

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



**MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO
SISTEMA**

BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL
JANEIRO/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC

Coordenação-Geral de Sistemas de Informação - CGSI

Edição, Distribuição e Informações:**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC

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

CEP: 70070.600, Brasília - DF

Telefone: (61) 3315-5873

FAX: (61) 3315-8956

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

E-mail: cgsi@saude.gov.br

nias.cgsi@saude.gov.br

Diretora DRAC:

Cleusa Rodrigues da S. Bernardo

Coordenador CGSI:

Leandro Manassi Panitz

Atualização do Manual:

Ana Lourdes Marques - Consultora Técnica da CGSI

Carolina Lucena – Consultora Técnica da CGSI

Vanderlei Soares Moya – Consultor Técnico da CGSI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2017

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

103 Páginas

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	07
3. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS	08
4. INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO SUS	08
4.1 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS	08
4.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - AIH	08
4.3 AUTORIZAÇÃO DE AIH	09
4.4 EMISSÃO DA AIH	09
4.4.1 AIH TIPO 1 INICIAL	09
4.4.2 AIH TIPO 5 CONTINUIDADE	09
4.4.3 NUMERAÇÃO DE AIH	10
4.4.4 INSTRUMENTO DE REGISTRO	11
4.4.5 VALOR DA AIH	11
4.5 PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR	11
4.6 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS/CID	12
4.7 APRESENTAÇÃO DA AIH - SISAIH01/ SISTEMA DO PRESTADOR	12
4.7.1 VALIDADE DA AIH	12
5. MAIS DE UMA AIH PARA O MESMO PACIENTE NA MESMA INTERNAÇÃO	12
5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA	13
5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA	13
5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA	13
5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA	13
5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA	13
5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA	13
5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA	13
5.8 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, E TUBERCULOSE.	14
5.9 INTERCORRÊNCIAS PÓS TRANSPLANTES.	14
5.10 POLITRAUMATIZADO/CIRURGIA MÚLTIPLA	14
5.11 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO	14
5.12 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH	14
6. LEITO/CARÁTER DE ATENDIMENTO/ MOTIVO DE APRESENTAÇÃO	14
6.1 LEITO	14
6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO	15
6.3 TABELA AUXILIAR DE MOTIVO DE APRESENTAÇÃO	15
7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)	17
7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES	17

8.	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	18
	8.1 DE CLINICA MÉDICA PARA CLINICA MÉDICA	18
	8.2 DE CLINICA MÉDICA PARA CIRURGIA	19
	8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA	19
	8.4 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA	19
	8.5 PROCEDIMENTO PRINCIPAL COM QUANTIDADE MAIOR QUE 1 NUMA MESMA AIH	19
	8.6 LAPAROTOMIA EXPLORADORA	19
	8.7 TRAQUEOSTOMIA	20
9.	PROCEDIMENTO PRINCIPAL COM VALOR ZERADO	20
	9.1 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	20
	9.2 CIRURGIAS MÚLTIPLAS	23
	9.3 OUTRASCIRURGIASSEQUENCIAIS	23
	9.4 PACIENTES COM LESÃO LABIOPALATAL E CRANIOFACIAL	24
	9.5 TRATAMENTO DE AFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV/AIDS	24
	9.5.1 NA MODALIDADE HOSPITALAR	24
	9.5.2 EM HOSPITAL DIA	25
	9.5.3 LIPODISTROFIA	25
10.	REGISTRO DE DIÁRIAS	26
	10.1 DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE	26
	10.2 DIÁRIA DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI)	26
	10.3 DIÁRIAS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL (UCI)	27
	10.4 DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA (UCO)	29
	10.5 DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	29
11.	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	30
12.	QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH	30
	12.1 QUANTIDADE MÁXIMA DE OPM POR PROCEDIMENTO E COMPATIBILIDADES	32
13.	DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE	33
14.	TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	33
15.	ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	34
16.	HEMOTERAPIA	34
	16.1 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	35
	16.2 TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA	35
	16.3 ATO TRANSFUSIONAL	35
	16.4 EXOSANGUINEOTRANSFUÇÃO	36
	16.5 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA-HEMATOLÓGICA (HEMOCENTRO)	36
17.	FISIOTERAPIA	37
18.	RADIOLOGIA	37
19.	ULTRA-SONOGRAFIA	37
20.	PATOLOGIA CLÍNICA	37
21.	ANATOMIA PATOLÓGICA	37
		3

22.	ANESTESIA NA AIH	37
	22.1 ANESTESIA REGIONAL	38
	22.2 ANESTESIA GERAL	38
	22.3 SEDAÇÃO	38
	22.4 ANESTESIA LOCAL	38
	22.5 ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO	39
	22.6 ANESTESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA	39
23.	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM).	39
	23.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISAIH01	39
	23.2 REGISTRO DE FORNECEDORES DE OPM E CADASTRO NA ANVISA	40
24.	ACIDENTE DE TRABALHO	41
	24.1 NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	41
25.	VIDEOLAPAROSCOPIA	42
26.	ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	42
	26.1 PARTO NORMAL	42
	26.2 PARTO GEMELAR E EXAME PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS NA GESTANTE	43
	26.3 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTES	43
	26.4 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO	44
27.	PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)	44
28.	ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN) – EMISSÃO DE AIH PARA O RN	45
	28.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM-NASCIDO	45
	28.2 ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO	45
	28.3 REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	46
29.	FATORES DE COAGULAÇÃO	46
30.	TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL	47
	30.1 HOSPITAL GERAL	47
	30.1.1 PROCEDIMENTOS PRINCIPAIS EM HOSPITAL GERAL	47
	30.1.2 DIÁRIA DE SAÚDE MENTAL – PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HOSPITAL GERAL	48
	30.1.3 INCENTIVOS FINANCEIROS PARA SAÚDE MENTAL	49
	30.2 HOSPITAL ESPECIALIZADO	50
	30.3 ATENDIMENTO EM HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL	52
31.	ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS	52
32.	PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS	53
33.	TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	54
34.	TRATAMENTO DA HANSENÍASE	54
	34.1 PROCEDIMENTO P/ TRATAMENTO DE HANSENÍASE	54
	34.2 TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS EM HANSENÍASE	55
35.	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO	55
36.	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIÁTRICA E CIRÚRGICA	55
37.	TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROLOGIA	55

38.	INTERNAÇÃO DOMICILIAR	56
39.	ATENÇÃO AO IDOSO E HOSPITAL DIA EM GERIATRIA	56
40.	REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH	56
41.	TRANSPLANTES	57
	41.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS	57
	41.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	58
	41.3 ENTREVISTA FAMILIAR	60
	41.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR TAXA DE SALA	60
	41.4.1 AVALIAÇÃO DO POSSÍVEL DOADOR FALECIDO DE ÓRGÃOS OU TECIDOS PARA	61
	41.5 RETIRADA DE ÓRGÃOS	61
	41.6 COORDENAÇÃO DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS, TECIDOS PARA TRANSPLANTE	62
	41.7 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS	62
	41.8 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS	63
	41.9 RETIRADA DO CORAÇÃO PARA PROCESSAMENTO VÁLVULAS/TUBO VALVADO/RETIRADA DO GLOBO OCULAR	63
	41.9.1 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO	63
	41.9.2 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO OU VÁLCULA CARDÍACA HUMANOS	64
	41.9.3 PROCESSAMENTO DE CÓRNEA/ESCLERA	64
	41.10 INCREMENTO FINANCEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTES E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (IFTDO)	64
	41.11 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS	65
	41.12 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE	65
	41.13 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL-DIA PARA INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	66
	41.13.1 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA	67
	41.13.2 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA APARENTADO	67
	41.13.3 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA NÃO APARENTADO	67
42	CIRURGIA EM ONCOLOGIA	67
	42.1 ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A PORTARIA n.º 2947	67
	42.2 OUTRAS ORIENTAÇÕES GERAIS EM INTERNAÇÃO DE PACIENTE ONCOLÓGICO	70
43.	ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR	71
44.	TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	71
45.	CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	73
46.	CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	74
47.	GASTROPLASTIA – CIRURGIA BARIÁTRICA	76
48.	TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESE IMPERFECTA	78
49.	TERAPIA NUTRICIONAL	78
50.	PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA	80
51.	AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	80
52.	ÓBITO EM PACIENTE INTERNADO	81
		5

53.	VERIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	81
54.	CURATIVO GRAU II	81
55.	RATEIO DE PONTOS DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SP NA AIH	81
56.	CID X PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO x QUANTIDADE MÁXIMA	83
57.	SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA NO SISAIH01	83
	57.1 PERMANÊNCIA MENOR	84
	57.2 IDADE MENOR OU MAIOR	84
	57.3 PERMANÊNCIA E IDADE	84
	57.4 QUANTIDADE MÁXIMA	84
	57.5 MÉDIA DE PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE	84
58.	AIH BLOQUEADAS PELO SIHD2 PARA ANÁLISE PELO GESTOR.	85
	58.1 DUPLICIDADE DE NOME	85
	58.2 INTERNAÇÃO SOBREPOSTA	85
	58.2.1 INTERNAÇÃO SOBREPOSTA NO MOVIMENTO.	86
	58.2.2 INTERNAÇÃO SOBREPOSTA NO ESTADO	86
	58.3 MESMO CNS EM SEQUENCIAIS	86
	58.4 AIH SEM CNS DE PACIENTE	86
	58.5 DUPLICIDADE DE CNS	87
	58.6 AGRAVOS	87
59.	OUTROS MOTIVOS DE REJEIÇÃO DE AIH	87
	59.1 POR QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR À CAPACIDADE INSTALADA	87
60.	DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO PRINCIPAL, ESPECIAL E SECUNDÁRIO	88
61.	MONITORAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	89
62.	INCLUSÃO DA COMPETÊNCIA DE EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	89
63.	PROTOCOLOS CLÍNICOS	89
64.	ESCLARECIMENTO SOBRE O ANTIGO “TIPO 07”	90
65.	REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE	91
	65.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - NOTA TÉCNICA INFORMATIVA nº 4/2013	91
66.	TRATAMENTO DO AVC COM TROMBOLÍTICO	92
67.	TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM TROMBOLÍTICO	94
	BIBLIOGRAFIA	95

APRESENTAÇÃO

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

Os sistemas que registram o atendimento nos pacientes internados são:

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

2. **Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS:** onde são processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações. Este sistema é de uso dos gestores locais para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Neste sistema é importado o arquivo exportado do SISAIH01 por cada estabelecimento. Ele auxilia gestores locais no controle, avaliação e auditoria.

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

O meio de interação e contribuição para melhor desempenho dos sistemas é o e-mail: cgsi@saude.gov.br e nias.cgsi@saude.gov.br

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

2. OBJETIVOS

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

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

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

Auxiliar o corpo clínico, auditores, supervisores, dirigentes e técnicos de informática que lidam com o registro da internação, operam o sistema e utilizam documentos. Disponibilizar relatórios gerenciais para os gestores e prestadores.

