9	Enxerto dermo-epidérmico
		04.01.02.003-7	Enxerto livre de pele total
04.04.02.024-0	Reconstrução total ou parcial de nariz	04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qq) em oncologia
		04.04.03.022-0	Implante osteointegrado extra-oralbucmaxilofacial - 04 unid.
04.04.02.077-1	Ressecção de lesão da boca	04.04.02.027-5	Ressecção de lesão maligna e benigna da região crânio e bucomaxilofacial
		04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qq parte) em oncologia
04.04.02.027-5	Ressecção de lesão maligna e benigna da região crânio e buço maxilo facial	04.01.02.002-9	Enxerto dermo-epidérmico
		04.01.02.003-7	Enxerto livre de pele total
		04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qq parte) em oncologia
		04.16.08.009-0	Reconstrução por microcirurgia (qq parte) em oncologia
04.04.01.050-4	Trat. cirúrgico de perfuração do septo nasal	04.01.02.002-9	Enxerto dermo-epidérmico
		04.01.02.001-0	Enxerto composto

04.04.02.064-0	Trat. cirúrgico de anquilose da ATM	04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qq parte) em oncologia
----------------	-------------------------------------	----------------	---

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

12.1 NA MODALIDADE HOSPITALAR

Na internação de pacientes com AIDS deve ser registrado na AIH o procedimento 03.03.18.001-3 no campo Procedimento Solicitado e Procedimento Principal Realizado do SISAIH01. Deve ser registrado em ordem decrescente de complexidade e valor com no máximo 04 procedimentos dentre os abaixo:

CÓDIGO / DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICOS
03.03.18.004-8 – Trat. Afecções do SN em HIV/AIDS	Tratamento dos casos de síndrome neurológica indiferenciada, Toxoplasmose cerebral, Meningite criptocócica, Linfoma, Neuropatia periférica.
03.03.18.005-6 – Trat. Afecções Sis. Respiratório em HIV/AIDS	Tratamento de Pneumonia por P. carinii, Tuberculose Pulmonar, Pneumonia intersticial indiferenciada.
03.03.18.006-4 – Trat. Doenças Disseminadas em HIV/AIDS	Tratamento de casos de Tuberculose disseminada, Outras micobacterioses disseminadas, Histoplasmose, Salmonela septicêmica, Sarcoma de Kaposi, Linfomas não Hodgkin.
03.03.18.003-0 – Trat. Afecções Ap. Digestivo em HIV/AIDS	Tratamento de citomegalovirus esofágico, Herpes simples esofágico, Cândida sp esofágica, Síndrome diarreica, Colites, lesões ano retais.

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.

O tratamento de portador de HIV exige habilitação - 11.01 – Serviço hospitalar para tratamento em AIDS.

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).

Os procedimentos em Hospital Dia em AIDS exigem habilitação no CNES. 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. O procedimento 03.03.18.007-2 - Tratamento de HIV/AIDS exige a habilitação 12.03 - Hospital Dia – AIDS.

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

13.1 DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE

Para cada paciente é permitido apenas um acompanhante. Todo paciente tem direito a acompanhante. Não existe mais a crítica para os procedimentos de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, 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, não há restrições. (Inclusive 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: 03.01.01.003-9, 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).

É permitido o registro de diárias de UTI para todos os procedimentos de transplante de órgãos.

Pode ser apresentada diária de UTI em todos os procedimentos de Intercorrência pós-transplante.

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 02 de janeiro a 05 de fevereiro. Deverá ser repetido o código da diária de UTI para competência janeiro e fevereiro.

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 pelos dias de internação do paciente na UTI informado 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 existe consulta de internação de médico "uteista ou intensivista". O uteista é um plantonista que monitora o paciente o tempo inteiro, portanto não tem visita ou consulta.

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. O paciente permanecendo na UTI será emitida nova AIH e começado a contagem das diárias da AIH a partir de 01 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.

Não há quantidade máxima de diárias para permanência do paciente na UTI e o hospital, em comum acordo com o gestor, pode apresentar a AIH com as diárias a cada competência até a saúde definitiva da UTI.

13.5. 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. Este 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 venóclise 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.

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 a 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 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 e dias de internação, mp é média de permanência do SIGTAP para o procedimento principal da AIH e DiUTI é diárias de UTI

No exemplo:

$PM = 81 - (20 \times 2) - 0 = 81 - 40 = 41$ (neste exemplo não tem diária 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), o SIHD/SUS efetuará a glosa.

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

Por exemplo, para um paciente que passou 81 dias internados, exceto o dia da alta. Realizou 3 procedimentos principais com – Cirurgia Múltipla – e a maior média de permanência prevista no SIGTAP para estes 3 procedimentos é de 20 dias. Então a permanência a maior só poderá ser registrada a partir do dia 41 (20+20 +1=41). A permanência a maior deve ser registrada a diferença entre os dias de real permanência do paciente internado, menos o dobro + 1 da maior permanência prevista (40), o que daria 41 dias de permanência a maior. (81-40=41).

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 assistente ou de especialista para emitir parecer. 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 Cartão do profissional para 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 deve ser repetido tantas vezes quantas tenham sido as competências em que as consultas 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 04/2011.

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 01+01+01. 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.

Exemplo: Se forem amputados 3 dedos informar três vezes o mesmo procedimento com a quantidade 01. A quantidade máxima neste caso é 05. Como há um limite de cinco principais por AIH, se houver um sexto procedimento a ser registrado, abre-se outra AIH para o paciente.

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. É permitido o registro de até 15 sessões de Diálise Peritoneal ou Hemodiálise por AIH. O procedimento dialítico pode ser feito com o paciente na UTI. Este procedimento admite liberação de crítica de quantidade até o limite de uma sessão por dia.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANT.
03.05.01.013-1	HEMODIÁLISE PARA PACIENTES RENAIIS AGUDOS/CRÔNICOS AGUDIZADOS	15
03.05.01.003-4	DIÁLISE PERITONEAL PARA PACIENTES RENAIIS AGUDOS	15
03.03.07.002-1	HEMOPERFUÇÃO	15
03.05.01.019-0	ULTRA FILTRAÇÃO	15
03.05.01.004-2	HEMODIÁLISE CONTÍNUA	15
03.05.01.015-8	HEMOFILTRAÇÃO CONTÍNUA	15
03.08.02.001-4	HEDIAFILTRAÇÃO CONTÍNUA	15
03.05.01.014-0	HEMOFILTRAÇÃO	15

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, permitindo liberação de quantidade. No entanto, podem ser registrados tomografias de diferentes partes do corpo humano ou órgãos numa mesma AIH, sem necessidade de liberação de quantidade.

O estabelecimento de saúde que realiza tomografias deve ter, 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.	CATETERISMO CARDÍACO EM

Na realização de procedimentos especiais para os quais não está incluída a anestesia, por exemplo, o 02.11.02.002-8 – Cateterismo Cardíaco em Pediatria 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. Deve ser informado o CNS e CBO do anestesista. 04.17.01.004-4 - Anestesia Geral, 04.17.01.005-2 - Anestesia Regional, 04.17.01.006-0 – Sedação.

Procedimentos Especiais de Cintilografia devem ser registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAH01, 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 - Agência Transfusional) os procedimentos registrados na AIH devem informar nos campos *Executante* e *Apurar Valor*, o CNES do próprio hospital. No caso dos procedimentos relacionados aos exames pré transfusionais serem realizados utilizando serviços de hemoterapia terceirizados, deve ser informado o CNES do serviço executante responsável, cadastrado como *terceiro* pelo Hospital, apurando valor para o mesmo.

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 TRANSFUSÃO 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 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.

