



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aluna: Andréia Cristina dos Santos

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica da Silva Martins

Rio de Janeiro, dezembro de 2009



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Esta dissertação, intitulada

**Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único
de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o
uso das suas informações**

apresentada por

Andréia Cristina dos Santos

Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a. Rejane Sobrino Pinheiro

Prof^a. Dr^a. Sônia Azevedo Bittencourt

Prof^a. Dr^a. Mônica da Silva Martins - Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Andréia Cristina dos
Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde:
documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. /
Andréia Cristina dos Santos. --Rio de Janeiro: s.n., 2009.
226f.

Orientadora: Martins, Mônica da Silva
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Sistemas de Informação Hospitalar. 2.Sistema Único de Saúde.
3. Administração Hospitalar. 4. Gestão em Saúde. 5. Recursos
Financeiros em Saúde. 6.Assistência Hospitalar. 7.Hospitalização.
I. Título.

CDD - 22.ed. –362.11

“Muitos projetos não nos legaram sua documentação nem qualquer de seus registros. De alguns, não se conhece nem mesmo seu objetivo, como os megálitos de Stonehenge, por exemplo. De outros, não se sabe como foram executados: as pirâmides egípcias, as das civilizações pré-colombianas e os monumentos da Ilha de Páscoa, apesar de serem muito admirados. Entretanto, da Arca de Noé, quer tenha sido real ou não, conhecem-se suas "especificações" bíblicas, o que permitiria construir uma "réplica", com razoável segurança”.

Dalton L Valeriano

Dedicatória

Para

Vicente,
Janete (in memoriam) e
André.

Cleber,
João Vítor e
Luís Gustavo.

Agradecimentos

À Professora Mônica Martins orientadora deste trabalho que com sua sabedoria, tranquilidade e disponibilidade me indicou os caminhos a serem seguidos.

Às professoras Rejane Sobrino Pinheiro e Sônia de Azevedo Bittencourt por aceitarem, com tanta presteza, participarem da banca de avaliação.

Aos Coordenadores do curso Professora Ilara Moraes e Professor Miguel Murat (in memoriam), cujas incitações me proporcionaram descobertas que servirão para o resto da minha vida profissional.

À Silvia Rangel idealizadora deste estudo.

À Professora Patrícia Ribeiro por sua contribuição na elaboração deste trabalho.

Aos Professores do mestrado que com tanta sabedoria procuraram nos transmitir todo o conhecimento por eles trilhados ao longo de suas vidas.

Aos colegas, ou melhor, AMIGOS de mestrado, Arnaud, Jorge, José Fatia, José Fernando, França, Levi, Lygia, Bernardo, Frota, Marcelo, Marcos Pinto, Maria, Maurício, Norberto, Paulo Renato, Plauto, Rosana, Valéria e Wilson, cuja convivência neste período foi muito gratificante e de suma importância para minha vida.

À turma do apoio administrativo que me auxiliou nesta empreitada com toda a parte burocrática, Jefferson, Angélica e Vanessa.

À Isabel grande incentivadora deste estudo.

À minha turma da AIH, Guido, Barroco, Serginho, Isabel e Cecília pelo apoio e disponibilidade durante a realização deste trabalho.

A todos os familiares e amigos que compreenderam, por ser este um momento muito importante para mim, a minha ausência.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Sumário

| | |
|---|-----|
| Resumo | 9 |
| Abstract..... | 10 |
| Lista de Figuras | 11 |
| Lista de Quadros..... | 11 |
| Lista de Anexos | 11 |
| Lista de Siglas e Abreviaturas | 12 |
| Capítulo I - Introdução | 15 |
| 1.1. Pressuposto do estudo | 17 |
| 1.2. Objetivos | 19 |
| 1.2.1. Objetivo Geral..... | 19 |
| 1.2.2. Objetivo Específico..... | 19 |
| 1.3. Aspectos Metodológicos | 19 |
| 1.3.1. Marcos históricos do SIH-SUS | 19 |
| 1.3.2. Conceituação das variáveis da AIH | 20 |
| 1.3.3. Uso das informações do sistema na produção científica | 21 |
| Capítulo II - Sistemas de Informações em Saúde..... | 23 |
| 2.1. Sistemas de Informações em Saúde no Brasil..... | 26 |
| 2.2. A Descentralização e a sua Influência nos SIS | 30 |
| Capítulo III - Sistemas de Informações Hospitalares..... | 32 |
| 3.1. Breve histórico do SIH-SUS: do SNCPCH ao SIHD-SUS..... | 33 |
| Capítulo IV - Autorização de Internação Hospitalar | 46 |
| 4.1. Fluxo da AIH | 47 |
| 4.2. Composição do Número da AIH..... | 48 |
| 4.3. Tipos de AIH..... | 49 |
| 4.4. Emissão de uma Nova AIH..... | 50 |
| 4.5. Mudança de Procedimento | 51 |
| 4.6. Definição das Variáveis da AIH | 52 |
| Capítulo V - O Uso das Informações do Sistema de Informações Hospitalares | 70 |
| 5.1. Disseminação das Informações | 71 |
| 5.2. O Uso do SIH-SUS na Produção Científica até 2003 | 74 |
| 5.3. O Uso do SIH-SUS na Produção Científica de 2004 até 2008 | 77 |
| 5.3.1. Limites e Recomendações de Melhoria para o SIH-SUS | 84 |
| Capítulo VI – Considerações Finais | 87 |
| Capítulo VII - Referências..... | 92 |
| Anexos..... | 108 |