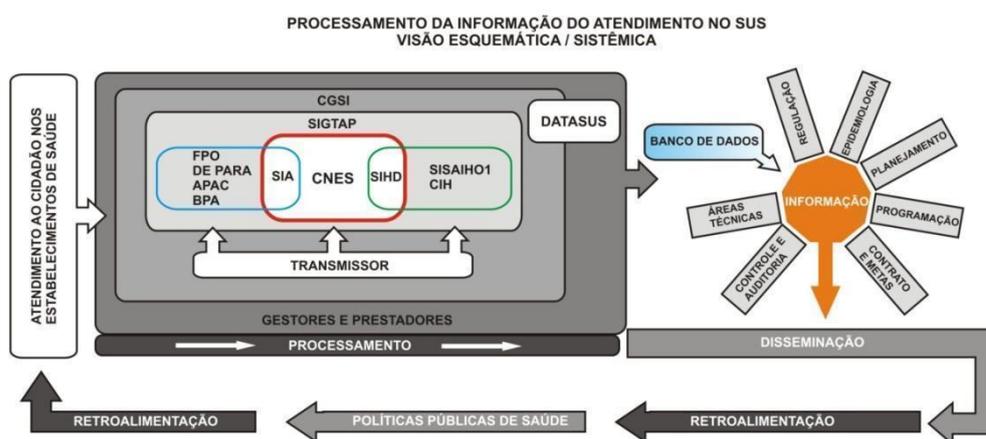
3. FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

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

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

4. INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO SUS

4.1 PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS



4.2. LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

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

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

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

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

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

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

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

4.3 AUTORIZAÇÃO DE AIH

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

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

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

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

4.4 EMISSÃO DA AIH

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

4.4.1 AIH TIPO 1 INICIAL

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

03.01.06.001-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA PEDIÁTRICA:

Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica pediátrica.

03.01.06.007-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA:

Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico para clínica cirúrgica.

03.01.06.008-8 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA: Refere-se

ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica médica.

4.4.2 AIH TIPO 5 CONTINUIDADE: Trata-se de AIH para continuidade de tratamento em procedimentos que admitem longa permanência, como na psiquiatria e no tratamento em

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

Os procedimentos que permitem emissão de AIH 5 tem como atributos complementares: ADMITE LONGA PERMANÊNCIA E PERMANÊNCIA POR DIA.

4.4.3 NUMERAÇÃO DE AIH

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

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

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

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

- Primeiro e segundo dígitos correspondem a Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (ex: 25 - Paraíba, 31 - Minas Gerais), exceto nos casos das séries numéricas específicas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que iniciam com o número 99 para todo Brasil, sem divisão por UF.
- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex.: 16 para 2016).
- O quinto dígito deverá ser o número:
 - 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral;
 - 3 (três) para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC; ou
 - 5 (cinco) para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), seja componente I, II ou III, definidos pela Portaria GM/MS nº 1.340, de 29 de junho de 2012 e legislação correlata.
- Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999;
- O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador, calculado pelo programa "DR SYSTEM".

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

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

4.4.4 INSTRUMENTO DE REGISTRO

Os procedimentos relacionados aos pacientes em tratamento em regime de internação ou hospital-dia estão classificados com instrumentos de registro AIH (proc. Principal), AIH (proc. Especial) e AIH (proc. Secundário).

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

AIH (proc. especial): são procedimentos que não geram AIH, podem agregar valores ao procedimento principal e a critério do gestor podem necessitar de autorização. Lançados somente no campo “procedimentos realizados”. Cada procedimento especial tem regras específicas para a apresentação que incluem quantidade máxima permitida, compatibilidade com o procedimento principal, com CID e com outros procedimentos especiais.

AIH (proc. secundário): Procedimentos que não geram AIH. Não exigem autorização, lançados apenas no campo “procedimentos realizados” para fins de registro de informação, uma vez que tem valor zerado na AIH.

4.4.5 VALOR DA AIH

No atributo valores do procedimento principal o valor total está dividido em Serviços Hospitalares/SH e serviços profissionais/SP. Esses valores correspondem a:

SH: incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene pessoal, de apoio ao paciente no leito, materiais hospitalares, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e serviços profissionais (exceto médicos e cirurgiões dentistas).

SP: serviços profissionais médicos e cirurgiões dentistas.

4.5. PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR

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

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

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

AUTORIZADOR é diferente de AUDITOR.

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

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

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

4.6 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS /CID

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

Considerando que o diagnóstico principal reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do paciente, ele pode ser diferente do diagnóstico de admissão.

Diagnóstico Secundário são todas as condições que coexistem no momento da admissão, (PRÉ EXISTENTES), que se desenvolvem durante o período de internamento ou que afetem a atenção recebida e/ou o tempo de permanência no hospital (ADQUIRIDOS). Existem nove campos na AIH para registros do diagnóstico secundário. Doenças pré-existentes, que não tiverem qualquer influência sobre a atual internação, não devem ser registradas. Devem ser evitados os registros de sintomas ou sinais (capítulo XVIII da CID) como CID secundário.

4.7 APRESENTAÇÃO DA AIH - SISAIH01/ SISTEMA DO PRESTADOR

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

4.7.1 VALIDADE DA AIH

A validade da AIH é de no máximo 03 competências anteriores à competência de apresentação, contada a partir da 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. Assim, as altas de janeiro, por exemplo, podem ser apresentadas na competência janeiro, fevereiro, março ou abril. Se apresentadas e rejeitadas nesse período, podem ser reapresentadas na competência maio ou junho.

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, devendo encerrar a AIH inicial como motivo de apresentação 2- PERMANÊNCIA (exceto para os casos previstos no item 5.11)

Nos casos de emissão de nova AIH na mesma internação a data de saída da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação (ver item 6.3 deste Manual). Nestes casos, o sistema bloqueia a AIH com a crítica AIH SOBREPOSTAS para análise pelo gestor.

5.1 DE CIRURGIA PARA CIRURGIA

Quando da realização de outra cirurgia em um novo ato anestésico durante a mesma internação, incluída também os casos de reoperação.

5.2 DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA

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

5.3 DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA

Na realização de parto e/ou intervenção obstétrica em paciente internada para tratamento clínico por motivo não relacionado à obstetrícia no momento da internação ultrapassada a metade da média de permanência do procedimento clínico e a critério do gestor.

5.4 DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA

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

5.5 DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA

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

5.6 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA

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

5.7 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA

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

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

Quando durante a internação o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia ou tratamento em unidade de cuidados intensivos

5.9 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE

A AIH emitida para intercorrências pós-transplante (todos) tem quantidade máxima de 31 (trinta e um) dias enquanto a AIH emitida para intercorrências pós-transplante crítico tem quantidade de 30 (trinta) dias. Decorrido este prazo e havendo necessidade de permanência do paciente internado, a AIH deve ser encerrada com motivo de apresentação 2.1 – por características próprias da doença e solicitada emissão de nova AIH.

5.10 POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA

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

5.11 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

A critério do gestor é possível autorizar a emissão de uma nova AIH para pacientes que permanecem internado por longos períodos em UTI.

Também, deve ser emitida nova AIH, nos casos de internações que ultrapassem 99 diárias de permanência a maior

5.12 QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH

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

Também, não deve ser emitida nova AIH nos casos identificados como MUDANÇA DE PROCEDIMENTO, conforme o item 8 desse manual.

6. LEITO/CARÁTER DE ATENDIMENTO/ MOTIVO DE APRESENTAÇÃO

6.1 LEITO

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

6.2 CARÁTER DE ATENDIMENTO

CARÁTER DE ATENDIMENTO	DESCRIÇÃO
01	Eletivo
02	Urgência
03	Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
04	Acidente no trajeto para o trabalho
05	Outros tipos de acidente de trânsito
06	Outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos

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

6.3 TABELA AUXILIAR DE MOTIVO DE APRESENTAÇÃO

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

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
-

A Portaria SAS/MS n.º 384/2010 incluiu os motivos de apresentação que se referem exclusivamente a alta de AIH de parto (iniciado por 6). Quando houver internação do RN, na AIH da mãe deve ser informado no campo AIH posterior do SISAH01 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:

- 6.1 Quando da alta concomitante da mãe e do (s) recém-nascido (s), sem que haja AIH emitida para o RN.
- 6.2 Quando da alta da mãe e permanência do recém-nascido ou emissão de AIH para o RN. No caso de gemelaridade, ou seja, mais de um recém-nascido deve ser observado esse motivo de alta quando pelo menos um dos recém-nascidos permanecer internado após a alta da mãe.
- 6.3 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.
- 6.4 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 antes do nascimento.

6.5 Óbito da gestante e do concepto

6.6 Óbito da mãe e alta do recém-nascido

6.7 Óbito da mãe/ puérpera e permanência do recém-nascido

Deve ser considerado alta da mãe, quando houver alta por permanência, conforme condições descritas no item 5 deste manual, ou por transferência. Para os procedimentos de parto com relação ao Motivo de Apresentação, não é admitido os motivos de códigos 11 - Alta curado, 12 - Alta melhorado, 18 - Alta por outros motivos, 19 - Alta de paciente agudo, 21 - Permanência por características próprias da doença, 28 - Permanência por outros motivos e 51 - Encerramento administrativo.

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

7. CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

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

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

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

A 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 a CBO informada na produção seja diferente do que está definido no SIGTAP. O médico deve ter em seu cadastro no CNES, a mesma CBO exigida no SIGTAP para aprovar a produção.

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

7.1 CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES

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

Com relação à 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, a CBO de anestesiológista é compatível com os procedimentos de anestesia (geral, regional, sedação e obstétrica) e com os demais procedimentos com categoria CBO médico. No SISAIO1 e no SIHD/SUS os procedimentos cirúrgicos que incluem anestesia exigem preenchimento dos dados complementares da equipe médica. Ao abrir a janela para preenchimento da equipe cirúrgica, o sistema verifica a compatibilidade entre o procedimento e a CBO do cirurgião e não com a 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. A CBO dos auxiliares pode ser qualquer um da família 2231, 2251, 2252 e 2253 (médico) ou 223268 (cirurgião buco maxilo).

O SISAIO1 adota o número do Cartão Nacional de Saúde para a identificação dos profissionais solicitante e assistente.

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 ou outro profissional designado como autorizador 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 SISAIO1.

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.

Não é permitida a mudança de procedimento quando o procedimento previamente autorizado for para tratamento em Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia e Lesões Labiopalatais, Tratamento da AIDS, Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células e procedimentos sequenciais em Oncologia, Ortopedia e Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia.

Para autorizar a mudança de procedimento é importante que o autorizador observe se o caso é eletivo ou urgência. Avaliar o tempo decorrido para a mudança de procedimento ou se é pertinente a alta por permanência – Motivo de apresentação 2 e a emissão de nova AIH, conforme Item 5 deste manual.

A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações:

8.1 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CLÍNICA MÉDICA

Paciente internado para realização de um procedimento, no decorrer da internação desenvolve quadro clínico compatível com outro procedimento, sendo este último de valor maior. Pode ser solicitada mudança de procedimento para o de maior valor. Ex: De 03.03.14.015-1

Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe) para 03.03.01.003-7 - Tratamento de Outras Doenças Bacterianas.

8.2 DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA

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

8.3 DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA

No caso do paciente internado para procedimento cirúrgico e é detectado que o paciente apresenta quadro clínico que o impeça dele ser submetido de imediato ao ato cirúrgico e haja necessidade de tratamento deve ser solicitada mudança para clínica médica. Também pode ser realizado a mudança de procedimento quando houver necessidade de tratamento clínico decorrente da cirurgia.

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, ou seja, caracterizada como cirurgia múltipla ou sequencial. No caso de realização de uma segunda cirurgia durante o período de internação (noutro ato anestésico), deve-se emitir uma nova AIH. Não cabe mudança de procedimento na mesma AIH neste caso.

8.5 PROCEDIMENTO PRINCIPAL COM QUANTIDADE MAIOR QUE 1 NUMA MESMA AIH

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

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

8.6 LAPAROTOMIA EXPLORADORA

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

afetadas. Pode também não ser detectado nada que justifique os sintomas do paciente e seguir-se apenas a sutura da parede abdominal, concluindo assim o procedimento cirúrgico.

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

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

8.7 TRAQUEOSTOMIA

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

04.04.01.037-7- TRAQUEOSTOMIA, Procedimento Principal, com atributo média de permanência 02 dias. Deve ser lançado quando for o motivo da internação.