20.5 Orientações para Registro de Hemoterapia na AIH

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO											
		CP	CPF	CPA	CH	CHF	CHL	CHD ou CHPL	CHA	PL	CRIO	SANGRIA	ST
02.12.01.002-6	EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS I	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
02.12.01.003-4	EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS II	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
03.06.02.004-1	SANGRIA TERAPÊUTICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
03.06.02.006-8	TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
03.06.02.007-6	TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
03.06.02.008-4	TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
03.06.02.009-2	TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
03.06.02.010-6	TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
03.06.02.014-9	TRANSFUSÃO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Legenda:

CP – Concentrado de Plaquetas

CPF – Concentrado de Plaquetas com Filtro

CPA – Concentrado de Plaquetas por Aférese

CH – Concentrado de Hemácias

CHF – Concentrado de Hemácias com Filtro

CHL – Concentrado de Hemácias Lavadas

CHD – Concentrado de Hemácias Deleucocitada

CHPL – Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos

CHA – Concentrado de Hemácias Aliquotado

PL – Plasma Fresco

CRIO – Crioprecipitado

SANGRIA – Sangria

ST – Sangue total

Estes procedimentos são especiais na AIH.

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 dia varia conforme o procedimento, podendo ser solicitada liberação de quantidade.

22. RADIOLOGIA

Os exames de radiologia estão incluídos no componente SH do procedimento e devem ser registrados na AIH, mesmo não tendo valor ou pontos do SP. 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 SISAIH01, 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 SISAIH01. Quando o exame for realizado por terceiros deve ser informado o CNES do executante. E no caso do serviço ser do próprio hospital, colocar o CNES do hospital para 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 Sedacao, 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 SISAIH01.

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).

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 SISAIH01. 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 SISAIH01.

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.

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 obstetria 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 SISAIH01.

27. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM).

27.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISAIH01

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.

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.

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 de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia) 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.

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 OPM do SIH/SUS, os conjuntos para circulação Extra Corpórea (CEC), que no SIGTAP estão assim codificados:

Código	Descrição
07.02.04.019-3	Conjunto para Circulação Extracorpórea - Adulto (CEC) (Acima de 12 Anos)
07.02.04.021-5	Conjunto para Circulação Extracorpórea - Pediátrico (CEC) (30 Dias até 12 Anos)
07.02.04.020-7	Conjunto para Circulação Extracorpórea - Neonatal (CEC) (Zero até 30 Dias)

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

Outras OPM são formadas por conjuntos e também deve ser observada a mesma regra para registro no SISAIH01, são eles:

Código	Descrição Do Procedimento
07.02.01.009-0	Conjunto de Cateter de Drenagem Externa e MPIC
07.02.01.010-3	Conjunto de Eletrodo e Extensão p/ Estimulação Cerebral
07.02.01.011-1	Conjunto p/ Hidrocefalia de Baixo Perfil
07.02.01.012-0	Conjunto Padrão p/ Hidrocefalia
07.02.04.017-7	Conjunto de Acesso Hepático Transjugular
07.02.04.018-5	Conjunto do Seio Coronário
07.02.04.019-3	Conjunto p/ Circulação Extracorpórea (Adulto)
07.02.04.020-7	Conjunto p/ Circulação Extracorpórea (Neonatal)
07.02.04.021-5	Conjunto p/ Circulação Extracorpórea (Pediátrico)
07.02.04.022-3	Conjunto p/ Valvoplastia Mitral Percutânea
07.02.05.012-1	Conjunto Descartável de Balão Intra-Aórtico
07.02.05.013-0	Conjunto p/ Autotransfusão

Como a compra desses materiais pode ser feita a diferentes fornecedores, (licitações, por exemplo), o hospital deve registrar uma das Notas Fiscais 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 n.º 346/2010 redefine as compatibilidades entre procedimentos de assistência cardiovascular e as OPM. No SIGTAP existe o relatório de Compatibilidade de procedimentos e OPM.

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. Esses atendimentos são realizados pela equipe profissional do INTO, utilizando OPM cedida pelo INTO (Portaria SAS/MS n.º 316/2006).

Quando na AIH a OPM com CNPJ do Fornecedor e o Profissional que realizou o procedimento for do INTO não há apuração de valores referente à OPM e o valor do SP não será apurado nem para o estabelecimento no qual foi realizado o atendimento de suporte e nem em favor do INTO. As OPM utilizadas são levadas do INTO e não adquiridas pelo hospital onde o procedimento foi realizado, devendo ser informado o CNES do INTO.

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

Para permitir a rastreabilidade das OPM utilizadas nas cirurgias devem ser anotados os seguintes itens conforme Resolução da ANVISA: 1 - lote, 2 – lote e série, 3 – lote série e número da caixa, a OPM a ser registrada.

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.

Com a implantação do SIGTAP houve a unificação dos vários procedimentos relativos ao Parto Normal em um único procedimento. E foi incorporado aos procedimentos o atributo “incremento” que corresponde a um percentual a mais, calculado com base no valor base do parto e que permitiu a manutenção dos valores diferenciados para partos realizados em Hospital Amigo da Criança.

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 trânsito, 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.

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QUANT
02.02.03.109-8	Reação de Hemaglutinação (TPHA) p/ Diagnóstico da Sífilis	01
02.14.01.004-0	Teste Rápido p/ Detecção de HIV em Gestante	01
02.14.01.005-8	Teste Rápido p/ Detecção de Infecção pelo HIV	01
03.01.01.014-5	Primeira Consulta de Pediatria ao Recém-Nascido	01
03.10.01.002-0	Atendimento ao Recém-Nascido em Sala de Parto	01
04.17.01.002-8	Analgesia Obstétrica p/ Parto Normal	01
06.03.04.001-2	Cabergolina 0,5 mg (por Comprimido) (Inibidor da Lactação)	02
08.01.01.004-7	Incentivo ao Registro Civil de Nascimento	01
08.01.01.003-9	Incentivo ao Parto (Componente I)	01

São excludentes entre si os seguintes procedimentos especiais: 04.17.01.002-8 Analgesia Obstétrica p/ Parto Normal, 04.17.01.001-0 Anestesia Obstétrica p/ Cesariana, 04.17.01.003-6 Anestesia Obstétrica p/ Cesariana em Gestação de Alto Risco.

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.10.01.004-7	PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
04.11.01.002-6	PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
04.11.02.005-6	Tratamento de Outros Transtornos Maternos Relacionados Predominantemente à Gravidez
03.03.10.004-4	Tratamento de Intercorrências Clínicas na Gravidez

30.2 PARTO GEMELAR E EXAME VDRL NA GESTANTE

Quando o parto for gemelar deve ser registrado com o código de parto normal ou cesariana. 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.

Devem ser registrados no SISAIH01 todos os códigos de registro civil, conforme a quantidade de recém-nascidos.

É obrigatória a realização de 02.02.03.117-9 - VDRL Para Detecção de Sífilis em Gestante em todas as parturientes internadas nos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, e o respectivo registro nas AIH de partos. O resultado do exame de VDRL deverá ser anexado ao prontuário. Caso positivo, a notificação é compulsória.

É obrigatório na AIH de parto o registro do código 02.02.03.117-9 – VDRL, caso contrário a AIH é rejeitada pelo SIHD/SUS.

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.

Casos de parto gemelar onde o primeiro recém-nascido é por parto normal e o segundo cesariana podem ocorrer no mesmo hospital ou em hospitais diferentes. Serão emitidas duas AIH. Vai ocorrer a detecção da duplicidade durante o processamento, mas o gestor desbloqueia a AIH.

No caso de parto cesariana e no mesmo ato anestésico a paciente é submetida à histerectomia, só deve ser emitida uma 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 aa 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:

31.1 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;

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

31.3 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;

31.4 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
O	
04.09.04.	VASECTOMIA
024-0	
04.09.06.	LAQUEADURA TUBÁRIA
018-6	
04.11.01.	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA
004-2	TUBÁRIA

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição ao segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deve ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Somente podem realizar procedimento de esterilização cirúrgica as instituições que atenderem aos critérios, e que estejam 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 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

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

Deve constar o número da AIH da mãe no campo AIH anterior da AIH do RN e no campo AIH posterior da AIH da mãe, o número da AIH do recém-nascido. O código a ser registrado é 03.03.16.003-9 - Tratamento de Outros Transtornos Originados no Período Perinatal (obriga o preenchimento de AIH anterior e AIH posterior).