Resumo

As informações do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) sempre foram muito utilizadas por usuários de diversas áreas do setor saúde. Este trabalho pretende elaborar uma documentação abrangente, reunindo informações sobre o SIH-SUS, incluindo o histórico, a base legal, a evolução, a conceituação de suas variáveis e a sua utilização pela comunidade científica. Trata-se de um trabalho de revisão documental da literatura existente, que se encontra na forma de produção científica (livros, artigos, teses e dissertações), documentos governamentais (Leis, Decretos, Normas e Portarias) e manuais do sistema já consolidados e disponibilizados. O histórico do SIH-SUS foi contemplado destacando as principais mudanças no sistema, o Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), a criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), a mudança para SIH-SUS com a implantação do SUS, a descentralização do sistema com o SIHD-SUS até os dias vigentes com a implantação da Tabela de Procedimentos Unificada. O formulário de registro dos dados do sistema, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foi descrita minuciosamente, destacando, em alguns casos, a base legal que sustentou a criação de uma determinada variável e a composição do seu número identificador. O uso das informações do SIH-SUS em estudos acadêmicos mereceu um destaque à parte, pois estes representam um tipo de utilização das informações que extrapola o propósito principal do sistema que é o de repasse de recursos financeiros para os hospitais conveniados do SUS referentes às internações realizadas. Foram ainda descritas as ferramentas disponíveis e as estratégias de disseminação adotadas. A literatura selecionada passou pelo filtro do ano publicação (a partir de 2004). Foram identificados 48 artigos, 24 dissertações e 4 teses que foram classificadas segundo: Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares; Mortalidade e Morbidade Hospitalar e Qualidade das Informações do SIH-SUS. Os limites e as recomendações que estes estudos destacaram foram apresentados. O SIH-SUS, apesar de todas as virtudes, que são evidenciadas entre elas a sua abrangência nacional e o tempo reduzido que as suas informações são disponibilizadas, apresenta problemas que devem ser discutidos e soluções implementadas, tais como a inclusão de variáveis clínicas que enriqueceriam o sistema, a introdução de uma chave identificadora que facilitaria o cruzamento dos dados com outros Sistemas de Informações em Saúde, a padronização no preenchimento dos campos da AIH e o treinamento por parte de quem codifica estes dados. Essas medidas podem melhorar o SIH-SUS com vistas ao monitoramento das qualidades dos serviços hospitalares e da morbidade hospitalar, sejam essas iniciativas dos gestores ou da academia.

Palavras-chaves: Sistemas de Informação em Saúde, Informações Hospitalares, Gestão.

Abstract

Data from the Hospital Information System of Brazil's Unified National Health System (SIH-SUS) have traditionally been used by users from various areas of the health sector. The aim of the current study is to produce comprehensive documentation on the Hospital Admissions Authorization System, including its historical background, legal framework, evolution, conception of variables, and utilization by the scientific community. The study is a document review, including literature in the form of scientific output (books, articles, theses, and dissertations), government documents (laws, decrees, guidelines, and rulings), and the system's manuals, already consolidated and available. The history of the Hospital Information System's focuses on its principal changes, the National System for Monitoring Payment of Hospital Accounts (SNCPCH), the creation of the Social Security Medical and Hospital Care System (SAMHPS), the change to the Hospital Information System (SIH-SUS) with the implementation of the Unified National Health System (SUS), and the system's decentralization with the SIHD-SUS until the present, with the introduction of the Unified Table of Procedures. The document used for recording data into the system, called the Authorization for Hospital Admissions (AIH), is described in full detail, in some cases highlighting the legal basis for creating a given variable and the composition of its identification number. The use of information from the SIH-SUS in academic studies is emphasized here, since they represent a kind of data utilization that extrapolates the system's original purpose, namely to transfer funds to the hospitals contracted out by the National Health System for the respective hospital admissions. The study also describes the available tools and the strategies adopted for disseminating the system's use. The selected literature was filtered by year of publication (from 2004 to date). The review identified 48 articles, 24 theses, and 4 dissertations, classified as following: Evaluation and Organization of Hospital Services; Hospital Mortality and Morbidity; and Data Quality in the SIH-SUS. The limits and recommendations of these studies are also discussed. Despite its virtues, including its nationwide scope and speedy availability of data, the SIH-SUS still displays problems that should be discussed in order to implement solutions, like the inclusion of clinical variables that would enrich the system, the introduction of an ID key that would facilitate cross-analysis of data with other health information systems, standardization of data completion on the Authorization for Hospital Admissions (AIH), and training for data coders. These measures, by both hospital administrators and academics, could improve the SIH-SUS with a view towards monitoring the quality of hospital services and reducing hospital morbidity.

Key words: Health Information Systems, Hospital Information, Hospital Administration.

Lista de Anexos

| | |
|---|-----|
| Anexo I – Laudo para Solicitação da AIH | 109 |
| Anexo II - Laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento..... | 110 |
| Anexo III – Críticas do sistema realizadas no módulo de Produção | 112 |
| Anexo IV – Layout do arquivo texto do SISAIH01 que alimenta o SIHD-SUS | 113 |
| Anexo V – Layout do arquivo reduzido – RD | 119 |
| Anexo VI – Layout do arquivo texto para o Financeiro - SGIF | 123 |
| Anexo VII – Artigos publicados a partir de 2004 | 124 |
| Anexo VIII – Portarias referenciadas no texto | 160 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Fluxo do Sistema de Informações Hospitalares..... | 41 |
|--|----|

Lista de Quadros

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Principais Sistemas Nacionais de Informações em Saúde..... | 28 |
| Quadro 2 – Trabalhos que foram publicados a partir de 2004 (em ordem de apresentação no texto)..... | 124 |