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

9. PROCEDIMENTO PRINCIPAL COM VALOR ZERADO

Os procedimentos Tratamento com Cirurgias Múltiplas, em Politraumatizados, com procedimentos sequenciais, tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS e ações relacionadas à doação para transplantes que tem valores zerados no SIGTAP são valorados conforme as regras específicas que estão descritas nos itens correspondentes deste manual. Esses procedimentos não são registrados nos campos procedimentos realizados.

No caso de procedimentos múltiplos 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.

Se o procedimento principal da AIH for FAEC, TODA a AIH é paga no FAEC. Se o procedimento principal da AIH for MAC, o sistema paga os procedimentos informados nos ATOS de acordo com o próprio financiamento, ou seja, se for MAC, paga no MAC e se for FAEC paga no FAEC. Neste caso o financiamento da AIH é MAC possuindo alguns valores pagos no FAEC. O mesmo raciocínio vale quando o principal for cirurgia múltipla e demais procedimentos principais com valor zero, sendo que o sistema adota o tipo de financiamento do primeiro procedimento registrado no campo "Procedimentos realizados" para definir o "procedimento principal" da AIH e consequentemente o tipo de financiamento da AIH.

9.1 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 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 pôr em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões.

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

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

O procedimento 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado permite o lançamento dos procedimentos clínicos 03.03.04.008-4 - Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Leve; 03.03.04.009-2 - Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grau Médio; 03.03.04.010-6 - Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grave; 03.03.04.011-4 - Tratamento Conservador de Traumatismo Raquimedular.

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

É permitido o registro de até 05 procedimentos na mesma AIH. A ordem de digitação dos procedimentos realizados obedece à seguinte 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. Para cada procedimento cirúrgico deve ser informada a equipe completa incluindo cirurgião, auxiliares e anestesista. Nestes casos, o anestesista deverá ser sempre o mesmo profissional em todas as equipes

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

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

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

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

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

Nas linhas seguintes registrar as OPM deste primeiro procedimento.

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

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

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

3º Exemplo: Realizadas reduções cirúrgicas de fratura de rádio e fêmur, mais esplenectomia e colostomia. Emitir Laudo de AIH com código 04.15.03.001-3 – Tratamento em Politraumatizado. Na AIH, deve ser registrado na tela “*Procedimentos Realizados*”: 04.07.02.010-1 – Colostomia, 04.08.05.051-9 – Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise do Fêmur - OPM compatíveis, 04.07.03.012-3 – Esplenectomia, 04.08.02.043-1 – Tratamento Cirúrgico de Fratura Diafisária única do Rádio/Ulna e na linha abaixo devem ser incluídas as OPM compatíveis utilizadas.

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

4º Exemplo: No caso de o paciente ser submetido a mais de um procedimento, em especialidades diferentes não envolvendo a ortopedia: Paciente com ruptura de baço, lesão de cólon e hemotórax em que foram realizados 03 procedimentos: esplenectomia, colostomia e toracotomia com drenagem fechada. Preencher AIH com 04.15.03.001-3 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado. No SISAIH01, registrar na tela Procedimentos Realizados: 04.07.02.010-1 – Colostomia, 04.07.03.012-3 – Esplenectomia, 04.12.04.016-6 - Toracotomia com Drenagem Pleural Fechada. As equipes de cirurgia podem ser distintas, mas o anestesista, obrigatoriamente, deve ser o mesmo em todos os procedimentos.

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 PROCEDIMENTO	2º PROCEDIMENTO	3º PROCEDIMENTO	4º PROCEDIMENTO	5º 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.

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

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

9.2 CIRURGIAS MÚLTIPLAS

Cirurgias múltiplas são atos cirúrgicos, sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devido a diferentes doenças, executados através de uma única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico (Portaria nº. 421 de 23 de julho de 2007).

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

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

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

Cirurgia bilateral não é considerada cirurgia múltipla quando no nome ou na descrição do procedimento estiver classificada como “uni ou bilateral”. EXEMPLOS: 04.09.06.023.2 – salpingectomia uni bilateral e 04.09.06.021-6 - Ooforectomia/Ooforoplastia (na descrição do documento explicita uni ou bilateral).

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

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

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

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

No registro das equipes cirúrgicas o sistema aceitará um único anestesista, considerando que as cirurgias foram realizadas no mesmo ato cirúrgico. Assim, para cada procedimento cirúrgico deve ser registrada a equipe completa, incluindo o anestesista.

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

9.3 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

A Portaria SAS/MS nº 662/ 2008 inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o Procedimento 04.15.02.003-4 – Outros Procedimentos com Cirurgias

Sequenciais. Estes são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados por uma ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico e permitindo o registro de procedimentos sequenciais ainda não formalizados em portarias técnicas específicas.

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

9.4 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 em Cirurgias Sequenciais, Procedimentos Sequenciais em Oncologia, em Neurocirurgia ou em Ortopedia. A AIH assume a complexidade do primeiro procedimento principal informado no SISAIH01:

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

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

9.5 TRATAMENTO DE AFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV/AIDS

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

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

9.5.1 NA MODALIDADE HOSPITALAR

Na internação de pacientes com AIDS em que houver tratamento de mais de uma afecção associada ao HIV/AIDS deve ser registrado na AIH o procedimento 03.03.18.001-3 no

campo Procedimento Solicitado e Procedimento Realizado do SISAH01 e os procedimentos principais realizados devem ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valor com no máximo 04 procedimentos. No caso de tratamento de uma única afecção a AIH deve ter o procedimento principal solicitado e realizado relacionado a essa afecção, não cabendo o registro do procedimento 03.03.18.001-3.

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

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

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

03.03.18.006-4 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DISSEMINADAS EM AIDS

Na AIH de tratamento de afecções associadas à 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.

9.5.2 EM HOSPITAL DIA

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

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

9.5.3 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 contra-indicação 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.

10 REGISTRO DE DIÁRIAS

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

10.1 DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE

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

O gestor do hospital deve criar mecanismos de controle de acompanhantes. O valor inclui, a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições independente do custo real destas despesas para o hospital.

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

No SIGTAP existem os procedimentos: 08.02.01.004-0 - Diária de Acompanhante de Idosos com pernoite e 08.02.01.005-9 – Diária de Acompanhante de Idoso sem Pernoite. Os idosos têm direito a acompanhante independente do procedimento ao qual ele está sendo submetido, (exceto o período em que o paciente estiver na UTI).

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

10.2 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, a critério do gestor.

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).

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 e na quantidade em que foi utilizada.

Exemplo: Paciente internado na UTI de 26 de janeiro a 05 de fevereiro. Deverá ser repetido o código da diária de UTI para competência janeiro (06 diárias) e fevereiro (04 diárias). Os dias de internação nos quais o paciente permaneceu na UTI, não são computados para

solicitação de permanência a maior definida para o procedimento principal. Ou seja, paciente internado ao ser transferido para a UTI, suspende a contagem de diárias para fins de permanência a maior, mantendo a contagem para fins de média de permanência, e só retorna a contar no dia da saída do paciente da UTI para efeito de diárias de permanência a maior. Como exemplo, se o procedimento tem atributo média de permanência 06 dias e o paciente internou dia 01 na enfermaria, foi para a UTI dia 3 e saiu da UTI no dia 5 indo para a enfermaria, são duas diárias de UTI (dias 3 e 4) e a do dia 5 já é da enfermaria, retornando a contagem de permanência do procedimento principal da AIH para fins de permanência a maior. No caso de a alta ocorrer a partir o dia 16, inclusive, haverá diárias de permanência

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

As diárias utilizadas podem ser consultadas no SIHD/SUS por meio do `SELECT*FROM TB_UL`. Ao multiplicar a quantidade de leitos de UTI pelo total de dias do mês da competência informado, resultado será a quantidade de diárias disponível e analisando a quantidade utilizada será possível verificar quando a capacidade máxima for 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.

Em outras palavras, 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 = $5 \times 31 = 155$. Logo, não é possível registrar mais que 155 diárias de UTI neste mês.

Quando um paciente entra na UTI e vem a óbito no mesmo dia da entrada, esta diária poderá ser informada no SISAIO1.

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

Esta apresentação da AIH possibilita ao hospital apresentar parte do valor do tratamento do paciente, uma vez que a manutenção na UTI é um procedimento de alto custo e que o hospital pode assim, e a critério do gestor, receber recursos fracionados em tempo menor do que o período em que o paciente estiver na UTI. Nestes casos, será emitida uma nova AIH com um novo procedimento principal que pode ser igual ou diferente da AIH encerrada.

Unidade Intermediária ou Semi-intensiva não é considerada UTI.

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

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

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam

condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

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

As Unidades Neonatal são divididas em:

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

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

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

08.02.01.023-7 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo)

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

08.02.01.024-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCa)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

10.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA (UCO)

Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

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

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

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

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

CÁLCULO DO INCENTIVO PARA LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA – UCO

Estabelecido pela Portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011

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

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

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

10.5 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 dobro do período, definido no SIGTAP, para o atributo média de permanência do procedimento principal realizado na internação.

A Diária de Permanência Maior pode ser registrada utilizando o código 08.02.01.019.9 nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassar o dobro da média de permanência prevista na tabela de procedimentos.

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

Para calcular utilize a fórmula:

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

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

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

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

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

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

11 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO

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

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

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

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

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

12 QUANTIDADE MÁXIMA DE PROCEDIMENTOS POR AIH

Se o procedimento principal exige média de permanência, ou seja, não é por dia, a quantidade a ser registrada no SISAIH01 será 01. No entanto, se forem órgãos pares ou múltiplos (dedos), é limitada a quantidade somada sendo que a “quantidade máxima” que consta no atributo do procedimento no SIGTAP é o limite máximo. É possível solicitar liberação de crítica pelo gestor para os procedimentos especiais que permitem liberação de quantidade.

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

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

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

EXCEÇÃO: No caso de duas equipes distintas (equipe A e equipe B) realizarem as mesmas cirurgias simultaneamente, como por exemplo fratura de tíbias, a equipe A na tíbia direita e a equipe B na tíbia esquerda, deve ser lançado na AIH codificada como procedimento principal 04.08.05.050-0 repetido como quantidade UM por equipe. Obrigatoriamente com o mesmo anestesista.

Exemplo:

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

1º procedimento principal realizado por duas equipes distintas

04.08.02.002-4 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES, realizado - quantidade 02 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista E) Equipe 2 (1º cirurgião C + 2º cirurgião D + anestesista E) - este procedimento irá gerar 06 linhas no sistema, mas todas correspondem ao 1º procedimento realizado com quantidade 01(UM).

2º procedimento principal realizado:

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

3º procedimento principal realizado:

04.08.05.024-1 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO -- quantidade 02 - Equipe 1 (1º cirurgião A + 2º cirurgião B + anestesista E) Equipe 2 (1º cirurgião C + 2º cirurgião D + anestesista E), registrando quantidade 01 (UM) em cada linha.

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

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

O que não poderia ser feito, levando a rejeição da AIH

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

1º procedimento principal realizado:

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

2º procedimento principal realizado:

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

3º procedimento principal realizado:

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

4º procedimento principal realizado:

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

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

12.1 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 noutra, e ainda, 06 num terceiro. Este parafuso tem como atributo 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:

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

OPM compatível:

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

13. DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE

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

14. 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, mantendo-se a quantidade máxima por procedimento.

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

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

O paciente internado pode ser levado em ambulância para realizar uma tomografia em outro estabelecimento, mas o registro da realização da tomografia pode ser feito na AIH que pertence ao hospital onde ele está internado.

Para o processamento é preciso que o estabelecimento executante tenha CNES, mesmo não prestando serviço direto 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 serviço 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 estiver 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.

15. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.

Esses exames só devem ser realizados em AIH quando forem necessários por intercorrência ou esclarecimento diagnóstico no paciente internado. Em qualquer outra circunstância, esses exames devem ser realizados ambulatorialmente.