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

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 RECÉM-NASCIDO IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO

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

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 096/94 para que o hospital realize este procedimento é preciso que disponha de: mesa de reanimação com fonte de calor radiante, fonte de oxigênio puro, máscara facial e bolsa para ressuscitação, aspirador de secreções, medicação apropriada para os casos

de insuficiência cardiorrespiratória neonatal. Os equipamentos devem também constar no CNES do estabelecimento.

O código 03.10.01.002-0 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 Nascido 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 n.º 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, realizados em Serviços Hospitalares de Referência para atenção a

pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

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 e é específica para estabelecimentos de saúde do tipo 05- Hospital Geral e obrigatoriamente inclui o cadastramento do número de leitos SAÚDE MENTAL código 87, que o estabelecimento possui.

Incluiu 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.

Foram incluídos no SIGTAP os procedimentos a seguir especificados:

- 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 realizado exclusivamente em hospital geral.

- 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 realizado exclusivamente em hospital geral.

- 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 realizada exclusivamente em hospital geral.

- 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 realizado exclusivamente em hospital geral.

- 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" realizado exclusivamente em hospital geral.

- 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 realizado exclusivamente em hospital geral.

Esses seis procedimentos principais incluídos têm o valor da diária: SP:R\$ 7,22, SH: 49,78 com valor hospitalar total: R\$ 57,00 (a diária), são de permanência por dia, com a quantidade máxima de 30 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 partir de julho de 2013 o incremento passou a ser pago apenas aos estabelecimentos que se habilitaram em 06.36 e os que não se habilitarem passaram a receber apenas o valor da diária.

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.

Porem, o problema é que estes novos procedimentos exigem serviço/classificação 115/003, o serviço já existe no CNES, mas a classificação não, até este momento o CNES não soltou versão

incorporando esta classificação. Não tem portaria prorrogando o prazo. Como orientar os serviços : utilizar os códigos novos com risco de serem rejeitadas por falta de serviço/classificação?

Esta diária é de uso exclusivo em leito de saúde mental habilitado em Habilitação 06.36 - Serviço Hospitalar para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. E são de uso exclusivo em leito de saúde mental habilitado em hospital geral.

Estes procedimentos de diárias têm valor zero R\$ 0,00 e exigem que o paciente seja internado num leito de saúde mental habilitado. A remuneração por esta internação será feita por incentivo de custeio transferido ao gestor conforme Portaria n° 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012. A idade mínima para os procedimentos é de 04 Anos. Estes procedimentos não são aceitos em leitos diferentes de saúde mental.

Estes procedimentos destinam-se ao atendimento de pacientes com transtornos mentais incluindo aqueles com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Estes procedimentos somente poderão ser realizados em estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES, como Tipo de Estabelecimento 05 - Hospital Geral.

A Área Técnica de Saúde mental recomenda que as internações em saúde mental tenham curta permanência, conforme diretrizes da Portaria n° 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012.

O leito "Saúde Mental" dos estabelecimentos de saúde devem ser 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. Estes hospitais 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.

Os estabelecimentos habilitados como 06.21 - Serviços Hospitalares de Referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas terão, obrigatoriamente, o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para se adequarem à Portaria n° 148/GM/MS/2012. Até este prazo eles devem ser habilitados em 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, qualificando os leitos como leitos de Saúde Mental.

Após o período de 180 (cento e oitenta) dias a habilitação 06.21 - Serviços Hospitalares de Referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas será excluída do SCNES.

O Serviço Hospitalar de Referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas habilitados como 06. 21 que não optar pela adequação necessária à habilitação 06.36 após o prazo de 180 (cento e oitenta) dias será desabilitado e receberá o valor do procedimento sem incremento.

No Diário Oficial da União de 15 de julho/2013 foi publicada uma retificação da Portaria 953/2012 permitindo a realização dos procedimentos por hospital especializado em Pediatria e pelas Maternidades.

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.

08.02.01.025-3 - Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias. 08.02.01.026-1 - Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias. 08.02.01.027-0 - Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias. 08.02.01.025-3 - Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias. 08.02.01.026-1 - Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias. 08.02.01.027-0 - Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias.

- 03.03.17.014-0 - Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo.

08.02.01.025-3 - Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias. 08.02.01.026-1 - Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias. 08.02.01.027-0 - Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias.

- 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.

08.02.01.025-3 - Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias. 08.02.01.026-1 - Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias.

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

08.02.01.025-3 - Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias.

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

08.02.01.026-1 - Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias. 08.02.01.027-0 - Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias. 08.02.01.025-3 - Diária de saúde mental com permanência de até 7 (sete) dias.

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

08.02.01.026-1 - Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias. 08.02.01.027-0 - Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias.

Os procedimentos de Diária de Saúde Mental somente poderão ser registrados em AIH quando o atendimento for realizado no Leito de Saúde Mental em estabelecimento habilitado em hospital geral 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.

Procedimentos EXCLUÍDOS do SIGTAP a partir da competência outubro de 2012:

- 03.03.17.0026 - Tratamento da intoxicação aguda em usuários de álcool e outras drogas
- 03.03.17.0034 - Tratamento da síndrome de abstinência do álcool em serviço hospitalar de referência para a atenção integral aos usuários de álcool em outras drogas (por dia)

- 03.03.17.0042 - Tratamento de dependência do álcool em serviço hospitalar de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (por dia)

- 03.03.17.0050 - Tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial de álcool e drogas

- 03.03.17.0069 - Tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas

- 03.03.17.0085 - Tratamento em psiquiatria- em hospital geral (por dia)

- 03.03.17.0115 - Tratamento a pacientes que fazem uso de cocaína e derivados em hospital de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas- por dia

- 03.03.17.0123 - Tratamento de pacientes que fazem uso de cocaína e derivados com comorbidade em hospital de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - por dia

- 03.03.17.0018 - Diagnostico e/ou atendimento de urgência em psiquiatria

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 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.

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 tele-saúde, 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 n° 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.

• 03.03.17.009-3 - Tratamento em Psiquiatria (por dia): internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais realizado em hospital especializado.

A Portaria GM/MS n.º 2.644/2009 criou um incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e classificou os hospitais psiquiátricos de acordo com o porte conforme descrito abaixo:

<i>E</i>	CLASS	PORTE
	N I	Até 160 leitos
	N II	De 161 a 240
	N III	De 241 a 400
	N IV	Acima de 400

Os hospitais psiquiátricos são classificados conforme o número de leitos constante do CNES. O valor da diária de hospital psiquiátrico tem incremento por classe sobre o valor do procedimento 03.03.17.009-3 - Tratamento em Psiquiatria (por dia).

Existe um incentivo de 10% no valor do SH e SP nas classes 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.

As habilitações dos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos referentes à Atenção a Saúde Mental 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

O valor total do procedimento 03.03.17.009-3 - Tratamento Em Psiquiatria (por dia) permanece como base de cálculo dos incrementos para os hospitais psiquiátricos, de acordo com sua classificação. O SIH/SUS calcula o incentivo de 10% dos componentes SH e SP para os hospitais psiquiátricos classificados no Nível I e II se a permanência for igual ou inferior a 20 dias e o motivo de apresentação

1.9 – Alta de paciente agudo em psiquiatria. A AIH é bloqueada quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente na mesma competência com motivo de apresentação: 1.9

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.