Lista de Siglas e Abreviaturas

| | |
|----------|---|
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| APAC | Procedimento de Alta Complexidade |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| BBS | Bulletin Board System |
| BPA | Boletim de Produção Ambulatorial |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde Pública |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CNRAC | Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade |
| CNS | Cartão Nacional de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONASP | Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária |
| DATAPREV | Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DCIH | Documento para Cobrança de Internação Hospitalar |
| DM | Diabete Mellitus |
| DN | Declaração de Nascido Vivo |
| DO | Declaração de Óbito |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| FIN | Ficha Individual de Notificação |
| FII | Ficha Individual de Investigação |
| FPO | Ficha de Programação Físico-Orçamentária |
| GAP | Guia de Autorização de Pagamento |
| GIH | Guia de Internação Hospitalar |
| GM | Gabinete do Ministro |
| HiperDia | Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IVH | Índice de Valorização Hospitalar |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência à Saúde |

| | |
|----------|---|
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| OPM | Órtese e Prótese Médico-Cirúrgica |
| ORL | Otorrinolaringologia |
| PGF | Programa de Gestão Financeira |
| PCR | Parada Cardio-Respiratória |
| PNI | Programa Nacional de Imunização |
| RIPSA | Rede Interagencial de Informações para Saúde |
| RNIS | Rede Nacional de Informações de Saúde |
| SAMHPS | Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SCNES | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SGAIH | Sistema de Gerenciamento da AIH |
| SGIF | Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS |
| SH | Serviços Hospitalares |
| SIA-SUS | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SICAPS | Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social |
| SIGTAP | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS |
| SIH-SUS | Sistema de Informações Hospitalar do SUS |
| SIHD-SUS | Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado do SUS |
| SIM | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SINTESE | Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SISAIH01 | Programa de Apoio a Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares |

| | |
|--------|---|
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SNCPCH | Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares |
| SP | Serviços Profissionais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| US | Unidade de Serviço |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

Capítulo I - Introdução

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) tem como principal objetivo deter as informações e realizar o processamento da produção relativo às internações hospitalares no âmbito do SUS. Este sistema é utilizado para efeito de cobrança pelos prestadores junto ao SUS. Por ser um sistema de pagamento as informações que circulam têm uma dinâmica muito oportuna, pois quanto mais rápido a informação entrar, mais rápido ela será processada e disseminada, oferecendo insumos importantes para a tomada de decisões, sobretudo financeira, de forma instantânea.

O SIH-SUS, também conhecido como Sistema AIH é originado do formulário administrativo denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que foi um dos primeiros registros administrativo brasileiro criado na área da saúde com a finalidade de viabilizar a administração, fiscalizar e controlar as ações dos serviços de saúde¹. Este tipo de registro administrativo possui um “*grande volume de informações*”², que no instante da sua criação não era destinado à avaliação dos fatores clínicos ou análise epidemiológica, contudo, hoje em dia, com as ferramentas disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como por exemplo o TabNet, os seus dados passaram a ser utilizados nesta área.

Apesar de ter mais de 25 anos de uso, o SIH-SUS pode ser considerado um sistema moderno porque apresenta funcionalidades consideradas simples e criativas para o processamento e armazenamento da produção hospitalar³. Pois desde a sua concepção, quando era conhecido como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) até a unificação da Tabela de Procedimentos, sua estrutura (crítica e cálculo de valores) foi pouco modificada, apesar da grande demanda de alterações.

As informações sobre o cuidado hospitalar prestado agregadas aos valores preestabelecidos para o reembolso de cada tipo de internação permitem: (i) conhecer os recursos financeiros repassados a cada hospital participante da rede do SUS⁴; (ii) descrever o perfil morbi-mortalidade hospitalar da população usuária. Além disso, em conjunto com outras bases de dados nacionais, as informações geradas pelo SIH-SUS, possibilitam o desenvolvimento de metodologias e a definição de indicadores que possibilitam identificar desigualdades geográficas quanto ao uso de serviços hospitalares².

O SIH-SUS registra de mais de 11 milhões de internações por ano, trabalha com valores acima de R\$ 6.000.000.000,00 (DATASUS⁴) e disponibiliza seus

dados em tempo reduzido. Conseqüentemente representa uma fonte de dados relevante para a programação, gestão e monitoramento do desempenho para estudos científicos⁵. Por possuir uma quantidade enorme de informações pouco utilizadas, necessita de uma documentação abrangente do sistema, atualmente inexistente, para ser aproveitado pelas diversos atores, tais como: o próprio DATASUS; a academia e os gestores, enfim os usuários do sistema.

1.1. Pressuposto do estudo

No ano de 2004, conforme a Portaria nº 821/GM⁶, o Ministério da Saúde determinou a implantação da descentralização do SIH-SUS, cujo objetivo é facilitar o controle do teto financeiro da assistência hospitalar pelos gestores estaduais e municipais e permitir o amplo conhecimento das regras do sistema, capacitando-os à interferir e interpretar o processamento.

O propósito foi acabar, como foi observado por Vasconcellos et al¹, com a visão reduzida do conceito e utilidade das informações, onde a função dos gestores do sistema era entendida como processar, simplesmente, os dados do SIH-SUS para alimentar a base nacional. Naquele momento não ocorreu mudança significativa nas regras essenciais do sistema^{4,7} e sim na parte tecnológica, para aproximar os gestores do sistema, mas neste processo não houve a devida preocupação em documentar o que foi feito.

Lobato⁸ aponta um cenário interessante que diz respeito ao interesse crescente, nas últimas décadas, da comunidade científica na utilização das bases de dados originadas nos serviços de saúde. Entretanto a academia encontra dificuldades, dentre as quais se destaca a incerteza quanto a qualidade dos registros, geralmente motivada pela falta de um controle permanente dos processos relacionados à geração dessa informação.

Aumentar a dinâmica no processo de disponibilização das informações dos seus sistemas aos usuários dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é um dos desafios do DATASUS, e este como agente integrador do SUS⁴ tem visto isto como parte de um projeto maior que é a adequação dos seus sistemas, com a sua devida documentação, às novas tecnologias e exigências dos usuários.

A documentação de um sistema é composta por componentes independentes, que devem abranger todo o sistema, desde a sua concepção e definição

até a disponibilização das suas informações. Nesta documentação o conteúdo deve ser acessível o suficiente para que o leitor/usuário compreenda o que está escrito usando o seu vocabulário usual, apresentando os assuntos de forma organizada e com qualidade para que atividades subseqüentes tais como de avaliação e manutenção, possam ser realizadas com sucesso⁹.