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

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

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

Os procedimentos especiais diagnósticos neuro-intervencionistas (Arteriografias) devem ter em seus laudos as descrições das devidas mensurações angiográficas digitais (relação domus/colo) e as fotos dos respectivos aneurismas arquivados junto ao prontuário do paciente. As descrições com relação domus/colo maior de 2 será considerada colo estreito, até 1,5 colo médio e menor do que 1,5 será considerado colo largo.

16. 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 registrados 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.

16.1 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.

16.2 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.

16.3 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.

Os exames pré transfusionais I e II, além da transfusão quando ocorrerem no hospital onde o paciente está internado devem ser informados na AIH deste.

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. Neste caso, 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

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 TERAPÉUTICA	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.

16.4 EXOSANGUINEOTRANSFUÇÃO

Procedimento : 03.06.02.013-0- TRANSFUSAO DE SUBSTITUICAO / TROCA

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

16.5 CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA-HEMATOLÓGICA (HEMOCENTRO)

É um estabelecimento de saúde que pode prestar *serviço de terceiro* a outro estabelecimento, realizando os procedimentos relacionados aos exames pré transfusionais para análise de compatibilidade sanguínea. A Portaria SAS/MS n.º 198/2008 incluiu o tipo de estabelecimento 69 - Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, com os subtipos: 69.1 - Hemoterapia/ Hematologia - Coordenador (Antigo Hemocentro), 69.2 - Hemoterapia/Hematologia - Regional, 69.3 - Hemoterapia/Hematologia – Núcleo, 69.4 - Unidade de Coleta e Transfusão – UCT, 69.5 - Unidade de Coleta – UC, 69.6 - Central de Triagem Laboratorial de Doadores – CTLD, 69.7 - Agência Transfusional – AT. Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica é um estabelecimento isolado público ou privado, que realiza o ciclo do sangue, desde a captação do doador, processamento, testes sorológicos, testes imunohematológicos, distribuição e transfusão de sangue de maneira total ou parcial. Este Centro pode estar envolvido nas atividades relacionadas ao diagnóstico e tratamento ambulatorial e hospitalar de doenças hematológicas.

17. FISIOTERAPIA

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

18. RADIOLOGIA

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

19. 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.

20. 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.

21. ANATOMIA PATOLÓGICA

Os exames de anatomia patológica são registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAIH01 como procedimentos especiais. Quando o exame for realizado por terceiros deve ser informado o CNES do executante. E no caso de o serviço ser do próprio hospital, colocar o CNES do hospital para apurar valor corretamente.

22. 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) dos procedimentos principais, 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 CBO de anestesista.

Quando for realizado ato anestésico em procedimento que no SIGTAP não inclui o valor da anestesia no valor do procedimento principal, podem ser registrados os seguintes códigos: 04.17.01.006-0 Sedação, 04.17.01.004-4 – Anestesia Geral, 04.17.01.005-2 – Anestesia Regional. Estes procedimentos têm valor SP e devem ser registrados na tela *Procedimentos Realizados* do SISAIH01, como AIH proc. especiais.

Os procedimentos para analgesia obstétrica para parto normal está no SIGTAP também com a CBO do obstetra. Nestes casos o sistema permite o CNS do mesmo médico no campo cirurgião e anestesista.

No caso de serem realizados mais de um procedimento cirúrgico no mesmo ato anestésico, como no caso de cirurgias múltiplas, sequenciais e politraumatizado, o profissional anestesista, obrigatoriamente, deve ser o mesmo e estar registrado em todas as equipes cirúrgicas.

Não é permitido o registro de dois anestesistas /CNS diferentes em uma mesma AIH.

22.1 ANESTESIA REGIONAL

Anestesia regional engloba uma série de técnicas anestésicas distintas, tanto na execução, quanto na indicação. Estas técnicas têm em comum o fato da anestesia ser produzida através de um anestésico local e ser limitada a uma determinada área do corpo. São técnicas de anestesia regional: bloqueios tronculares, bloqueios de plexo, bloqueios espinhais (peridural, raquidiana ou raquianestesia). Não deve ser confundida com a anestesia local.

Este procedimento de anestesia pode ser usado em procedimentos nos quais a anestesia não está incluída no valor total, (atributo no SIGTAP – Inclui anestesia). Para tanto, em caso procedimento para o qual não está prevista a anestesia, mas que por condições ligadas ao paciente for necessária a sua administração, o código deve ser registrado na tela *Procedimentos Realizados* do SISAIH01.

22.2 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 geral.

22.3 SEDAÇÃO

Sedação é o procedimento no qual o paciente permanece num estado calmo, tranquilo, onde é mantida a respiração espontânea, os reflexos protetores e a capacidade de resposta a estímulos físicos. Para a sedação também se aplicam os mesmos parâmetros da anestesia geral e regional para registro no SISAIH01.

22.4 ANESTESIA LOCAL

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

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

22.5 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.

22.6 ANESTESIA/ANALGESIA OBSTÉTRICA/PARTO NORMAL E CESARIANA

Os procedimentos de anestesia para obstetrícia foram incluídos na tabela de procedimentos pela Portaria GM/MS n.º 572/2000 e tem como instrumento de registro AIH proc. especial. 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.

04.17.01.002-8 - ANALGESIA OBSTETRICA P/ PARTO NORMAL

04.17.01.001-0 - ANESTESIA OBSTETRICA P/ CESARIANA

04.17.01.03-6 - ANESTESIA OBSTETRICA P/CESARIANA EM GESTACAO DE ALTO RISCO

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

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

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

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

Nas OPM relacionadas ao ato cirúrgico (subgrupo 07.02) devem ser observadas as compatibilidades entre procedimento principal e OPM e o limite das quantidades máximas constantes do SIGTAP. No caso de mais de um procedimento principal realizado (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais) o sistema faz a consistência com cada procedimento principal.

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

23.1 REGISTRO DE NOTAS FISCAIS NO SISAIH01

A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais ou gestores, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas

vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

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

A cada competência o SIHD/SUS obriga a importação da Tabela de Fornecedores Cadastrados na ANVISA antes do processamento das AIH e faz o batimento com o CNPJ informado na AIH. O fornecedor não constando deste arquivo da ANVISA a AIH é rejeitada.

O objetivo de registro da Nota Fiscal e CNPJ do fornecedor é permitir o rastreamento do material utilizado naquele paciente, em casos de problemas decorrentes do uso de OPM, como por exemplo, as metaloses. Em caso de implantes de produtos radiopacos, é importante o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.

A cópia da Nota fiscal das OPM deve ser anexada ao prontuário do paciente.

Não é necessária a emissão de uma nota fiscal para cada OPM com o nome do paciente no qual a OPM foi utilizada, uma vez que estas OPM são adquiridas nos hospitais públicos a partir de processos licitatórios. Nestas compras por licitação as Notas Fiscais emitidas contêm, 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 for utilizado. Mas, não há exigência por parte do SUS que cada OPM tenha uma nota fiscal no nome do paciente.

A comunicação de uso é um formulário que é preenchido no bloco cirúrgico e contém o código, nome e quantidade do material, número da AIH, data da internação e nome do paciente, deve ser arquivada no prontuário.

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

O conjunto para CEC é formado pelos seguintes materiais: oxigenador, conjunto de tubos, filtros de linha, reservatório para cardiectomia, reservatório para cardioplegia e hemoconcentrador. Como a compra desses materiais pode ser feita a diferentes fornecedores, (licitações, por exemplo), o hospital deve registrar uma das Notas Fiscais referentes a qualquer dos materiais que compõem o conjunto para CEC, uma vez que no SISAIH01 só há campo para inclusão de uma informação. No entanto, devem ser anexadas as cópias da Nota Fiscal de cada um dos componentes usados naquele paciente, as quais podem ser verificadas por auditorias.

A Portaria SAS/MS n.º 346/2010 redefine as compatibilidades entre procedimentos da assistência cardiovascular e as respectivas OPM compatíveis, disponíveis em <http://sigtap.datasus.gov.br>.

23.2 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

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.

24. ACIDENTE DE TRABALHO

24.1 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 primeiro CID Secundário registrado seja obrigatoriamente do Capítulo XX do CID 10 cujos códigos estão no intervalo V01 a Y98 – Causas externas de Morbidade e Mortalidade-ou iniciado por Z.

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).

25. 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 o respectivo serviço/classificação.

26. ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA

26.1 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/CNS do médico que realizou o parto.

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.

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.

26.2 PARTO GEMELAR E EXAME PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS NA GESTANTE

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

É obrigatória a realização de testes para Detecção de Sífilis nas Gestantes (VDRL, teste rápido etc.) para controle e tratamento da doença. Porém o sistema não obriga o registro nas AIH de partos (PORTARIA N° 972, DE 29 DE SETEMBRO DE 2014). O resultado do exame deverá ser anexado ao prontuário. Em caso positivo, a notificação é compulsória.

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

Vai ocorrer a detecção da sobreposição de AIH durante o processamento, mas cabe ao gestor analisar as AIH, podendo desbloqueá-las.

26.3 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 da paciente para que se realize o teste rápido para detecção de HIV. Deve ser registrado na tela Procedimentos Realizados das AIH

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.

26.4 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

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

03.03.10.002-8 - Tratamento de Eclâmpsia

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

03.03.10.004-4 - Tratamento de Intercorrências Clínicas na Gravidez.

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

27. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA E VASECTOMIA)

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

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

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

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

4. Deve obrigatoriamente constar no prontuário o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
04.09.04.024-0	VASECTOMIA
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA
04.11.01.004-2	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA

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

Somente podem realizar procedimentos de esterilização cirúrgica, exceto o procedimento 04.11.01.004.2 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA, as instituições que atenderem aos critérios, e que estejam habilitados para realização dos mesmos (Portaria SAS/MS nº 48/1999). Para a realização de esterilização cirúrgica, o estabelecimento deve oferecer todas as demais opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis; e comprovar a existência de

médico capacitado para realização do ato. Estes procedimentos exigem o registro do CID 10, código Z30.2 – Esterilização.

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

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

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

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

Se após a alta da mãe houver necessidade de assistência hospitalar ao RN por patologias que obriguem a permanência do RN deve ser solicitada AIH para o RN, caso ainda não tenha, sendo a AIH da mãe encerrada com motivo 6.2.

28.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM-NASCIDO

É o primeiro atendimento do pediatra no berçário. 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.

28.2 ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente, pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente, enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o recém nato seja encaminhado ao alojamento conjunto, junto com sua mãe, ou a unidade neonatal (unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de cuidado intermediário neonatal convencional ou da unidade de cuidado intermediário neonatal canguru, ou berçário patológico), ou ainda no caso de nascimento em quarto de pré parto, parto e puerpério (ppp) seja mantido junto a sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo ppp.

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

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

28.3 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
- 9ª e 10ª - código 55
- 11ª a 14ª - ano
- 15ª - tipo de livro de registro (1 para nascimento)
- 16ª a 20ª - número do livro
- 21ª a 23ª - número da folha do registro
- 24ª a 30ª - número do termo
- 31ª e 32ª - dígitos verificadores (número ou xx)

29. 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.

30. 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 modificações que abrangem os procedimentos e suas formas de registro no SIH/SUS.

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

30.1 HOSPITAL GERAL

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

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

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

30.1.1 PROCEDIMENTOS PRINCIPAIS EM HOSPITAL GERAL

Os procedimentos a seguir especificados são realizados exclusivamente em hospital geral, entendendo-se como hospital geral, também, o hospital especializado em clínicas e a maternidade.

- 03.03.17.013-1 - Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio- Consiste na internação para preservação da vida em situação de risco elevado de suicídio.

- 03.03.17.014-0 - Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo - Consiste na internação para tratamento de transtornos mentais que resultem em comportamento desorganizado e/ou disruptivo.