A AIH -1 para o procedimento 03.03.17.009-3 tem a quantidade máxima de 45 dias. Se o 45º dia não for o último do mês o paciente deve ser reavaliado e para que permaneça internado a AIH-1 deve ser apresentada com as diárias até o último dia do mês. O hospital deve solicitar a AIH 5 de continuidade que só pode ter no máximo 31 dias. A data de internação permanece a que foi informada na AIH-1. O fechamento da AIH-1 não é obrigatório, desde que o período de internamento até o último dia do 2º mês de internamento seja inferior a 45. A abertura da AIH -5 tem que ser no primeiro dia do mês. Cada AIH 5 permite o registro de até 31 diárias, devendo ser apresentada no SIH/SUS a mesma AIH 5 quantas vezes forem necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente. 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. Não existe limite ou prazo para apresentação de AIH 5 e pode ser usado indefinidamente enquanto o paciente permanecer internado no mesmo hospital. Não deve ser dada alta para emitir uma AIH nova com novo número. A AIH de psiquiatria só admite 1 procedimento principal, mas devem ser registrados os procedimentos secundários realizados.

34.1 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 permitida é de até 05 diárias, uma para cada dia útil da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH 5. Havendo necessidade de continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH - 1. O regime de hospital dia em Saúde Mental exige habilitação. 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, fibrose cística e HIV-AIDS.

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 períneo.

Paciente vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo, 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 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. Existe o procedimento 04.13.01.007-4 - Tratamento de Intercorrência do Paciente Médio e Grande Queimado. Caso seja necessário o uso de albumina humana e nutrição parenteral ou enteral deve ser registrada de acordo das 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 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 é 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. O fechamento da AIH-1 não é obrigatório, desde que o período de internamento até o último dia do 2º mês de internamento seja inferior a 45. A AIH-1 pode ser apresentada qualquer quantidade de dias, desde que inferior a 45. No caso de permanência do paciente, solicitar 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 é 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 convalescente:** Aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontre em recuperação e necessite de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico funcional por período prolongado.

- **Paciente portador de múltiplos agravos à saúde:** Aquele que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação.

- **Paciente crônico:** Aquele portador de patologia de evolução lenta, ou portador de seqüela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional.

- **Pacientes sob cuidados permanentes:** Aquele que teve esgotada todas as condições de terapia específica e que necessita de assistência médica ou cuidados permanentes.

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	0901

03.03.13.003-2	Cardiovasculares 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
03.03.01.021-5	Tratamento de Tuberculose (A15 A A19)	Não exige
03.03.17.009-3	Tratamento em Psiquiatria	Tem incremento

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

37. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Para registro de tuberculose na AIH é o procedimento 03.03.01.021-5 - Tratamento da Tuberculose (por dia) e podem ser internados os portadores em leitos de pneumologia sanitária, clínico ou pediátrico, inclusive a Tuberculose com lesões extensas. Este procedimento admite longa permanência, (AIH 5). 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 é o procedimento Tratamento da Hanseníase – 03.03.01.008-8. O Tratamento da Hanseníase com lesões extensas deve ser registrado na AIH o código 03.03.13.008-3 – Tratamento de Pacientes sob Cuidados Prolongados em Hanseníase.

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.

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

O registro de Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento 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

Estes códigos devem ser utilizados 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 Primeiro Atendimento na especialidade correspondente. Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência. Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela. Internação para investigação diagnóstica. Em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais, identificados pela auditoria. Não 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 Leve)
03.03.04.009-2	Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico (Grau Médio)
03.03.04.007-6	Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
03.03.04.010-6	Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio Encefálico Grave
03.03.04.011-4	Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular
03.03.04.006-8	Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplásica

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

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. ATENÇÃO AO IDOSO E HOSPITAL DIA EM GERIATRIA

O procedimento 03.01.05.007-4 – INTERNAÇÃO DOMICILIAR (POR DIA) é também para o tratamento do idoso em domicílio, mas ele é permitido para qualquer idade, de zero a 110 anos. A autorização para AIH 5 exige autorização a cada 30 (trinta) dias. A data de início da internação da AIH 5 deve ser a mesma da AIH-1. A data de apresentação da AIH deve ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência. Se o 45º dia não for o último do mês, o paciente deve ser reavaliado para que permaneça depois do final do mês. Deve fechar a AIH no último dia do mês e apresentar o número de diárias daquele primeiro mês de internamento e solicitar a AIH 5 que só pode ter no máximo 31 dias. A AIH-1 pode ser apresentada a quantidade de dias inferior a 45

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 nos Centros de Referência à Saúde do Idoso – hospital dia – 13.02.

43. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

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 ainda permanece podendo 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 o 113 - Serviço de Atenção Domiciliar - 002 - Internação Domiciliar cadastrados no CNES.

44. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH

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

45. TRANSPLANTES

45.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS TECIDOS

Os procedimentos das Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos 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 AIH Principal ou no SIA/SUS I, sendo APAC.

Quando na AIH destes procedimentos deve ser **em nome do doador** e nos campos procedimento principal solicitado e realizado o 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 na tela Procedimentos Realizados, os procedimentos especiais constantes dessas ações. Estes procedimentos 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).

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 01 dos exames previstos na Resolução CFM, 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 o procedimento 05.03.01.001-4 - 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.

05.01.06.001-4	Angiografia cerebral para diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)
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 principais que exigem que na AIH sejam informados os procedimentos secundários compatíveis com o principal. 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) a 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.

Todos os procedimentos constantes da Portaria SAS/MS n.º 511/10 serão remunerados pelo SUS mesmo no estabelecimento notificante. Estes devem ter no CNES pelo menos um dos exames para avaliação de morte encefálica:

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.

Código	Procedimento
05.01.06.001-4	Angiografia Cerebral Para Diagnóstico De Morte Encefálica (4 Vasos)
05.01.06.002-2	Cintilografia Radioisotópica Cerebral P/ Diagnóstico De Morte Encefálica
05.01.06.003-0	Eco Doppler Colorido Cerebral Para Diagnóstico De Morte Encefálica
05.01.06.004-9	Eletoencefalograma Para Diagnóstico De Morte Encefálica
05.01.06.005-7	Exame Complementar Para Diagnóstico De Morte Encefálica
05.01.07.002-8	Sorologia De Possível Doador De Órgãos Ou Tecidos Exceto Córnea
05.01.07.003-6	Tipagem Sanguínea Abo E Out. Exames Hematol 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
05.03.03.001-5	Manutenção Hemodinâm Possível Doador E Taxa Sala P/ Retirada De Órgãos
05.03.04.001-0	Coordenação De Sala Cirúrgica P/ Retirada Órgãos/Tecidos P/ Transplante
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 De Órgãos Doadores Em Morte Encefálica
05.03.04.006-1	Entrevista Familiar P/ Doação Órgãos, Tecidos Doador C/ Coração Parado
05.03.04.008-8	Captação De Órgão Efetivamente Transplantado
05.06.01.005-8	Avaliação Possível Doador Falecido Órgãos Ou Tecidos P/ Transplantes

O procedimento Captação de órgão efetivamente transplantado é compatível com o procedimento 05.03.01.001-4 - Ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos para transplante.

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.

Para os procedimentos de Ações de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos não incide a crítica de especialidade de leito e controle da taxa de ocupação.

As AIH e APAC referentes aos procedimentos de 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.

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

45.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Os exames clínicos e complementares e respectivos quantitativos para o diagnóstico de morte encefálica são definidos de acordo com a Resolução CFM nº 1.480/97 e Decreto nº 2.268 de 1997.

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 com este procedimento especial.

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 Entrevista Familiar 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 RETIRADA DE ÓRGÃOS

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, independentemente do número de órgãos retirados.

45.5 COORDENAÇÃO 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.

45.6 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS

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

- 05.03.04.002-9 - Deslocamento Interestadual de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos: este procedimento destina-se à remuneração de equipe profissional, por atendimento a demandas interestaduais, com distância acima de 100 km, para retirada de órgãos de doador morto, exceto para córnea e rim.
- 05.03.04.003-7 - Deslocamento de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos Intermunicipal: o valor deste procedimento destina-se a remuneração de equipe profissional, por atendimento das demandas estaduais, com distância; acima de 100 km, para retirada de órgãos de doador morto, exceto para córnea.