Da documentação existente sobre o SIH-SUS, identifica-se a ausência de informações que respondam as cinco questões, conforme Moraes¹⁰ destacou, a cerca da informação, que são:

1. Por que se registra esta informação?
2. Para que será utilizada?
3. Quem a utilizará?
4. Como esta informação será empregada?
5. Por quanto tempo será útil esta informação?

O que se propõe, nessa dissertação é a elaboração da documentação de referência do SIH-SUS que representa mais que um manual técnico. Na medida em que os produtores dos dados geram, organizam e transferem a informação, a elaboração de um documento referência do SIH-SUS os dará os subsídios para entender e dominar a dinâmica do sistema e a forma exata de inclusão e alimentação do que é requerido. Neste sentido espera-se que o produto final, do presente estudo, isto é um documento de referência do SIH-SUS, contribua como um facilitador da relação direta entre os produtores de informações e os usuários específicos que detêm o poder de tomar as decisões. Ainda com o intuito de contribuir para alcançar as metas do Plano Nacional de Informação e Informática em Saúde, recomendações serão feitas para o setor de desenvolvimento do SIH-SUS quanto às necessidades de informações identificadas que não são fornecidas ou são fornecidas de forma insatisfatórias. Por fim, pretende-se disponibilizar o produto final no site do DATASUS.

O fato de ser uma profissional técnica do DATASUS, trabalhando atualmente no desenvolvimento/manutenção do módulo de importação do Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado (SIHD-SUS) é um elemento facilitador e motivador para a realização deste trabalho.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Elaborar uma documentação abrangente, contendo informações sobre o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Apresentar os principais marcos históricos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde;
- Conceituar as variáveis do formulário de Autorização de Internação Hospitalar, que alimenta o sistema;
- Descrever o uso das informações do Sistema de Informações Hospitalares na produção científica;

1.3. Aspectos Metodológicos

Este estudo trata-se de uma revisão documental e da literatura sobre o Sistema de Informações Hospitalares do SUS. O presente estudo utilizou como principais fontes as publicações científicas (livros, artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado), os sites do DATASUS e do Ministério da Saúde e documentos governamentais (Leis, Decretos, Normas Operacionais, Portarias, Instruções e Manuais).

1.3.1 Marcos históricos do SIH-SUS

O escopo da descrição histórica do SIH-SUS abordou a fase quando o sistema era conhecido com Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), isto é, antes da criação do SIH-SUS, e se deteve na criação do

Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD-SUS). Com a implantação da descentralização do processamento do SIH-SUS, funcionalidades e módulos foram modificados e outros novos foram criados, então, foi feita uma breve descrição das novidades apresentadas pelo sistema.

Para a busca da literatura sobre a descrição histórica do sistema, assim como dos sistemas de informações em saúde, livros, artigos e documentos governamentais foram lidos na íntegra para apropriação das informações. Nesta fase foram usadas como palavras-chave os nomes que o sistema recebeu ao longo do tempo: SNCPCH, SAMHPS, SIH-SUS, SIHD-SUS, AIH e sistema de informação hospitalar.

1.3.2 Conceituação das variáveis da AIH

A descrição do formulário da AIH foi feita com base nos manuais do sistema consolidados, são eles:

- Manual do módulo operacional do programa de apoio a entrada de dados das Autorizações de Internações Hospitalares (SISAIH01) disponível em: http://w3.datasus.gov.br/sihd/Manuais/MANUAL_SISAIH01_SI_H_MODULO_II_VERSAO_AGOSTO_2008.pdf;
- Manual técnico do SIHD-SUS versão novembro de 2006 (versão impressa);
- Manual técnico operacional do SIHD-SUS versão julho de 2008 disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/SIH_Manual_Tecnico_Operacional_JULHO.pdf;

As informações de cada campo foram confrontadas entre os manuais e em caso de dúvida, outros documentos governamentais (leis e portarias descritas no anexo VIII) que estão disponibilizadas no portal da saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>) foram consultados para maior esclarecimento. Na leitura de cada material a definição de qualquer campo da AIH era destacada para verificar consistências e comparar diferenças existentes entre as fontes de informações.

1.3.3 Uso das informações do sistema na produção científica

Na parte do trabalho sobre o uso das informações do SIH-SUS, primeiro foi apresentado a forma como estas informações são disponibilizadas através de aplicativos do DATASUS. Para este trabalho, manuais destes aplicativos foram analisados e as principais finalidades foram destacadas. Para destacar o uso das informações do sistema pela produção científica foi feito um trabalho tendo como base o artigo **O Sistema de Informação Hospitalar e a sua aplicação na saúde coletiva**². No levantamento das publicações científicas foi feita uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS) no site <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, no mês de Janeiro de 2009 e acessada as seguintes bases de dados:

- Scielo (<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>);
- MEDLINE (<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p>);
- LILACS (<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>).

Os descritores utilizados nesta pesquisa foram: sistema de informação hospitalar; internação hospitalar; internação SUS; mortalidade hospitalar; morbidade hospitalar; custos hospitalares do SUS; utilização de leitos hospitalares e uso da informação hospitalar que foram combinados com a palavra-chave SIH-SUS.

As teses e dissertações referenciadas foram buscadas no portal de teses da CAPES (<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>) e por apresentarem um número grande de publicações baseadas nos descritores acima, foi feito um filtro onde o assunto sistema de informação hospitalar foi pesquisado pela expressão exata.

Após o levantamento da produção científica alguns critérios para descarte do material foram aplicados. Os filtros utilizados foram:

- Material bibliográfico não publicado como relatório de pesquisa ou gestão;

- Ano de publicação anterior a 2004;
- Publicação em língua estrangeira;

Os artigos que chegaram a um total de 80 ficaram reduzidos a 70 após a aplicação destes filtros. Já as teses/dissertações o total mostrado foi de 104 publicações, e após os filtros o chegou-se ao número de 61.