- 03.03.17.015-8 - Tratamento Clínico para Avaliação Diagnóstica de Transtornos Mentais e Adequação Terapêutica incluindo Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas – Consiste na internação para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica.
- 03.03.17.016-6 - Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo de álcool.
- 03.03.17.017-4 - Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso do "crack" – Consiste na internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack" .
- 03.03.17.018-2 - Tratamento Clínico dos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou Outras Substâncias Psicoativas – Consiste na internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas.

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

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

30.1.2 DIÁRIA DE SAÚDE MENTAL - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HOSPITAL GERAL

Na portaria foram incluídos, também, os procedimentos especiais:

- 08.02.01.025-3 - Diária de Saúde Mental com Permanência de até 7 (Sete) Dias - Consiste na diária utilizada para identificar o quantitativo de dias que o paciente permanece internado para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, crack e demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Quantidade Máxima: 07 dias.
- 08.02.01.026-1 - Diária de Saúde Mental com Permanência entre 08 a 15 Dias - Consiste na diária utilizada para identificar o quantitativo de dias que o paciente permanece internado para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, crack e demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Quantidade Máxima: 15 dias
- 08.02.01.027-0 Diária de Saúde Mental com Permanência Superior a 15 Dias - Consiste na diária utilizada para identificar o quantitativo de dias que o paciente permanece internado para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, crack e demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas. Quantidade Máxima: 30 dias. Esse procedimento têm 30 dias como limite máximo para seu registro e não será permitida cobrança de permanência maior.

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

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

- 03.03.17.013-1 - Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio.

- 03.03.17.014-0 - Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo.
- 03.03.17.015-8 - tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- 03.03.17.016-6 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.
- 03.03.17.017-4 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack".
- 03.03.17.018-2 - Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas.

Estes procedimentos de diárias têm valor zero (R\$ 0,00) A remuneração por esta internação será feita por incentivo de custeio transferido ao gestor conforme Portaria n° 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012. A idade mínima para os procedimentos é de 04 anos.

Os leitos "Saúde Mental" dos estabelecimentos de saúde habilitados por Portaria específica como 06.36 - Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas receberão incentivo financeiro de custeio anual.

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

No caso de serviço não habilitado este irá gerar crédito no valor do procedimento (atributo SIGTAP) sem incremento.

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

30.1.3 INCENTIVOS FINANCEIROS PARA SAÚDE MENTAL

O incentivo financeiro de investimento para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, têm os seguintes valores, conforme Portaria n° 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para habilitação em 06.36 - Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será formulado pelo gestor local de saúde e encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, com os documentos definidos na Portaria 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.

30.2 HOSPITAL ESPECIALIZADO

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

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

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

psiquiátricos nas Classes de I a XIV por não atenderem aos critérios mínimos de qualidade assistencial e que necessitam de pactuação para finalizar o processo de desinstitucionalização dos pacientes internados.

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

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

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

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

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

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

30.3 ATENDIMENTO EM HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL

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

O procedimento é o 03.03.17.010-7 e é registrado em AIH-1. Cada estabelecimento pode atender o máximo de 30 pacientes/dia. A quantidade máxima permitida é de 31 diárias, sendo até 05 diárias semanais, uma para cada dia útil da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH 5. Havendo necessidade de continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH – 1. O regime de hospital dia em Saúde Mental exige habilitação em leito dia de saúde mental.

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

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

Os procedimentos principais para os queimados são:

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

O procedimento 04.13.01.001-5 - Atendimento de Urgência em Médio e Grande Queimado é prestado ao paciente queimado ainda no serviço de urgência/emergência, ou seja, antes da transferência do paciente para a Unidade de Tratamento de Queimado do próprio hospital que prestou o primeiro atendimento, ou de outro Centro de Referência, quando então deve ser solicitada AIH de Grande ou Médio Queimado. No procedimento estão incluídos os profissionais e serviços hospitalares, cuidados clínicos, cirúrgicos e os curativos do paciente. O debridamento cirúrgico, em qualquer fase, está incluído no procedimento, exceto nos centros de referência que podem registrar como procedimentos especiais.

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

32 PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS

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

O tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH - 1 é de no máximo 45 dias. No caso de permanência do paciente, a AIH deve ser encerrada no último dia do mês e solicitada a AIH 5 com mesmo número da AIH - 1. A abertura da AIH -5 sempre se dá no primeiro dia do mês e permite até 31 diárias, devendo ser emitidas AIH 5 quantas necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente. Somente pode ser emitida nova AIH - 1 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico.

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

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

Pacientes sob Cuidados Prolongados caracterizam-se por:

- **Paciente 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 sequela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional.

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

Procedimentos para pacientes sob cuidados prolongados conforme a patologia apresentada:

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

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

33 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

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

34 TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Para registro da hanseníase na AIH podem ser lançados:

34.1 PROCEDIMENTO PARA TRATAMENTO DA HANSENÍASE

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

34.2 TRATAMENTO DE PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS EM HANSENÍASE

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

Este procedimento exige leitos crônicos, é lançado com permanência por dia, máximo de 45 dias, admitindo longa permanência (AIH 5).

35 TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO

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

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

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

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

Em caso de alta a pedido, evasão ou transferência para outro hospital, com período de internação igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas o procedimento solicitado deve, obrigatoriamente, ser mudado para Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência na especialidade correspondente.

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

37 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

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

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

38 INTERNAÇÃO DOMICILIAR

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

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

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

39. ATENÇÃO AO IDOSO E HOSPITAL DIA EM GERIATRIA

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

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

A AIH para atendimento em hospital dia exige habilitação 1205 hospital dia – Geriatria nos Centros de Referência à Saúde do Idoso - habilitação 0101 e idade mínima de 60 anos, com quantidade máxima de 31 dias.

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

40. REGISTRO DE MEDICAMENTOS NA AIH

Alguns medicamentos específicos são procedimentos especiais na AIH e, dentre esses, vários têm compatibilidade com o procedimento principal informado e são criticados nos sistemas

SISAIH01 e SIH/SUS. As compatibilidades e as quantidades máximas podem ser consultadas no SIGTAP.

Cabe ser destacados:

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

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

Códigos dos procedimentos:

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

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

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

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

06.03.05.007-7 - Tenecteplase - Tnk 30mg. Injetável

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

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

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

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

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

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

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

0303060190 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

0303060280 - TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA

0406030049 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA

Surfactante frasco-ampola: procedimento especial

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

Quantidade máxima: 2

41. TRANSPLANTES

41.1 AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS

O registro do procedimento AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS pode ocorrer quando realizadas atividades em duas situações: doador em morte cerebral e doador coração-parado.

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

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

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

A AIH para estes procedimentos deve ser **em nome do doador** e nos campos procedimento principal solicitado e realizado registrar 05.03.01.001-4 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos para transplantes ou 05.03.01.002-2- Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos Realizadas por Equipe de Outro Estabelecimento de Saúde, conforme o caso; e registrar na tela Procedimentos Realizados, os procedimentos especiais constantes dessas ações. Estes procedimentos principais têm valor zero na AIH e os procedimentos especiais realizados é que tem valor

O laudo de solicitação de emissão de AIH para o procedimento 05.03.01.001-4 pode ser preenchido e assinado por qualquer membro da CIHDOTT.

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

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

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

41.2 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

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

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

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

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

Os exames complementares e seus códigos no SIGTAP são os seguintes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

41.3 ENTREVISTA FAMILIAR

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

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

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

41.4 MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR TAXA DE SALA

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

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

Os procedimentos 05.03.04.004-5 (DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PROVÁVEL DOADOR DE ÓRGÃOS) e 0503030015 - MANUTENCAO HEMODINAMICA DE POSSIVEL DOADOR E TAXA DE SALA P/ RETIRADA DE ORGAOS são compatíveis apenas com o procedimento 05.03.01.001-4 (AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE).

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

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

41.5 RETIRADA DE ÓRGÃOS

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

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

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

Podem ser registrados na tela Procedimentos Realizados da AIH do doador, com o Procedimento 05.03.01.002-2 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células realizadas por Equipe de Outro Estabelecimento todos os procedimentos relacionados à manutenção hemodinâmica do doador e os de retirada de órgãos constantes da tabela abaixo havendo compatibilidade entre estes procedimentos principais e especiais.

Código	Procedimento
05.01.07.003-6	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
05.03.03.001-5	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)
05.03.03.009-0	Retirada de tecido ósteo -fascio-condro- ligamentoso
05.03.03.010-4	Retirada de pele para 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
05.03.04.005-3	Entrevista Familiar p/ Doação e/ ou Tecidos p/ Transplante
05.03.04.006-1	Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
05.06.01.005-8	Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes

E respectivos líquidos de preservação.

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

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

As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) têm a responsabilidade de informar ao estabelecimento de saúde notificante a efetivação do transplante do órgão para que este estabelecimento possa apresentar para processamento o procedimento 05.03.04.008-8 - Captação de Órgão Efetivamente Transplantado. Este procedimento não é válido quando se referir a retirada de globo ocular

41.6 COORDENAÇÃO DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS TECIDOS PARA TRANSPLANTE

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

No caso de a 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.

41.7 DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS

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

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

- 05.03.04.002-9 - Deslocamento Interestadual de Equipe Profissional p/ Retirada de Órgãos: este procedimento destina-se à remuneração de equipe profissional, por

atendimento a demandas interestaduais, para retirada de órgãos de doador morto, exceto para córnea e rim.

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

Os procedimentos de deslocamento devem ser registrados na AIH em nome do doador com o procedimento principal 05.03.01.002-2 - Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células realizadas por equipe de outro Estabelecimento de Saúde.

41.8 LÍQUIDOS DE PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS

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

No caso de o 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.

No caso do procedimento 0503030058 - RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI / BILATERAL (P/ TRANSPLANTE), não se utiliza líquido de preservação.

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

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

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

Para os procedimentos 05.03.03.005-8 – Retirada de Globo Ocular Uni/Bilateral p/ Transplante e 05.03.03.003-1- Retirada de Coração p/ Processamento de Válvula Tubo Valvado, o SISAIO1 não abre tela de equipe, mas é obrigatório informar CNS e CBO.

41.9.1 PROCESSAMENTO DE VÁLVULA/TUBO VALVADO CARDÍACO

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

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

41.9.2 PROCESSAMENTO DE TUBO VALVADO OU VÁLVULA CARDÍACA HUMANOS

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

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

41.9.3 PROCESSAMENTO DE CÓRNEA/ESCLERA

Estão incluídos todos os processos necessários em nível hospitalar e ambulatorial – Separação e Avaliação Biomicroscópica da Córnea/Esclera e Contagem Endotelial da Córnea. A AIH deve ser em nome do doador, registrando no campo procedimento principal solicitado e realizado 05.04.01.002-6 – Processamento de Córnea/Esclera (procedimento principal com valor zero) e em *Procedimentos Realizados* 05.0401.003-4 – Separação Bi Microscópica da Córnea e/ou 05.04.01.001-8 – Contagem de Células Endoteliais da Córnea. Procedimento compatível com o 0702120065 - LIQUIDO DE PRESERVACAO PARA TRANSPLANTE DA CORNEA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O IFTDO somente incide sobre os procedimentos: 05.03.03.001-5 - Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada, 05.03.03.002-3 - Retirada de coração (para transplante), 05.03.03.003-1 - Retirada de coração p/ processamento de válvula / tubo valvado, 05.03.03.004-0 - Retirada de fígado (para transplante) 05.03.03.006-6 - Retirada de pâncreas (para transplante), 05.03.03.007-4 - Retirada de pulmões (para transplante), 05.03.03.008-2 - Retirada uni / bilateral de rim (para transplante) -05.03.04.001-0 Coordenação de sala cirúrgica p/ retirada de órgãos e tecidos p/ transplante doador falecido, 05.03.04.002-9 - deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos, 05.03.04.003-7 - Deslocamento de equipe profissional p/ retirada de órgãos – 050304005-3 - entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica, 05.03.04.006-1 Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração, 05.03.04.008-8 - Captação de órgão efetivamente transplantado 05.05.01.001-1 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea aparentado, 05.05.01.002-0 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea não aparentado, 05.05.01.003-8 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue, 05.05.01.004-6 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue de cordão umbilical não aparentado, 05.05.01.005-4 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue, 05.05.01.006-2 - Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico não aparentado, 05.05.02.004-1 transplante de coração 05.05.02.005-0 - Transplante de fígado (órgão de doador falecido), 05.05.02.006-8 - Transplante de fígado (órgão de doador vivo) 05.05.02.008=4 transplante de pulmão unilateral 05.05.02.009-2 transplante de rim (órgão de doador falecido), 05.05.02.010-6 - Transplante de rim (órgão de doador vivo) 05.05.02.012-2 transplante de pulmão bilateral.