Os procedimentos de deslocamento devem ser registrados na AIH em nome do doador com o procedimento principal 05.03.01.001-4 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células realizadas por equipe de outro Estabelecimento de Saúde.

45.7 RETIRADA DO CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO VÁLVULAS/TUBO VALVADO

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.

Os procedimentos especiais de retiradas de órgãos só têm valor na fração SP. A divisão do SP é da seguinte forma: ao 1º cirurgião o corresponde a 76,92% e ao 2º cirurgião 23,08% do valor.

Para o procedimento 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 SISAH01 não abre tela de equipe, mas é obrigatório informar CNS e CBO.

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.

45.8 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO/GLOBO OCULAR

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, o tubo valvado ou o osso. Na AIH ele é terceiro do hospital.

O 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.

45.8.1 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO OU VÁLVULA CARDÍACA HUMANO

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

45.9 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS

Os líquidos de preservação de órgãos e/ou tecidos utilizados conforme os órgãos efetivamente retirados devem ser registrados como procedimentos especiais 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.

45.10 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 (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.

45.11 DOADOR EM MORTE CEREBRAL, CORAÇÃO PARADO E AVALIAÇÃO DE MORTE CEREBRAL

Os procedimentos relativos às atividades relacionadas à avaliação e diagnóstico de morte cerebral de possível doador de órgãos e tecidos, em conformidade com o estabelecido na Resolução n.º 1480/1997 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.

Os exames complementares são os citados na tabela abaixo. De acordo com a faixa etária do doador é preciso observar: quando maior de 2 anos - um dos três exames. De 1 a 2 anos incompletos também um dos exames "a", "b" e "c" e quando a opção for eletroencefalograma serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro. De 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro e de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Os códigos no SIGTAP para estes procedimentos são os seguintes:

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

45.12 RETIRADA DE ÓRGÃOS

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

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:**
- **Retirada processada por equipe profissional deste mesmo hospital.**

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

45.13.1.1 Retirada processada por equipe profissional proveniente de outro(s) hospital (is)

No caso da retirada de órgão ser realizada por mais de uma equipe deve ser emitida uma AIH para cada retirada de órgão, ou seja, devem ser emitidas tantas AIH quantos forem os Procedimentos Realizados, desde que por equipes distintas. Se for uma única equipe, deve ser emitida uma única AIH. Quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deve ser registrado também o procedimento 05.03.04.002-9 - Deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos, exceto nos casos de córnea e rim. Para remuneração adicional do primeiro cirurgião e por equipe intermunicipal (distâncias acima de 100 km, excetuando-se a retirada de córnea,) deve ser registrado o 05.03.04.003-7 - Deslocamento de equipe profissional p/ retirada de órgãos – intermunicipal.

45.13.1.2 Retirada processada em hospital distinto do das ações relacionadas

Quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deve ser registrado também, (exceto para córnea e rim), o procedimento 05.03.04.002-9 - Deslocamento Interestadual de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos para possibilitar a remuneração adicional do primeiro cirurgião. E se for realizado por equipe intermunicipal, (exceto córnea), (distâncias acima de 100 km) o procedimento 05.03.04.003-7 - Deslocamento se Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos – Intermunicipal que também vai permitir a remuneração adicional do primeiro cirurgião.

45.14 Intercorrências Pós-Transplante

Para os procedimentos relativos à intercorrência pós-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. Registrar também em Procedimentos Realizados os medicamentos administrados e suas dosagens, os quais possuem códigos no SIGTAP.

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.

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 transplantes 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) - 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 - 0503040053 - 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 0505010011 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula, 05.05.01.002-0 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula, 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, 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, 05.05.02.009-2 transplante de rim (órgão de doador falecido), 05.05.02.010-6 - Transplante de rim (órgão de doador vivo) 05.05.02.004-1 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) 0505020084 transplante de pulmão unilateral 0505020122 transplante de pulmão bilateral.

O procedimento 05.06.02.004-5 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos/ células-tronco hematopoiéticas pode seguir-se ao controle da complicação intercorrente quando exigir tempo prolongado de internação. Em caso de alta hospitalar é possível a reinternação com a utilização dos procedimentos do Anexo III podendo ser emitidas novas AIH desde que: a) observado o prazo máximo de 06 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; e IV - o somatório do número de

diárias geradas com a utilização dos procedimentos descritos no Anexo III da Portaria não pode ultrapassar o valor de um procedimento de transplante específico para cada órgão sólido ou células-tronco hematopoiéticas que gerou a internação pela complicação.

45.14 Medicamentos para Pacientes Transplantados

Os medicamentos para administração em pacientes transplantados são financiados pelo FAEC e estão no SIGTAP.

45.15 Atendimento 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.

45.16 Transplante Autogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas de Medula Óssea

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.

45.17 Transplante Alogênico Células-Tronco Hematopoiéticas Medula Óssea Aparentado

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.

45.18 Transplante Alogênico Células-Tronco Hematopoiéticas Medula Óssea Não Aparentado

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 intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento podem ser emitidas novas AIH para o paciente até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante.

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%

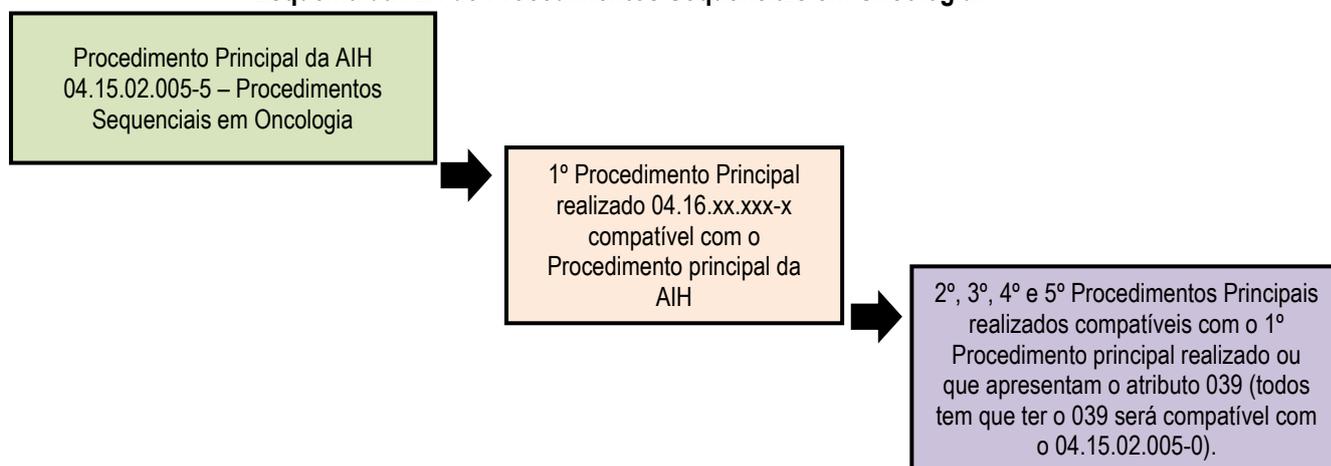
Existem os procedimentos principais que são compatíveis com 04.15.02.005-0 - Procedimentos Sequenciais em Oncologia. Para cada um desses procedimentos existe(m) outro (s) principais compatíveis. Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com Procedimentos 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 com data de alta mais recente será a única aprovada. 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 SEQUENCIAIS DE ONCOLOGIA (04.15.02.005-0) serve apenas para abrir a AIH. Não admite mudança de procedimento. O CID terá que ser compatível com o primeiro 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. Procedimentos do grupo 04 subgrupo 16 não podem ser apresentados em AIH de Tratamento com Cirurgias Múltiplas e outros procedimentos com cirurgias sequenciais

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.