De posse do material selecionado foi feita uma leitura integral nos artigos para verificar a utilização dos dados do SIH-SUS como fonte de informação na pesquisa. Com este novo filtro 22 artigos foram descartados, chegando a um total de 48 usados neste trabalho.

Os resumos das teses/dissertações foram lidos para analisar se o SIH-SUS era utilizado na pesquisa e após este filtro 18 foram descartados. Das 43 publicações que restaram, 21 não foram possíveis de serem baixadas e 4 continham artigos que já estavam sendo estudados, restando 18. Como sugestão de leitura mais 10 teses/dissertações foram incluídas porque passaram pelos filtros.

Para todos os trabalhos (artigos, teses e dissertações) selecionados a leitura foi feita no material completo para buscar a forma de obtenção dos dados, as recomendações e limites sugeridos para o sistema e o resultado da pesquisa.

O ano de 2004 foi definido em função da extensa revisão da literatura contemplada no artigo **O Sistema de Informação Hospitalar na Saúde Coletiva**², que descreveu a produção científica publicada, sobre o sistema até o ano anterior.

Publicações selecionadas foram agrupadas com base no objetivo principal em três áreas temáticas, quais sejam: (i) Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares; (ii) Mortalidade e Morbidade Hospitalar e (iii) Qualidade das Informações do SIH-SUS. Para cada artigo, tese e dissertação selecionada um resumo foi feito (anexo VII).

Capítulo II – Sistemas de Informações em Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Sistema de Informação em Saúde é

“um conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde” (OMS, 1981:42 apud França)¹¹.

Ao abordar o tema Sistema de Informações em Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) faz referência as políticas de saúde, porque *“quando se concebem e utilizam de maneira adequada, os sistemas de informações em saúde têm o potencial de produzir valiosa informação clínica e administrativa orientada a gestão para o funcionamento de serviços, programas e para a atenção do paciente”* (OPAS, 1998: 1 apud Santos¹²).

Segundo Coelho¹³, os sistemas de informação em saúde ajudam na *“definição de problemas e riscos para a saúde, com o propósito de avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados”*.

Ao definir a necessidade do desenvolvimento de sistema de informação em saúde, normalmente se tem uma meta a ser alcançada com as informações geradas por este. O que se obtém com os SIS podem ser considerados *“reservas de conhecimento”*¹⁴, pois o esperado é que a partir destes sejam geradas informações de qualidade, onde e quando necessárias¹⁵.

Os SIS são compostos por um conjunto de partes que, coletam, processam, analisam e transmitem os dados em saúde, para que estes se transformem em uma informação com a qualidade necessária para a tomada de decisões e precisam atuar de forma articulada com os outros componentes de um SIS, que são os recursos humanos, materiais e equipamentos^{15,16,17}.

Camargo Jr et al¹⁵, classificou os bancos de dados gerados pelos SIS em três tipos: epidemiológicos; administrativos e clínicos. Os bancos de dados, apesar de

grandes depósitos de “reservas de conhecimento” se não são padronizados no instante da coleta, terão a qualidade do que está registrado afetada, dificultando as análises que devem ser realizadas no momento de tomada de decisão. O que se espera encontrar nestes bancos de dados são informações úteis, confiáveis e favoráveis à atuação devidas no Sistema Único de Saúde ^{15, 18, 19, 20}.

Medeiros et al ²¹, concluíram que os SIS, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções mais adequadas ao perfil de necessidades da população.

Estes sistemas podem ser agrupados em dois grupos distintos: um tipo é aquele que foi originado para necessidade de fornecer informações para a tomada de decisões no nível gerencial de cada serviço: outro tipo é aquele que serve para colher informações para apresentá-las aos seus Gestores ou financiadores para que sejam atendidas as demandas.

Segundo Moraes¹⁰, as etapas que devem ser próprias de um SIS são:

1. Formulação de indicadores, que abrangem as seguintes funções de:
 - Definição de saídas e variáveis de controle;
 - Definição de indicadores;
 - Definição das estatísticas (dados a coletar);
 - Definição dos métodos e procedimentos de produção;
2. Coleta de dados, que age de forma subsequente na:
 - Origem e registro de dados;
 - Agrupamento de documentos;
 - Controle de quantidade e conteúdo;
 - Transmissão;
3. Processamento de dados, que executa as seguintes tarefas:
 - Recepção e controle;
 - Codificação;
 - Pedido de informação adicional;
 - Transcrição;
 - Classificação de erros e inconsistências;
 - Cálculos básicos;
 - Apresentação dos resultados;

- Análise geral dos dados;
4. Produção de informação, que envolvem as atividades de:
- Confronto dos indicadores com os padrões existentes para cada tipo de atividades;
 - Análise das discrepâncias;
 - Detecção das causas prováveis das discrepâncias.

Particularmente os SIS precisam seguir algumas recomendações das Nações Unidas que foram citadas por Moraes¹⁰, tais quais: procedimentos de coleta devem ser convenientemente normatizados; manuais de operação devem prever todas as situações possíveis; pessoas responsáveis cientes da importância do que fazem, em relação a todo o sistema; supervisão e assessoria adequada.

2.1. Sistemas de Informações em Saúde no Brasil

Os sistemas de saúde, que foram se desenvolvendo, após a década de 1950 por muitos países, tiveram que superar gradualmente o desafio, mesmo considerando as suas características veementemente diferentes, de assegurar a sua viabilidade e firmeza social, política e econômica. Para tal, questões relativas ao desempenho do sistema de saúde em termo das dimensões de *“acesso, aceitabilidade, efetividade, segurança, eficiência e equidade na atenção à população”*²² deveriam estar presentes no processo de desenvolvimento dos seus sistemas de informações^{22,23}.