41.11 MEDICAMENTOS PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS

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

41.12 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE

Quando ocorrer a internação do paciente transplantado de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas, rim-pâncreas ou células-tronco hematopoiéticas por intercorrência proveniente *do transplante* deve ser emitida AIH em nome do paciente com o código 05.06.02.004-5 - Tratamento de Intercorrência Pós Transplante de Órgãos/Células-Tronco Hematopoiéticos. Esse procedimento tem como atributo permanência por dia, não inclui o valor de diária de UTI e permite o lançamento dos medicamentos previstos para a intercorrência pós transplante, hemoterapia e

demais procedimentos especiais. No valor do procedimento hospitalar estão incluídos todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos, insumos e medicamentos, exceto os especiais, necessários para a realização dos atos.

A AIH emitida para realização deste procedimento tem validade de 31 (trinta) dias, sendo que, decorrido este prazo e havendo necessidade de permanência do paciente em regime de internação, a AIH deve ser encerrada e solicitada emissão de nova AIH desde que as intercorrências estejam diretamente relacionadas com o transplante. É obrigatório o registro do CID secundário.

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

05.06.02.005-3 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de rim - pós transplante crítico

05.06.02.006-1 - Tratamento de intercorrência pós transplante de coração- pós transplante crítico

05.06.02.007-0 - Tratamento de intercorrência pós transplante de pulmão uni/bilateral - pós transplante crítico

05.06.02.008-8 - Tratamento de intercorrência pós transplante simultâneo de rim/pâncreas ou pâncreas isolado- pós transplante crítico

05.06.02.009-6 - Tratamento de intercorrência pós transplante de fígado- pós transplante crítico

05.06.02.010-0 - Tratamento de intercorrência pós transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas- pós transplante crítico

05.06.02.011-8 - Tratamento de intercorrência pós transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas- pós transplante crítico

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

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

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

a) observado o prazo máximo de 6 meses de internação;

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

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

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

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

41.13.1 TRANSPLANTE AUTOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA

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

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

41.13.2 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA APARENTADO

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

O limite por AIH é de 15 (quinze) dias, não permite permanência a maior ou diária de UTI. É permitido o registro dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento podem ser emitidas novas AIH para o paciente até completar 24 meses da realização do transplante.

41.13.3 TRANSPLANTE ALOGÊNICO CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS MEDULA ÓSSEA NÃO APARENTADO

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

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

42. CIRURGIA EM ONCOLOGIA

42.1 ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A PORTARIA n.º 2947/2012

A Portaria GM/MS n.º 2.947, de 21 de dezembro de 2012, republicada em 11 de julho de 2013, 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 cirúrgica neoplasia de esclera
04.16.09.009-5 –Ressecção 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.

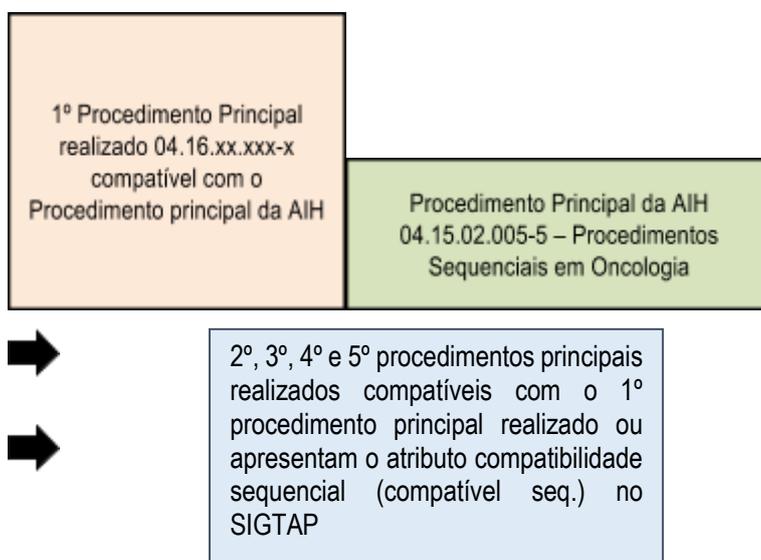
Procedimento	Percentual do SH
1º	100%
2º	75%
Do 3º ao 5º	50%

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 identificados como compatíveis sequenciais e constam no anexo da Portaria SAS 36 de 15 de janeiro de 2015.

Foi incluído na Tabela de Regras Condicionadas do SIGTAP o código "0003 Condiciona a Rejeição da AIH" – que significa que se houver duplicidade de AIH na mesma competência de processamento no SIHD e um dos procedimentos principais for o de código 04.15.02.005-0 - Procedimentos Sequenciais em Oncologia, a AIH será bloqueada para ser analisada pelo gestor. A partir desta portaria não é permitido o registro dos procedimentos do Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos e Subgrupo 16-Cirurgia em Oncologia em AIH com os procedimentos 04.15.02.003-4 - Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais e 04.15.01.001-2 - Cirurgias Múltiplas.

O PROCEDIMENTO SEQUENCIAL DE ONCOLOGIA (04.15.02.005-0) apenas deve abrir a AIH. Não admite mudança de procedimento. O CID terá que ser compatível com a principal patologia referente ao procedimento informado na primeira linha de realizados. O primeiro procedimento informado na tela de realizados tem que ser compatível com procedimentos sequenciais em oncologia. Do segundo procedimento em diante terá que ser compatível com o primeiro informado.

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. São os que constam como Compatibilidade Sequencial: Procedimento Principal x Procedimento Principal (Compatível Seq.) no SIGTAP. As Compatibilidades de Procedimentos Principais X Proc. Principais (Compatível Seq.) estão nos Anexos I e II da PORTARIA Nº 36, DE 15 DE JANEIRO DE 2015 e podem ser consultadas no SIGTAP.

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

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

42.2 OUTRAS ORIENTAÇÕES GERAIS EM INTERNAÇÃO DE PACIENTE ONCOLÓGICO

A Portaria GM/MS n.º 874 de 16 de maio de 2013 institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto a Portaria SAS140 de 27 de fevereiro de 2014 redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. A quimioterapia deve ser realizada em regime ambulatorial. Quando não houver possibilidade, a internação será autorizada, após justificativa do médico assistente, para serem realizadas 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 Intra-arterial 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) exige internação em hospitais habilitados para alta complexidade.. O registro do procedimento é por permanência por dia. A validade da AIH para internação deste procedimento é de 31 dias/mês, seja o paciente criança ou adulto. Os demais procedimentos radioterápicos devem ser registrados em APAC.

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.

Procedimentos diagnósticos podem ser registrados como procedimento AIH principal Diagnóstico e/ou atendimento de urgência e os procedimentos terapêuticos (inclusive, hidratação, controle de efeitos colaterais de tratamentos, administração de medicamentos, reposição de eletrólitos, etc.) como Intercorrências clínicas de paciente oncológico, Tratamento clínico de paciente oncológico ou outros procedimentos específicos da Tabela.

Ressalta-se que a peça cirúrgica pode ser livre de neoplasia maligna nos casos de pacientes com diagnóstico de câncer previamente firmado cito ou histopatologicamente, cujo tumor maligno foi excluído devido a procedimento anterior (biopsia excisional, ressecção cirúrgica ou radioterapia ou quimioterapia pré-operatórias que induziram resposta tumoral completa). Assim, nos casos de peça cirúrgica livre de neoplasia maligna, o diagnóstico patológico prévio de câncer deve obrigatoriamente existir, ser comprovado e estar em conformidade o código da CID que se encontra como atributo dos respectivos procedimentos.

Com relação ao procedimento 04.16.04.020-9 BIOPSIAS INTRA-ABDOMINAIS EM ONCOLOGIA, pelo qual se codificam equivocadamente, por exemplo, múltiplas biopsias em caso de paciente com tumor irressecável abdominal ou carcinomatose peritoneal, sem que se proceda a cirurgia paliativa ou curativa. A finalidade deste procedimento não é simplesmente diagnóstica, mas terapêutica de caso com diagnóstico de câncer para o qual se

precisa estabelecer as extensões tumoral e da ressecção cirúrgica, portanto, estão prevista(s) intervenção(s) cirúrgica(s) terapêutica(s) para registro do procedimento e não admitindo, assim, procedimento sequencial.

43. ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR

Portaria GM/MS n.º 1.169/2004 institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e define a implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular e Centros de Referência de Alta Complexidade em Cardiovascular. As normas de classificação e credenciamento dos Serviços, Unidades e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular estão definidas na Portaria SAS/MS n.º 210 de 15 de junho de 2004. Para realização destes procedimentos é necessário que os hospitais estejam habilitados em Alta Complexidade de Assistência Cardiovascular.

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

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

Operatório; 04.03.06.004-4 - Microcirurgia p/ Lesionectomia s/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.009-5 – Transecções Subpiais Múltiplas em Áreas Eloquentes; 04.03.06.007-9 – Microcirurgia p/ Ressecção Unilobar Extra Temporal c/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.003-6 - Microcirurgia p/ Lesionectomia c/ Monitoramento Intraoperatório; 04.03.06.005-2 – Microcirurgia p/ Lobectomia Temporal ou Amigdaló-Hipocampectomia e 04.03.06.006-0 – Microcirurgia p/ Ressecções Multilobares, Hemisferectomia ou Calosotomia 02.11.05.009-1 – Exploração Diagnóstica Pelo Video-Eeg c/ ou s/ Uso de Eletrodo Esfenoidal; 04.03.06.002-8 – Exploração Diagnóstica. Cirúrgica p/ Implantação Eletrodos Invasivos Unilateral, Inclui Video-Eeg; 04.03.06.001-0 – Exploração Diagnóstica Cirúrgica p/ Implantação Eletrodos Invasivos Bilateral, Inclui Video-Eeg, e 02.11.05.014-8 – Teste de Wada c/ Amital Sódico.

O procedimento clínico 03.03.04.001-7 - Ajuste Medicamentoso de Situações Neurológicas Agudizadas para atendimento aos portadores de epilepsia são de média complexidade, não necessitando, portanto, que o estabelecimento seja habilitado para a sua realização.

44. 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 e Ortopedia que são formadas por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

45. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

A Portaria SAS nº 10, de 06 de janeiro de 2014 incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS o procedimento Sequencial em Ortopedia (04.15.02.006-9) enquanto a portaria SAS nº 288 de 01 de abril de 2015, altera, acresce e revoga dispositivos daquela Portaria.

04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia

São atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados ao sistema músculo-esquelético, devido à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados.