Existe uma regra condicionada incluída no SIGTAP no procedimento 04.15.02.005-0 que é a 0003 – “**Condiciona a rejeição da AIH**”. Esta regra significa que se na mesma competência houver mais de uma AIH para o mesmo paciente e uma delas for com o procedimento 04.15.02.005-0 ou qualquer outro do GR 04 SG 16, o Ministério da Saúde recomenda que apenas uma das AIH seja aprovada, mas o gestor local tem a autonomia para aprovar todas ou seguir esta orientação.

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 (0416). 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 nº 210 de 15 de junho de 2004. Para realização destes procedimentos é necessário que os hospitais estejam habilitados em Alta Complexidade de Assistência Cardiovascular.

Os procedimentos a seguir descritos podem ser realizados em Unidades habilitadas em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, não sendo restrito apenas aos hospitais habilitados como Centros de Referência conforme Portaria 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-Ortopedia e definiu a organização de Redes Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia que são formadas por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-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 Traumato-ortopédicos de Média Complexidade (TOM) no SUS e tem os seguintes objetivos:

I - promover ações que visem ao aumento do acesso a procedimentos traumato-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 traumato-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 traumato-ortopedia; e

IV - regular o encaminhamento dos pacientes vítimas de trauma que necessitem de tratamento definitivo em traumato-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 traumato-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 (código 02), Acidente no local de trabalho ou serviço da empresa (código 03), Acidente no trajeto para o trabalho (código 04), outros tipos de acidente de trânsito (código 05) e código 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 nº 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. Na versão de captação de setembro/2013 esta alteração já estará disponível.

49. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA E/OU NEUROCIRURGIA

A Portaria SAS/MS n.º 723/2007 altera alguns artigos da Portaria GM/MS n.º 1.161/2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e define a implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção ao Portador de Doença Neurológica formadas por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia.

A Portaria SAS/MS n.º 723/2007 também redefine o procedimento 04.15.02.002-6 - Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia que são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados.

Os Procedimentos Sequenciais deverão ser registrados no campo *procedimentos realizados* do SISAH01, tem quantidade máxima de três e deverão ser registrados em ordem decrescente de complexidade. Quanto à remuneração, será pago um percentual decrescente do valor de acordo com a ordem em que forem registrados no SISAH01, nos percentuais a seguir:

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

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

Proced. Principal	Descrição	Proced. Compatíveis	Descrição
04.03.01.003-9	Craniectomia Descompressão da Fossa Posterior	04.03.01.009-8	Derivação Ventricular Externa/ Subgaleal
04.03.01.001-2	Cranioplastia	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
04.03.01.012-8	Microcirurgia Cerebral Endoscópica	04.03.01.009-8	Derivação Ventricular Externa ou Subgaleal
04.03.01.014-4	Reconstrução Craniana ou Crânio Facial	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
04.03.01.021-7	Tratamento Cirúrgico da Craniossinostose Complexa	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
04.03.03.005-6	Craniectomia por Tumor Ósseo	04.03.01.001-2	Cranioplastia
04.03.03.012-9	Microcirurgia p/ Tumor Base do Crânio	04.03.01.001-2	Cranioplastia
04.03.0.0003-0	Craniotomia p/ Retirada Tumor Cerebral Fossa Posterior	04.03.01.009-8	Derivação Ventricular Externa ou Subgaleal
04.03.03.016-1	Ressecção de Tumor Raquimedular Extra-Dural	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
		04.08.03.018-6	Artrodese Occipto-Cervical (C3) Posterior
		04.08.03.019-4	Artrodese Occipto-Cervical (C4) Posterior
		04.08.03.020-8	Artrodese Occipto-Cervical (C5) Posterior

		04.08.03.021-6	Artrodese Occipto-Cervical (C6) Posterior
		04.08.03.022-4	Artrodese Occipto-Cervical (C7) Posterior
		04.08.03.023-2	Artrodese Tóraco-Lombo-Sacra Anterior (1 Nível - Inclui Instrumentação)
		04.08.03.024-0	Artrodese Tóraco-Lombo-Sacra Anterior (2 Níveis - Inclui Instrumentação)
		04.08.03.026-7	Artrodese Tóraco-Lombo-Sacra Posterior (1 Nível-Inclui Instrumentação)
		04.08.03.027-5	Artrodese Tóraco-Lombo-Sacra Posterior (3 Níveis Inclui Instrumentação)
		04.08.03.029-1	Artrodese Tóraco-Lombo-Sacra Posterior, (Dois Níveis, Inclui Instrumentação).
		04.12.04.017-4	Toracotomia Exploradora
		04.07.04.016-1	Laparotomia Exploradora
04.08.03.050-0	Ressecção de 2 ou Mais Corpos Vertebrais Cervicais (Inclui Reconstrução)	04.08.04.021-1	Retirada De Enxerto Autógeno De Iliaco
04.08.03.051-8	Ressecção de 2 ou Mais Corpos Vertebrais Tóraco-Lombo-Sacros (Inclui Reconstrução)	04.08.04.021-1	Retirada De Enxerto Autógeno De Iliaco
		04.12.04.017-4	Toracotomia Exploradora
		04.07.04.016-1	Laparotomia Exploradora
04.08.03.053-4	Ressecção de Elemento Vertebral Posterior/Póstero-Lateral / Distal a C2 (Mais de 2 Segmentos)	04.08.04.021-1	Retirada De Enxerto Autógeno De Iliaco
04.08.03.054-2	Ressecção de Elemento Vertebral Posterior/Póstero-Lateral Distal a C2 (Ate 2 Segmentos)	04.08.04.021-1	Retirada De Enxerto Autógeno De Iliaco
04.08.03.055-0	Ressecção de 01 Corpo Vertebral Cervical	04.08.04.021-1	Retirada De Enxerto Autógeno De Iliaco
04.08.03.051-9	Ressecção 01 Corpo Vertebral Tóraco-Lombo-Sacro (Inclui Reconstrução)	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
		04.12.04.017-4	Toracotomia Exploradora
		04.07.04.016-1	Laparotomia Exploradora
04.08.03.061-5	Revisão Artrodese /Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose da Coluna Tóraco-Lombo-Sacra Anterior	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno Iliaco
		04.12.04.017-4	Toracotomia Exploradora
		04.07.04.016-1	Laparotomia Exploradora

04.08.03.062-3	Revisão Artrodese / Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose da Coluna Cervical Posterior	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
04.08.03.063-1	Revisão Artrodese / Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose da Coluna Tóraco-Lombo-Sacra Posterior	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco
		04.12.04.017-4	Toracotomia Exploradora
		04.07.04.016-1	Laparotomia Exploradora
04.08.03.064-0	Revisão Artrodese Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose da Coluna Cervical Anterior	04.08.04.021-1	Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco

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.

A Portaria SAS/MS n.º 189 de 27 de abril de 2011 incluiu novas possibilidades de Cirurgias Sequenciais, em Neurocirurgia, compatíveis com o código 04.15.02.002-6 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, conforme a seguir relacionado:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO PRINCIPAL SEQUENCIAL
04.03.01.011-0 Descompressão de órbita por doença/ trauma	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.01.014-4 Reconstrução craniana/craniofacial	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.01.026-8 Trat. cirúrgico fratura crânio c/ afundamento	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.01.027-6 Trat. cirúrgico de hematoma extradural	04.03.01.001-2 Cranioplastia
	04.03.01.026-8 – Trat. cirúrgico frat. crânio c/ afundamento
	04.03.01.028-4 – Trat. cirúrgico de hematoma intracerebral
	04.03.01.030-6 – Trat. cirúrgico de hematoma subdural agudo
04.03.01.028-4 Trat. cirúrgico de hematoma intracerebral	04.03.01.026-8- Trat. cirúrgico de fratura do crânio c/ afundamento
	04.03.01.030-6- Trat. cirúrgico de hematoma subdural agudo
	04.03.01.027-6- Trat. cirúrgico de hematoma extradural
04.03.01.030-6 Trat. cirúrgico de hematoma subdural agudo	04.03.01.026-8- Trat. cirúrgico de fratura do crânio c/ afundamento
	04.03.01.028-4-Trat. cirúrgico hematoma intracerebral
	04.03.01.027-6- Trat. cirúrgico de hematoma extradural
04.03.01.033-0 Trat. cirúrgico platibasia e malf. Arnold Chiari	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.03.005-6 Craniectomia por tumor ósseo	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.03.012-9 Microcirurgia p/ tumor da base do crânio	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.03.013-7 Microcirurgia p/ tumor de órbita	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.03.014-5 Microcirurgia p/ tumor intracraniano	04.03.01.001-2 Cranioplastia
04.03.03.015-3 Microcirurgia p/ tumor intracrania (c/ t.c.)	04.03.01.001-2 Cranioplastia

A Portaria SAS/MS n.º 189 define também que em todo tratamento cirúrgico de aneurisma cerebral múltiplo a liberação do procedimento deve ser mediante autorização do gestor local. Nos casos de urgência/emergência o tratamento cirúrgico deve ser justificado ao gestor local posteriormente à sua execução.