Na década de 1970 no Brasil, com a necessidade crescente de informações na área da saúde, ocorreram dois fatos marcantes para a história dos SIS. O primeiro foi a criação da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), em 1974, cuja finalidade, segundo a lei nº 6.125 - de 4 de novembro de 1974 que a constituiu, era a de análise de sistemas, programação e execução de serviços de tratamento da informação e o processamento de dados por computação eletrônica e serviços correlatos²⁴. O segundo fato foi em 1975, a realização da 1ª Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação em Saúde, cuja finalidade foi de assegurar a participação nos níveis estaduais na definição dos objetivos e planos de ações para o desenvolvimento de um sistema de informação em saúde²⁵. Nesta época foi criado, também, o Núcleo de Informática da Secretaria Geral do Ministério da Saúde com o

ofício de delinear e programar os Sistemas de Informações em Saúde²⁰. Neste período, mesmo com esta primeira visão de um SIS para todo o país, foram desenvolvidos sistemas de informações específicos para o atendimento aos programas emergenciais institucionalizados²⁵.

Segundo Moraes¹⁰, os Sistemas de Informações de Saúde que foram originados do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) “*eram norteados por uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora, elegendo como evento básico de interesse o procedimento médico*”. Já no Ministério da Saúde os seus sistemas de informações inclinavam para uma prática fragmentada, isto é, onde cada um define o seu sistema, de forma centralizada, de acordo com as suas próprias necessidades.

Com o advento da crise financeira enfrentada pela Previdência Social no início dos anos 80, a chamada “*crise da Previdência*”, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que promoveu algumas mudanças nos Sistemas de Informações existentes no INAMPS. Mesmo com medidas como a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o desenvolvimento da Programação e Orçamentação Integrada (POI), os SIS mantiveram as suas bases fundamentais, isto é, vinculadas a instituição que o criou e centralizados¹⁰.

Ainda na década de 80 ocorreram os primeiros avanços em direção à descentralização dos SIS. Com a propagação dos sistemas de mortalidade e morbidade, informações municipais foram apropriadas, porém “*falhas de coberturas*” foram percebidas neste processo de expansão²⁶.

Mais recentemente, nos anos 90, importantes esforços foram feitos pelo Ministério da Saúde para a consolidação dos SIS, como: (i) a criação da Rede Nacional de Informações de Saúde (RNIS), com o intuito de disseminar e permutar as informações de saúde, disponibilizadas pelos SIS, através da internet para auxiliar os diversos atores do SUS nas atividades de gestão, planejamento e pesquisa⁴; (ii) a criação da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), como estratégia para a potencializar e aperfeiçoar as informações disseminadas, de forma eletrônica, com base nos sistemas nacionais de informação²⁷.

Há vários sistemas dentro dos SIS do Ministério da Saúde, dentre eles, de especial interesse, o Sistema de Informações Assistenciais, o Sistema de Informações Epidemiológicas e o Sistema de Informações Demográficas e Socioeconômicas. Sobre este último considera-se um sub-produto construído pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística – IBGE, como os dados censitários, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) e Indicadores Básicos para Saúde²⁸.

Os principais sistemas nacionais de informação em saúde (Quadro 1) são: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os três primeiros são considerados sistemas de informações epidemiológicas e os outros são chamados de sistemas informações assistenciais²⁸.

Quadro 1. Principais Sistemas Nacionais de Informações em Saúde

| Sigla | Sistema de Informação em Saúde | Ano de Início | Documento |
|--------------|---|----------------------|---|
| SIM | Sistema de Informações sobre Mortalidade | 1975 | Declaração de óbito |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos | 1990 | Declaração de nascidos vivos |
| SIH-SUS | Sistema de Informações Hospitalares | 1991 | Autorização de internação hospitalar |
| SINAN | Sistema de Informações de Agravos de Notificações | 1993 | Ficha individual de notificação Ficha individual de investigação |
| SIA-SUS | Sistema de Informações Ambulatoriais | 1994 | Boletim de produção ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informações de Atenção Básica | 1998 | Formulários de cadastro e seguimento das famílias atendidas pelas equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde |

Fonte: Modificado de Camargo Jr. ET AL (2007)¹⁵.

SIM

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 e é o mais antigo dos SIS²⁹. A captação dos dados sobre a mortalidade do país de forma abrangente, regular e confiável motivou a criação deste sistema pelo Ministério da

Saúde. É uma ferramenta para os estudos estatísticos, epidemiológicos e sócio-demográficos, pois produz estatísticas de mortalidade e componentes para a construção de indicadores de saúde. Os dados são extraídos da Declaração de Óbitos (DO) e suas informações compõem as estatísticas vitais³⁰.

SINASC

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990 para reunir informações sobre o nascimento com o intento de superar o problema do sub-registro ocasionado pelo registro civil nos cartórios, em todo o território nacional. Os dados deste sistema vêm da Declaração de Nascido Vivo (DN), preenchida pelos hospitais, e as informações geradas pelo SINASC subsidiam intervenções relacionadas, tanto à saúde da mulher e do recém-nascido, quanto a assistência perinatal implementada^{30,31}.

SIH-SUS

O Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) foi criado em 1991, para substituir o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) em uso desde 1981. O seu formulário de entrada de dados é o registro administrativo Autorização de Internação Hospitalar (AIH)¹. O principal objetivo deste sistema é o ressarcimento das despesas do atendimento dos pacientes internados nos hospitais que fazem parte do SUS. Os seus dados sobre a internação possibilitam, entre outras coisas, que estudos sobre o perfil morbi-mortalidade de cada canto do país.

SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi criado no início da década de 90 com o objetivo de acabar com a subnotificação de algumas doenças no país. Este sistema é de grande importância para as ações de vigilância epidemiológica, pois as informações e ações sobre as doenças notificação compulsória perpassam por todas as esferas de governo. Os seus dados são alimentados pelas: Ficha Individual de Notificação (FIN) e Ficha Individual de Investigação (FII)^{30,32}.