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

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

A Portaria estabeleceu as compatibilidades/correlações para o procedimento 04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia. O primeiro procedimento principal a ser registrado deve ser o correspondente ao motivo básico do tratamento cirúrgico e o código da CID registrado no campo Diagnóstico Principal da AIH. Os procedimentos relacionados no anexo I (PROCEDIMENTOS COMPATÍVEIS COM PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA) são compatíveis com o código 04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia, e ficam aprovadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese/Próteses e Materiais Especiais do SUS as compatibilidades/correlações estabelecidas para Procedimentos Sequenciais em Ortopedia relacionadas no anexo II (COMPATIBILIDADE/CORRELAÇÕES POSSÍVEIS PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR), inclusive as possibilidades de registro dos procedimentos que não estão no subgrupo 04.08, como os procedimentos 04.12.04.017-4 Toracotomia exploradora, 04.07.04.016-1 Laparotomia exploradora e os enxertos.

Existem os procedimentos principais que são compatíveis com 04.15.02.006-9 - Procedimentos Sequenciais em Ortopedia (Anexo I da portaria 10/2014, alterada pela Portaria 288/2015). Para cada um desses procedimentos existe (m) outro (s) principais compatíveis. (Anexo II). Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com Procedimentos Sequenciais em Ortopedia. Toda esta informação está no SIGTAP.

Para cada procedimento informado deve ser registrado nas linhas imediatamente abaixo as OPM correspondentes utilizadas na cirurgia. 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 valoradas integralmente para todas as cirurgias.

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

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

46. CIRURGIAS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

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

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

complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados. Esta exclui o procedimento 04.15.02.002-6 Procedimentos Sequenciais em Ortopedia e/ou Neurocirurgia. A Portaria SAS nº 914, de 19 de setembro de 2014, altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria SAS nº 09, de 06 de janeiro de 2014.

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

	documentos. A observação realizada deve destacar os aspectos técnicos, epidemiológicos e sociais do ambiente, das atividades e do processo de trabalho em foco. É a observação da forma de trabalhar, da relação do trabalhador com os meios de produção e da relação dos meios de produção com o ambiente. Avalia-se o processo, ambiente e condições em que o trabalho se realiza, identificando seus aspectos tecnológicos, sociais, culturais e ambientais. É a ação geradora de uma intervenção de redução dos riscos à saúde dos trabalhadores relacionados a um ambiente, a uma atividade ou a um processo de trabalho. Este procedimento investigação e avaliação, e monitoramento da intervenção.
Complexidade:	Média complexidade
Modalidade:	Não se aplica
Instrumento de Registro:	01 BPA Consolidado
Tipo de Financiamento:	Incentivo MAC
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Sexo:	Não se aplica
Idade Mínima:	Não se aplica
Idade Máxima:	Não se aplica
CBO:	2516-05 - Assistente social 2232-08 - Cirurgião dentista - Clínico geral 2232-76 - Cirurgião dentista - Odontologia do Trabalho 2235-05 - Enfermeiro 2235-30 - Enfermeiro do Trabalho 2236-60 - Fisioterapeuta do Trabalho 2238-10 - Fonoaudiólogo 2251-25 - Médico clínico 2251-40 - Médico do trabalho 2251-70 - Médico generalista 2252-70 - Médico ortopedista e traumatologista 2251-33 - Médico psiquiatra 2515-10 - Psicólogo Clínico 2515-40 - Psicólogo do Trabalho 2515-30 - Psicólogo Social 2511-20 - Sociólogo 2239-05 - Terapeuta Ocupacional 2149-15 - Engenheiro de Segurança do Trabalho 3516-05 - Técnico em segurança do trabalho
CID Principal	Não se aplica
CID Secundário	Não se aplica
Serviço	108 - Serviço de Atenção à saúde do Trabalhador 003 - Vigilância em saúde do Trabalhador

	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.
Origem:	0415020026
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	0,00
Valor Ambulatorial Total:	0,00
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	0,00
Valor Hospitalar Total:	0,00
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior, 008 - Não permite mudança de procedimento
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	130 anos
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico, 07 - Pediátrico
Regra condicionada	0007 - Condiciona a Rejeição da AIH - Neurocirurgia

Art. 3º Na cobrança de Procedimentos Sequenciais, os procedimentos realizados, no máximo em número de cinco, deverão ser lançados em ordem decrescente de complexidade e valores e serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem lançados e de acordo com a tabela a seguir:

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

Art. 4º Ficou incluída na Tabela da Base Condicionada de

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

Existem os procedimentos principais que são compatíveis com 04.15.02.007-7 - Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia. Para cada um desses procedimentos existe (m) outro (s) principais compatíveis. Assim, o primeiro procedimento informado na tela de procedimentos realizados tem de ser compatível com Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia. A partir daí, o segundo, terceiro, quarto e quinto procedimentos principais realizados tem de ser compatíveis com o primeiro procedimento principal informado. Toda esta informação

está no SIGTAP, no entanto, alguns procedimentos principais poderão ser realizados sem estarem na lista de compatibilidades do SIGTAP. Estes procedimentos são os que possuem o atributo complementar 039 – “Permitido em AIH com mais de 01 procedimento principal”, ou seja, permite que alguns procedimentos principais sejam informados mesmo não estando na compatibilidade do SIGTAP (art. 3º da PT SAS nº 914, de 19 de setembro de 2014).

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

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

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

47. 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	Ultrassonografia de abdômen total	121,34%
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtoracica	150%
02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos)	165,15%
02.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa c/ broncodilatador (espirometria)	277,36%

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

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

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

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

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

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

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

Procedimentos	Compatibilidades	Qtde
04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal	07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante	01
	07.02.05.004-0 - Carga p/ grampeador linear cortante	03
04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve)	07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante	01

		07.02.05.004-0 - Carga p/ grampeador linear cortante	03	
04.07.01.017-3	–	Gastroplastia com derivação intestinal	07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante	01
			07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante	03
04.07.01.018-1	–	Gastroplastia vertical com banda	07.02.05.027-0 - Grampeador linear	01
			07.02.05.026-1 - Grampeador circular intraluminal	01

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

48. TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESE IMPERFECTA

Portaria GM/MS n.º 2305/2001 aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da *osteogênese imperfeita* 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 Imperfeita - 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 Imperfeita. 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 Imperfeita. As despesas decorrentes do TOI são custeadas com recursos do FAEC, como procedimento estratégico.

49. TERAPIA NUTRICIONAL

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

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

São Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que possuírem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e

avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

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

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

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

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

No registro das dietas podem ser lançados os códigos da nutrição parenteral e da nutrição enteral na mesma AIH, no máximo uma dieta por dia.

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	LIMITE ÚTIL
03.09.01.010-1	Passagem de Sonda Naso Entérica (Inclui Sonda)	01
03.09.01.003-9	Gastrostomia Endoscópica Percutânea (Inclui Material E Sedação)	01
03.09.01.006-3	Nutrição Enteral Pediátrica	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90 AIH
03.09.01.009-8	Nutrição Parenteral Pediátrica	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90 por AIH

03.09.01.005-5	Nutrição Enteral em Neonatologia	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 30 por AIH
03.09.01.008-0	Nutrição Parenteral em Neonatologia	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 30 por AIH.
03.09.01.004-7	Nutrição Enteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90 por AIH
03.09.01.007-1	Nutrição Parenteral Adulto	A administração de nutrição enteral e parenteral será remunerada por dia de acordo com a prescrição médica no limite de 90por AIH

50. 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.

51. 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.

52. ÓBITO EM PACIENTE INTERNADO

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 312/2002, é considerado óbito hospitalar, se isto ocorrer após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Assim sendo, poderá ser emitida AIH com o código do procedimento que seja compatível com a hipótese diagnóstica levantada e tratamento efetuado. Na Portaria SAS/MS n.º 719/2007, encontram-se os motivos de saída por óbito. Nestas AIH são computadas as diárias do dia do óbito para fins de cálculo de dias de permanência. Não é necessário o número da Declaração de Óbito no sistema.

53. 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.

54. 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. TEM COMO ATRIBUTO QUANTIDADE MÁXIMA 01 POR DIÁRIA.

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

A hospitalização de um paciente resulta na geração de valores para SP e SH. O pagamento dos serviços hospitalares atribuído a cada um dos procedimentos realizados é feito pela soma dos valores correspondentes a coluna dos Serviços Hospitalares SH registrados na AIH, onde estão incluídos os valores referentes à: alimentação, taxas de sala, materiais hospitalares, medicamentos e exames de apoio diagnóstico de natureza simples como a patologia clínica e radiologia. Os valores pagos aos auxílios cirúrgicos correspondem a 30% da quantidade de pontos do cirurgião para o 1º auxiliar e 20% para os demais auxiliares. A remuneração do SP por cada hospital é feita da seguinte forma:

Somam-se os valores em reais que correspondam aos SP registrados na AIH. Soma-se o número de pontos correspondentes a todos os procedimentos realizados registrados na AIH para obter o valor do ponto do SP por AIH, mediante a divisão do valor em reais dos SP pelo total de pontos dos procedimentos realizados.

Soma-se o número de pontos correspondentes aos procedimentos realizados e prestados por cada uma das pessoas física ou jurídica. Multiplica o valor do ponto dos SP pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se daí o valor em reais a ser pago. O SIH/SUS gera os valores brutos. Do valor bruto devem ser deduzidas as retenções obrigatórias por lei.

O pagamento de anestesia dos atos cirúrgicos não será por rateio, mas correspondem a 30% do valor de SP. O pagamento dos demais profissionais médicos relacionados na AIH é por rateio após abatido os 30% do anestesista. As anestésias nas AIH cujo procedimento tem como atributo “não inclui anestesia” também podem ser realizadas sob anestesia, em casos em que a condição clínica do paciente exija e existem os códigos próprios que podem ser registrados na tela de Procedimentos Realizados do SISAIH01.

EXEMPLO:

(1) Valor do Ponto Profissional é igual:

Valor dos Serviços Profissionais da AIH em reais menos 30% caso haja registro de anestesia dividido pela soma n.º de pontos Serviços Profissionais da AIH

(2) Valor a ser recebido pelo profissional é igual:

N.º de pontos acumulados por profissional na AIH X Valor do Ponto SP da AIH

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

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

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

Cálculo para apuração dos valores do anestesista: Conforme legislação, o anestesista não recebe por rateio, e sim 30% do valor do SP do procedimento cirúrgico.

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

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

Cálculo da quantidade pontos de cada participante (exceto para o anestesista que não tem pontos)

Cirurgião = 1800 (a mesma quantidade de ponto do procedimento, constante na tabela).

1º auxiliar = 540 (correspondentes a 30% de 1800 pontos do cirurgião)

2º auxiliar = 360 (correspondentes a 20% de 1800 pontos do Cirurgião)

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

O valor do ponto será calculado da seguinte forma:

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

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

Valor do ponto = 0,21596

Cálculo para apuração do valor de cada participante

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

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

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

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:

56. 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).

As críticas relativas as compatibilidades entre procedimentos realizados e diagnósticos registrados (CID-10) nas AIH foram excluídas pela Portaria SAS 1324 de novembro de 2014

Cada procedimento tem atributo quantidade máxima, porém existe a quantidade máxima da compatibilidade entre o procedimento principal e o procedimento/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 atributo 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.

57. SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA NO SISAIH01

Considerando a diversidade dos hospitais quanto à capacitação tecnológica, entendida como os recursos humanos disponíveis, o arsenal diagnóstico e terapêutico, sua capacidade de gestão e em face das excepcionalidades médicas cabe a cada gestor autorizar o processamento das AIH sob sua responsabilidade que não atinjam a faixa etária, o tempo mínimo de permanência dos procedimentos da Tabela do SIH-SUS ou utilizem quantidade acima da máxima estabelecida.

Cabe ao prestador, ao confirmar o procedimento realizado solicitar a liberação de crítica para processamento.