No Art. 4º estabelece a compatibilidade e quantidade do procedimento principal com o procedimento especial (OPM) conforme:

<i>Procedimento Principal</i>	<i>Procedimento Especial</i>	<i>Quantidade</i>
04.03.07.004-0 Embolização de aneurisma cerebral maior que 1,5 cm com colo estreito	07.02.05.042-3 Espirais de Platina	10
04.03.07.005-8 Embolização de aneurisma cerebral maior do que 1,5 cm com colo largo	07.02.05.042-3 Espirais de Platina	10
04.03.07.015-5 Embolização de aneurisma cerebral menor que 1,5 cm com colo estreito	07.02.05.042-3 Espirais de Platina	07
04.03.07.016-3 Embolização de aneurisma cerebral menor do que 1,5 cm com colo largo	07.02.05.042-3 Espirais de Platina	07

50. 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 SISAIH01, 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/.

51. 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.

52. 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 possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos

adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

São Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que, além de preencherem os critérios previstos para Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, executam 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 99 por AIH
03.09.01.009-8	Nutrição Parenteral Pediátrica	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH
03.09.01.006-3	Nutrição Enteral em Neonatologia	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 30 por AIH
03.09.01.008-0	Nutrição Parenteral em Neonatologia	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 30 por AIH.
03.09.01.004-5	Nutrição Enteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH
03.09.01.007-1	Nutrição Parenteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 99 por AIH

53. OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

A Portaria SAS/MS n.º 662/ 2008 inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o Procedimento 04.15.02.003-4 – Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais. 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 e cujas concomitâncias não estejam contempladas na Portaria SAS/MS n.º 723/2007.

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. Já o financiamento, em uma AIH de MAC, com procedimentos FAEC, os procedimentos de MAC são pagos por MAC e os de FAEC por FAEC. E na AIH de FAEC, todos os procedimentos são pagos por FAEC.

Neste procedimento só serão aceitos as concomitâncias de procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos. Nos sistemas SISAIH01 e SIHD/SUS não há crítica de compatibilidades e concomitâncias não definidas em portaria específica, aceitando os códigos informados na AIH desde que do Grupo 04.

54. 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.

55. 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 n.º 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 n.º 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.

56. 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, deverá ser emitida AIH com o código do procedimento que seja compatível com a hipótese diagnóstica levantada. Na Portaria SAS/MS n.º 719/2007, encontram-se os motivos de saída por óbito. Não é necessário o número da Declaração de Óbito no sistema, mas é obrigatório o CID da *causa mortis*.

57. . 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.

58. 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.

59. 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.

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.

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

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

2º auxiliar = 0,21596 * 360 = 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:

CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	COMPLEXI DADE*	VALOR SH	VALOR SP	VALOR TOTAL
03.03.18.001-3	Tratamento de Afecções Associadas ao HIV/Aids	AC	0,00	0,00	0,00
04.15.01.001-2	Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas	NA	0,00	0,00	0,00
04.15.02.001-8	Proced. Sequenciais Cirur Plástica Reparadora Pós Gastroplastia	AC	0,00	0,00	0,00
04.15.02.002-6	Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia e/ou Ortopedia	AC	0,00	0,00	0,00
04.15.02.003-4	Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais	NA	0,00	0,00	0,00
04.15.02.004-2	Procedimento Sequencial em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial	AC	0,00	0,00	0,00
04.15.03.001-3	Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado	NA	0,00	0,00	0,00

*AC - Alta Complexidade NA – Não se aplica

60. COMPATIBILIDADES E EXCLUDÊNCIAS

60.1 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). O SISAIH01 faz a crítica quanto à compatibilidade entre procedimento e a CID-10.

Cada procedimento tem a quantidade máxima, porém existe a quantidade máxima da compatibilidade entre o procedimento principal e OPM. Ver no 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.

61. 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:

61.1 MÉDIA DE PERMANÊNCIA

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.

61.2 IDADE MENOR E MAIOR

Os procedimentos rejeitados por motivo de idade maior ou menor que o definido na tabela de procedimentos, mas que de fato ocorreram em idade diferente, o prestador 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.

61.3 PERMANÊNCIA E IDADE

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

61.4 QUANTIDADE MÁXIMA

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

61.5 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. Ai estarão todos os procedimentos para os quais é possível liberar a quantidade na AIH.

Não existe liberação de quantidade para procedimento principal.

O SISAIH01 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 SISAIH01 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 o valor referente aos pontos vai para o CPF do médico que foi informado na primeira linha do procedimento principal.

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

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

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
 $30 \times 100 = 3000$ diárias.

Se a média de permanência no hospital no mês é de 5 dias, então cada leito gera 6 internações/mês, ou seja: $30 \text{ dias do mês} / 5 \text{ dias de permanência} = 6$ internações mês por leito. Então $3000 \text{ diárias} / 6 \text{ internações por leito} = 500$ AIH ou internamentos naquele mês.

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.

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

Os leitos cadastrados no CNES como complementares (UTI, UCI, isolamento) não contam para o cálculo da capacidade instalada do hospital.

61.7 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.

61.8 DUPLICIDADE

Quando um paciente é reinternado na rede de um mesmo gestor com intervalo menor que 03 dias entre a alta de um estabelecimento de saúde e seu novo internamento, quer seja no mesmo estabelecimento ou em outro, o SIH/SUS detecta esta internação na consistência como “DUPLICIDADE”. Esta AIH é bloqueada e apenas o gestor pode liberar ou não esta AIH para pagamento.

Todas as AIH que são emitidas por mudança de clínica são bloqueadas por “duplicidade” e o gestor pode liberá-las ou não, conforme análise técnica.

No caso do paciente ter tido alta melhorado ou curado e antes de três dias voltar a internar-se, mesmo em outro hospital, o sistema entende da mesma forma e também bloqueia a AIH por “duplicidade”. Este bloqueio é preventivo e pode ser liberado pelo gestor.

62. 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.

62.1 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)

62.2 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.

62.3 ACESSO AO PRONTUÁRIO

62.3.1 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.

62.3.2 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. Os laudos médicos emitidos a partir das informações constantes do prontuário do paciente não podem ser registrados facultando-se, porém, a critérios da entidade, a cobrança das xerocópias quando fornecidas por ela.

62.3.3 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).

62.3.4 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.

63. 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.

64. 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 componham o período de internação. Antes o total de dias era registrado só na primeira linha do campo “Procedimentos Realizados”.

65. 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.