SIA-SUS

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) foi criado em 1992, em substituição aos aplicativos Guia de Autorização de Pagamento (GAP) e Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (SICAPS), com o intuito de reembolsar os atendimentos ambulatoriais. A sua implantação ocorreu em 1994 nas Secretarias Estaduais de, mas somente em 1996 após a vigência Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de saúde para 1996 (NOB-SUS 01/96) passou a ser executado nas Secretarias Municipais de Saúde. Este aplicativo processa o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). A consolidação dos dados destes dois formulários valida o pagamento comparando-os com parâmetros orçamentários estipulados pelo Gestor de Saúde utilizando para isto a Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO). Os Gestores enviam mensalmente base de dados contendo os procedimentos realizados⁴.

SIAB

O Sistema de Informação de Atenção Básica foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1998, com o objetivo de acompanhar as ações e os resultados das atividades executadas pelo Programa Saúde da Família (PSF). Este sistema disponibiliza informações sobre: cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. O SIAB substituiu o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). Os seus dados são oriundos das visitas domiciliares e das unidades básicas de saúde^{17, 30}.

2.2. A Descentralização e a sua influência nos SIS

A Lei Orgânica da Saúde n° 8.080/90 no seu artigo 15 define que cabem a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios a organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Já o artigo 47, resolve as primeiras disposições a respeito da descentralização dos Sistemas de Informações em Saúde, pois indica a articulação entre os três níveis de governo para a organização do SIS integrado em todo

o território nacional, compreendendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços³³.

Para atingir tal objetivo, os sistemas de informações em saúde deveriam estar estruturados de forma que os processos de gestão nos municípios e nos estados e os de controle social referentes a eles fossem bem definidos. Isto significa bem mais que a simples “*transposição*” entre o sistema que está no âmbito federal para as outras instâncias, e sim a construção de subsistemas que sejam adequados as responsabilidades de cada esfera e ao mesmo tempo compatível com os sistemas nacionais¹⁹.

O que se esperava com este processo era o surgimento de novas atribuições para as três esferas de governo, como foram destacadas por Branco¹⁹:

- Município – mais que um coletor de dados, cabe a esta esfera a capacidade de produção, organização e coordenação das informações em sua região;
- Estado - devem ficar atento, avaliar e divulgar as informações das regiões que estão sob sua jurisdição, além de fornecer apoio técnico e financeiro as mesmas.
- Nível federal – controlar a qualidade e garantir a unicidade das informações;

Apesar da legislação existente alguns problemas importantes, relatados pela OPAS³⁴, foram identificados na área de informações em saúde:

- A informação não é adequadamente utilizada como requisito fundamental do processo de tomada de decisão e planejamento, organização e avaliação de políticas, ações e serviços;
- Os múltiplos sistemas de informações existentes são insuficientes, imprecisos, não-compatíveis entre si e não contemplam a complexidade das diferentes dimensões da vida humana em sociedade que atuam no binômio saúde-doença;
- Inexistem processos regulares de análise da situação de saúde e de suas tendências, de avaliação de serviços e de disseminação de informações.

As informações de um Sistema de Informações e Saúde podem ser limitadas tanto quantitativamente, quanto qualitativamente. Acredita-se que a utilização e a apropriação destas de forma efetiva, falhas podem ser identificadas e soluções apontadas para que o SIS prolongue sua vida útil prolongada.

***Capítulo III – Sistema de Informações
Hospitalares***

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) tem como objetivo segundo o Ministério da Saúde³⁰ de “*capturar as informações dos atendimentos realizados no âmbito hospitalar e executar o processamento da produção referente às internações hospitalares*”. É um sistema destinado ao pagamento de procedimentos aos hospitais que fazem parte do Sistema Único de Saúde³.

3.1. Breve histórico: do SNCPCH ao SIHD-SUS

Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares - SNCPCH

Na década de 70 o modelo de pagamento das internações aos hospitais privados contratados era feito pelo Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) e usava como instrumento de entrada de dados a Guia de Internação Hospitalar (GIH)³⁵. A GIH continha os gastos discriminados item por item tanto dos recursos utilizados, quanto dos serviços prestados durante a internação do paciente, estes itens eram: Diárias e Taxas Hospitalares, Materiais e Medicamentos, Serviços auxiliares de Diagnose e Terapia e Serviços Profissionais¹⁸. Este sistema estava sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), era administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e operado pela Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV).

O SNCPCH seguia a lógica contábil, financeira e centralizadora do MPAS¹⁰ e o controle e a avaliação, feito pelo sistema, eram realizados após as internações hospitalares. Este sistema ao ser implantado padronizou os instrumentos de coleta de dados, tornando mais eficiente o processo de revisão das contas hospitalares³⁶. A sua principal característica era o pagamento das despesas ato a ato, comparando as informações apresentadas pelo hospital contratado através da GIH e a Tabela de Honorários Médicos, que continha os valores que remunerava os profissionais expressos em Unidades de Serviços (US), e estabelecia o limite máximo segundo o tipo de nosologia ou procedimento médico³⁷. Este esquema de pagamento incluía todos os recursos/custos incorridos em cada internação divididos em três categorias: (i) Serviços

Hospitalares (SH); (ii) Serviços Profissionais (SP); (iii) Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT)³⁸.

O SNCPOCH caracterizava-se por: permitir intervenção humana na entrada de dados, análise dos resultados e valores a serem pagos; utilizar documentos complexos no preenchimento de faturas; permitir a falta de controle dos recursos e gastos com a assistência médica por parte do INAMPS; imprevisibilidade de gastos e faturamento de hospitais. Problemas entre usuários e o INAMPS, foi mais um fator que contribuiu para que tanto os hospitais quanto a classe médica, tomassem uma posição contrária ao sistema e solicitassem a criação de outro mais simples e mais claro³⁷.