A solicitação é registrada no momento da digitação da AIH no SISAIH01, mas a confirmação da liberação ou não é feita pelo gestor no momento do processamento das AIH no SIHD/SUS. No SIH/SUS esta AIH aparece para o autorizador como bloqueada pelo sistema e ele pode liberar ou manter o bloqueio. Sempre houver solicitação de liberação de crítica a AIH será bloqueada para análise, independente de ter ou não crítica prevista. Os motivos de bloqueio que permitem solicitação de liberação de crítica previstos no sistema são:

57.1 PERMANÊNCIA MENOR

Quantidade de dias de internação (diárias) inferior ao previsto no atributo do procedimento no SIGTAP: As AIH serão bloqueadas por motivo de permanência menor caso os procedimentos realizados não atinjam a quantidade mínima de dias de internação, em número de diárias (menos de 50% dos dias previstos no atributo média de permanência do procedimento definido na tabela de procedimentos). Se considerar que não houve alta precoce do paciente, pois o tratamento em regime de internação foi realizado, o prestador pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica no sistema SISAIH01.

Procedimentos com atributo de média de permanência de até 3 dias, inclusive, não tem crítica. As AIH com motivo de encerramento ÓBITO não tem crítica de permanência a menor. Para o cálculo da permanência mínima, considera-se apenas os números inteiros que resultam do cálculo da metade dos dias de média de permanência. Assim, procedimento com média de permanência de sete dias, por exemplo, tem permanência de internação mínima de três dias, ou melhor, três diárias.

57.2 IDADE MENOR OU MAIOR

Para as AIH com registro de procedimentos rejeitados por motivo de idade maior ou menor que o definido na tabela de procedimentos como mínima e máxima, 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 com o principal. Neste caso a crítica de idade não é feita porque não é necessário, como nas AIH de parto com procedimentos realizados no RN.

Alguns procedimentos têm como atributo “NÃO ADMITE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA DE IDADE”. Nesses casos não é possível a liberação da AIH e entende-se que o procedimento realizado deve ser revisto por tratar-se de possível erro de codificação de procedimento.

57.3 PERMANÊNCIA E IDADE

Nas AIH com procedimento criticado por ambos os motivos, o prestador pode solicitar ao gestor a liberação de crítica.

57.4 QUANTIDADE MÁXIMA

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

Não existe liberação de quantidade para procedimento principal ou para OPM (grupo 07).

57.5 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. Esses procedimentos, também, podem ser consultados no menu DETALHES do SISAIH01.

58. AIH BLOQUEADAS PELO SIHD2 PARA ANÁLISE PELO GESTOR.

Quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente, que pode ser por emissão de nova AIH em paciente internado ou reinternação, quer seja no mesmo estabelecimento ou em outro estabelecimento, que possuam períodos de internação sobrepostos ou data de entrada em até 3 dias a partir da data de saída da AIH anterior, o SIHD detecta estas internações na consistência e bloqueia como duplicidades ou sobrepostas e apenas o gestor pode liberá-las ou não para processamento.

Todas as AIH emitidas para pacientes durante a mesma internação conforme item 5 deste manual (emissão de nova AIH) são bloqueadas, cabendo ao gestor realizar a análise técnica de cada uma.

Também, são bloqueadas pelo Sistema SIHD as AIH com solicitação de liberação de crítica no SISAIH01 referente à realização de procedimentos fora da faixa etária, quando houver registro de quantidade máxima acima da prevista no atributo do SIGTAP ou se o tempo de internação na AIH não atingir o tempo mínimo esperado para o procedimento realizado.

Outros bloqueios pelo sistema ocorrem quando houver duas ou mais AIH com o mesmo CNS para pacientes distintos, AIH sem CNS e no caso de utilização de CID de Agravos de Notificação Compulsória conforme decisão do gestor.

A tela de seleção de AIH no SIHD, no caso se análise pelo controle, permite selecionar as AIH pelo motivo de bloqueio, inclusive, permitindo exibir, a critério do profissional, as AIH com mais de um motivo de bloqueio.

As AIH bloqueadas, após a análise e recomendação do gestor, deverão ser rerepresentadas pelo serviço (obrigatório), para serem desbloqueadas para processamento quando permitido, após a correção das informações.. Essas AIH, quando rerepresentadas, estarão identificadas como “BLOQUEADAS EM PROCESSAMENTO ANTERIOR” cabendo ao gestor uma nova análise e liberação, quando indicada.

Cabe destacar que não é possível rerepresentar uma AIH com mudança de datas de internação e/ou saída.

58.1 DUPLICIDADE DE NOME

O SIHD2 bloqueia como DUPLICIDADE DE NOME apenas as AIH que NÃO POSSUAM número de CNS do paciente, para análise pelo gestor. Cabe ao prestador justificar o motivo de não registrar o CNS do paciente.

Essa justificativa deve ter como base as exceções conforme consta abaixo, lembrando que será facultativo o preenchimento do número do CNS para ações de saúde realizadas em doadores falecidos, obedecendo-se o que determina a Lei 9.434, de 04 de fevereiro de 2007.

58.2 INTERNAÇÃO SOBREPOSTA

Quando houver mais de uma AIH para o mesmo paciente, que pode ser por emissão de nova AIH em paciente internado ou reinternação, quer seja no mesmo estabelecimento ou em outro estabelecimento, que possuam períodos de internação sobrepostos ou data de entrada em até 3

dias a partir da data de saída da AIH anterior, o SIHD detecta estas internações na consistência e bloqueia como duplicidades ou sobrepostas e apenas o gestor pode liberá-las ou não para processamento.

58.2.1. Internação sobreposta no Movimento.

As AIH apresentadas são verificadas umas contra as outras observando se para um mesmo número de CNS, existem AIH com datas de internação / saída sobrepostas ou com intervalo de até 3 dias entre elas. Esta verificação é realizada para as AIH de um mesmo gestor apresentadas na competência atual.

58.2.2 Internação sobreposta no Estado

Bloqueio por internações sobrepostas ou próximas entre AIH do movimento e o histórico de todo o estado.

As AIH apresentadas são verificadas contra todos os registros de internações/AIH ocorridas em todo o estado em até 3 meses anteriores bloqueando as AIH que tenham datas de internação / saída sobrepostas ou com intervalo de até 3 dias entre elas. Este bloqueio também considera as AIH de CNRAC.

O espelho das AIH que são bloqueadas por períodos sobrepostos no estado exhibe os dados da AIH que gerou o bloqueio, mesmo que seja de outros gestores, para permitir a análise técnica das internações.

O gestor, no entanto, só poderá definir ação, no SIHD, sobre a AIH da competência em processamento.

58.3 MESMO CNS EM SEQUENCIAIS

O SIHD bloqueia as AIH de cirurgias sequenciais em Neurocirurgia, em Ortopedia e em Oncologia quando houver outra AIH para o mesmo CNS em Ortopedia ou mesmo CNS em Oncologia ou o mesmo CNS em Neurocirurgia, cabendo ao gestor realizar a análise técnica das AIH apresentadas.

58.4 AIH SEM CNS DE PACIENTE

Nesses casos, cabe ao hospital justificar na AIH porque está apresentando a AIH sem CNS do paciente. Essa justificativa deve ter como base o definido na portaria 84/97 para permitir a emissão de AIH para pacientes sem documento de identificação, sem condições de prestar informações ou na ausência de responsável que o identifique nas situações de

- Pacientes acidentados graves
- Pacientes psiquiátricos encontrados em vias públicas.
- Pacientes com problemas neurológicos graves ou comatosos.
- Pacientes incapacitados por motivos sociais e/ou culturais.
- Podendo se acrescentar, ainda, os casos de doação de órgãos

58.5 DUPLICIDADE DE CNS

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

58.6 AGRAVOS

No caso de AIH com uma das CID de Agravos de Notificação Compulsória, o SIHD marca a AIH para análise. Não há bloqueio pelo sistema a não ser que o gestor defina os CID que devam ser, obrigatoriamente, bloqueados para análise.

Recomenda-se que todas AIH com registros de agravos de notificação compulsória (ANC) identificadas através da CID10, sejam avaliadas pelas equipes da vigilância epidemiológica em âmbito do próprio hospital ou pelo serviço e VE do gestor, para confirmação e qualificação da informação.

59 . OUTROS MOTIVOS DE REJEIÇÃO DE AIH

Quando do processamento, ocorrem várias críticas pelo SIHD que levam à rejeição da AIH, não caracterizados como bloqueio, pois não permitem liberação pelo gestor.

Essas rejeições se devem, em grande parte, a erros de registros na AIH, falta de compatibilidade entre os procedimentos realizados, a informações não compatíveis com o CNES da Instituição, relacionadas aos profissionais (vínculo, CBO...), ao credenciamento (serviço, classificação, habilitação) ou a estrutura física (quantidade de leitos).

Nestes casos, não é possível a liberação da AIH pelo gestor, cabendo ao serviço corrigir as informações equivocadas quando possível e reapresentar a AIH.

59.1 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 registradas no hospital na competência. Por exemplo, em um hospital com 100 leitos (exceto os leitos complementares, mas incluídos os leitos de isolamento) e excluídos os leitos de saúde mental, em mês de 30 dias, o cálculo da capacidade é:

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

O cálculo de capacidade de diárias é feito levando-se em consideração o total de leitos cadastrados no CNES (exceto complementares, incluídos os de isolamento) e excluídos os leitos de saúde mental do estabelecimento independente da especialidade dos leitos. O que vale é o total de leitos

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

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

A ocupação de leitos especializados com pacientes de menor gravidade, muitas vezes dificulta as condições para o imediato atendimento de pacientes que chegam à Emergência, levando esse

paciente a ficar internado em leitos extras e gerando "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.

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

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

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

60. 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 CNS do profissional executante no SISAIH01.

O CNPJ é permitido apenas para OPM.

61. MONITORAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

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

62. 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 tantas linhas quantas forem as competências que componham o período de internação. Antes o total de diárias era registrado só na primeira linha do campo “Procedimentos Realizados”.

63. 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.

64. 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.).

65. REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

65.1 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 (PAR), 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.

4. 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 PAR 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
(...)”

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

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

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

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

66. TRATAMENTO DO AVC COM TROMBOLÍTICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O procedimento 03.03.04.030-0 Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - *-consiste no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo, inclusive com trombolítico, conforme protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do ministério da saúde. O tratamento do paciente deve incluir outros procedimentos que visem prevenir ou minimizar possíveis sequelas. Para registro do procedimento é obrigatória a realização do tratamento trombolítico endovenoso.*

Exige as seguintes habilitações:

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

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

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

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

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

67. TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM TROMBOLÍTICO

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

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

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

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

0303060190 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

0303060280 - TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA

0406030049 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 69, de 13 de maio de 1993. 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° 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° 396, de 12 de abril de 2000. Aprova o Manual do Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais - SIH/SUS e SIA/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° 316 08 de maio de 2006. Inclui no SIH/SUS o tipo de vínculo 52, identifica profissional do Instituto de Traumatologia e Ortopedia -INTO prestando atendimento Ortopédico do Projeto Suporte em outros estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n° 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° 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° 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° 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° 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° 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° 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 excludências. **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° 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 proroga 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, proroga 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 999. Estabelece critérios para habilitação de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal – UCI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de agosto de 1999, seção 1.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 38 de 1º de abril de 1998. Estabelece código para os procedimentos incluídos do SIH/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 antirretrovirais. **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 antirretrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF de 24 de fevereiro de 2000, seção 1.

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 304, de 10 de agosto de 2001. Estabelece a inclusão de Módulo de Segurança no Programa SISAIH, e torna obrigatório arquivar no prontuário 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, de 14 de 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/SUS a codificação de "tipo" 30 para profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de dezembro de 2000, seção 1.

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

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

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

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

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

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

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