Situação Clínica	Portaria SAS/MS
2002	
Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-transplante Hepático	nº 469 – 23/07/2002
Osteoporose	nº 470 – 24/07/2002
Acromegalia	nº 471 – 24/07/2002
Esquizofrenia Refratária	nº 846 – 31/10/2002
Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica	nº 859 – 04/11/2002
Retocolite Ulcerativa	nº 861 – 04/11/2002
Dislipidemia em pacientes de alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares	nº 1015 – 23/12/2002
2006	
Artrite Reumatóide	SCTIE/MS nº 66 - 06/11/2006
2007	
Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de Anticorpos	nº 495 - 11/09/2007
2009	
Hepatite Viral Crônica B e coinfeções	GM/MS nº 2561 - 28/10/2009
Distonias focais e Espasmo Hemifacial	nº 376 - 10/11/2009
Espasticidade	nº 377 - 10/11/2009
Esclerose Lateral Amiotrófica	nº 496 - 23/12/2009
Síndrome de Guillain-Barré	nº 497 - 22/12/2009
Uveítes Posteriores Não-Infeciosas	nº 498 - 23/12/2009
2010	
Ictioses Hereditárias	nº 13 - 15/01/2010
Hipoparatiroidismo	nº 14 - 15/01/2010
Insuficiência Adrenal Primária - Doença de Addison	nº 15 - 15/01/2010
Hiperplasia Adrenal Congênita	nº 16 - 15/01/2010
Doença Falciforme	nº 55 - 29/01/2010
Insuficiência Pancreática Exócrina	nº 57 - 29/01/2010
Osteodistrofia Renal	nº 69 - 11/02/2010
Acne Grave	nº 143 - 31/03/2010
Hipotireoidismo Congênito - <i>Republicado</i>	nº 56 - 23/04/2010
Angioedema Republicado	nº 109 - 23/04/2010
Puberdade Precoce Central - <i>Republicado</i>	nº 111 - 23/04/2010
Artrite Reativa - Doença de Reiter	nº 207 - 23/04/2010
Hiperprolactinemia - <i>Retificado</i>	nº 208 - 23/04/2010
Raquitismo e Osteomalácia	nº 209 - 23/04/2010
Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Neutropenias Constitucionais - Uso de Fatores estimulantes	nº 212 - 23/04/2010

de Crescimento de Colônias de Neutrófilos	
Deficiência de Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo - <i>Republicado</i>	nº 110 - 10/05/2010
Síndrome de Turner	nº 223 - 10/05/2010
Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica	nº 225 - 10/05/2010
Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha	nº 227 - 10/05/2010
Endometriose - <i>Retificado</i>	nº 144 - 31/03/2010
Dermatomiosite e Polimiosite - <i>Republicado</i>	nº 206 - 23/04/2010
Fibrose Cística - Manifestações Pulmonares - <i>Retificado</i>	nº 224 - 10/05/2010
Fibrose Cística - Insuficiência Pancreática - <i>Retificado</i>	nº 224 - 10/05/2010
Anemia em Pacientes c/ Insuficiência Renal Crônica - Alfaepoetina - <i>Retificado</i>	nº 226 - 10/05/2010
Anemia em Pacientes c/ Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro <i>Retificado</i>	nº 226 - 10/05/2010
Doença de Parkinson - <i>Republicado</i>	nº 228 - 10/05/2010
Miastenia Gravis - <i>Retificado</i>	nº 229 - 10/05/2010
Doença Celíaca* - <i>Republicado</i>	nº 307 - 17/09/2010
Anemia Aplástica Adquirida	nº 490 - 23/09/2010
Doença de Alzheimer	nº 491 - 23/09/2010
Epilepsia	nº 492 - 23/09/2010
Esclerose Múltipla	nº 493 - 23/09/2010
Espondilose	nº 494 - 23/09/2010
Leiomioma de Útero	nº 495 - 23/09/2010
Anemia Hemolítica Auto-imune	nº 708 - 17/12/2010
Asma	nº 709 - 17/12/2010
Diabete Insípido	nº 710 - 17/12/2010
Doença de Crohn	nº 711 - 17/12/2010
Fenilcetonúria	nº 712 - 17/12/2010
Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria	nº 713 - 17/12/2010
Osteogênese Imperfeita*	nº 714 - 17/12/2010
Púrpura Trombocitopênica Idiopática	nº 715 - 17/12/2010
Síndrome Nefrótica Primária em Adultos	nº 716 - 17/12/2010
Síndrome de Ovários Policísticos e Hirsutismo/Acne	nº 717 - 17/12/2010
2011	
Hepatite Viral C e Coinfecções - <i>Retificado</i>	SVS/MS nº 221 - 13/07/2011
Doença de Gaucher	nº 708 - 25/10/2011
Doença de Wilson	nº 848 - 05/12/2011
Hemangioma Infantil	nº 849 - 05/12/2011
Sobrecarga de Ferro	nº 853 - 05/12/2011
Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na Rede de Atenção às Urgências*	GM/MS nº 2.994 13/12/2011
Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas*	GM/MS nº 2.994 13/12/2011
2012	
Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo*	GM/MS nº 664 - 12/04/2012
Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências*	GM/MS nº 665 - 12/04/2012
Doença de Paget - Osteíte deformante	nº 456 - 21/05/2012
Hepatite Autoimune	nº 457 - 21/05/2012
Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes	nº 459 - 21/05/2012
Imunossupressão no Transplante Renal	nº 666 - 17/07/2012

* Situações clínicas não tratadas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Clique aqui para acessar o sítio eletrônico do CEAF.

66. 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.).

67. PASSO A PASSO PARA EXECUÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS – 2012/2013

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.

68. 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.

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.

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

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.

69. TRATAMENTO DO AVC COM TROMBOLÍTICO

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) e institui incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

A Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que 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;

Considerando o Registro de Deliberação nº 26, em 17 de junho de 2010, da Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC/ MS);

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).

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.

Para o atendimento ao AVC foram incluídas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 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

Foi incluído no SIGTAP o procedimento "Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - Código 03.03.04.030-0".

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.

70. TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM TROMBOLÍTICO

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, inclui procedimentos no SIGTAP.

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

A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo componente especial da assistência farmacêutica (CEAF).

Foi instituída a 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. E foi incluído na tabela de habilitações do SCNES o código 26.08 - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

As UCO devem se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do custeio diferenciado.

Será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas ora incluídas 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 foram incluídos os seguintes procedimentos no SIGTAP:

06.03.05.004-2 - Alteplase 10mg Injetável (Por Frasco Ampola) - Consiste na 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.

06.03.05.005-0 Alteplase 20mg Injetável (Por Frasco Ampola).

06.03.05.006-9-Alteplase Injetável 50mg (Por Frasco Ampola).

06.03.05.007-7-Tenecteplase - Tnk 30mg Injetável (Por Frasco Ampola) - Consiste na terapia medicamentosa utilizada no IAM estimulando a dissolução de coágulos, restaurando o fluxo de sangue para o coração.

06.03.05.008-5 - Tenecteplase - Tnk 40mg Injetável (Por Frasco Ampola)

06.03.05.009-3-Tenecteplase - Tnk 50mg Injetável (Por Frasco Ampola)

06.03.05.010-7 - Clopidogrel 75mg – Comprimido -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.

02.02.03.120-9 - Dosagem de Troponina - 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.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

A bibliografia será atualizada na próxima versão para evitar adiamento da publicação desta versão.

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. Torna obrigatória a apresentação, em meio magnético, da AIH - AIH dos hospitais integrantes do SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de maio de 1993, seção 1.

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 743 de 20 de dezembro de 2005. Aprova novo modelo de laudo para solicitação de AIH - AIH e solicitação/autorização de mudanças de procedimentos e de procedimentos especiais no SIH/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 de 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 exclusão. **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/SUS procedimentos da cardiovascular e estabelece normas para credenciamento/habilitação nesta área. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de junho de 2004, seção 1 e 27 de julho de 2004, seção 1, republicação dos anexos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 118, 23 de fevereiro de 2005. Define atributos para os procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF de 24 de fevereiro de 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 deviria 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, de 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 de 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, de 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/SUS procedimentos de Tratamento da Hanseníase e da Tuberculose com Lesões Externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de março de 1998, seção 1.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde 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 de 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.