Além do impacto negativo tanto no financiamento do sistema quanto na qualidade do cuidado ao paciente³⁶, outro aspecto fundamental para a criação de um novo sistema foi a constatação de fraude em 90% nos documentos analisados³⁷. Segundo Gentile de Mello, apud Levcovitz e Pereira³⁷, as principais distorções eram: pacientes inexistentes, falsificações de diagnósticos, excessiva cobrança de diárias, cobranças de serviços, tais como exames e medicamentos, não realizados ou não aproveitados, reapresentação de uma mesma conta, internações e exames desnecessários, cobrança indevida de honorários médicos e cobrança irregular de taxas de utilização.

Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS

Em virtude deste quadro, em 1979 começou a ser desenvolvido por uma comissão técnica um novo sistema para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais. Este foi chamado de Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), cuja fonte de dados era o formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) experimentalmente implantado na cidade de Curitiba em 1981³⁷.

Segundo Levcovitz e Pereira³⁷ os principais objetivos para formulação deste novo sistema foram:

- Definir formas de participação da Previdência Social e dos prestadores de serviços na assistência médica hospitalar;

- Substituir o pagamento por ato pelo sistema de pagamento fixo por procedimentos;
- Definir mecanismos de reajustes de valores;
- Incorporar todos os médicos e hospitais do sistema, desde que o desejem, sem credenciamento prévio;
- Desagregar da conta hospitalar os honorários médicos e de outros profissionais de saúde;
- Facilitar os mecanismos de controle e lançamentos contábeis;
- Possibilitar a previsão de gastos com assistência médico-hospitalar do INAMPS;
- Implantar um sistema de auditoria médico-hospitalar e de avaliação;
- Incorporar formas de valorização do desempenho hospitalar;
- Permitir ao paciente a escolha do profissional e do serviço hospitalar.

Uma descrição sucinta do que se tratava este novo sistema foi formulada por Chiyoshi & Moura, ([mimeo] Apud Noronha, 2001¹⁸).

“O Sistema AIH partiu de uma idéia extremamente singela: substituir os tetos aceitos do Sistema GIH por valores fixos de remuneração de cada componente, de acordo com o procedimento que motivou a internação. Essa substituição permitia, de um lado, conhecer antecipadamente o custo de uma dada internação a partir do procedimento envolvido e, de outro, tornava desnecessária a apuração exaustiva dos itens de recursos utilizados pelo hospital na prestação da assistência”.

Segundo Levcovitz e Pereira³⁷, o SAMHPS é um sistema de remuneração fixa por procedimento, baseado no conceito de valores médios globais atribuídos aos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede de assistência hospitalar. Este sistema segue o modelo de financiamento do tipo prospectivo, é baseado num pagamento fixo proporcional onde a unidade de produção são os Grupos de Procedimentos³⁸. Para se chegar a este tipo de remuneração, os profissionais, envolvidos no processo de desenvolvimento do SAMHPS, buscaram utilizar, com algumas adaptações, o sistema de classificação de pacientes desenvolvido nos EUA,

chamado de *Diagnosis Related Groups* (DRG). Mas por restrições da ordem técnico-profissional o sistema DRG não pode ser aproveitado, porém ficou a idéia de agrupar os procedimentos clínicos e cirúrgicos em grupos menores que os formados anteriormente¹⁸.

Este novo sistema tinha sua base formada por: tabelas de procedimentos clínicos organizada segundo o diagnóstico; procedimentos cirúrgicos padronizados; valores financeiros discriminados dos serviços hospitalares e dos profissionais; tempo médio de permanência preconizado e um sistema de pontuação para o pagamento de serviços profissionais e um índice de valorização de desempenho hospitalar³⁷.

Mesmo com resistências e oposições a serem vencidas, a implantação foi proposta pelo Plano CONASP - Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, como resultado de uma política de redução de despesas com assistência médica no período de crise enfrentada pela Previdência Social³⁷.

O SAMHPS foi por fim implantado em todo país entre 1983 e 1984, substituindo o SNCPCCH até então vigente em todas as unidades da federação. Os documentos e manuais do sistema foram disponibilizados no ano de 1983, junto com a sua propagação, o que serviu para consolidar mais ainda o sistema. Dentre estes documentos destaca-se a tabela de procedimentos, cujos valores foram obtidos a partir de valores médios utilizados nas contas médicas apresentadas ao SNCPCCH entre dezembro de 1979 e junho de 1980³⁷.

O formulário da AIH era preenchido de forma totalmente manual, onde a numeração era enviada pelo MPAS, esta numeração era escrita em cada formulário no instante do seu preenchimento. Em 1985 houve uma mudança neste processo, os formulários passaram a ter a série numérica pré-impressa³⁹.

O SAMHPS na sua criação foi designado para a remuneração das internações hospitalares existentes nos hospitais conveniados/contratados, que incluía a valorização do desempenho hospitalar com base no índice de valorização hospitalar (IVH). Este índice diferenciava os hospitais conforme a sua especialização ou utilização de tecnologia mais complexa e agregava valor à remuneração predefinida pela tabela de procedimento^{3,36}.

Com o tempo, várias modificações foram feitas no sistema, mas vale destacar a incorporação de entidades hospitalares filantrópicas e beneficentes em 1986 e a diferenciação no IVH para estes e a extensão da cobertura, com o ingresso dos hospitais universitários e de ensino em 1987³⁷.

Os procedimentos médicos da AIH que necessitavam de órteses e próteses médico-cirúrgicas (OPM) passaram a ter o pagamento deste material incorporado ao valor final, repassando, de forma direta sem a intermediação dos hospitais, o crédito ao fabricante ou importador. Outro fato a ser considerado neste período foi a equivalência entre os pontos concedidos aos Serviços Profissionais (SP) e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT). Estes dois fatos configuram grandes alterações no SAMHPS durante o processo de descentralização de parte do sistema³⁷

Em 1987, inicia-se o processo de descentralização do SAMHPS para as Secretárias Estaduais de Saúde (SES), transferindo progressivamente as funções de distribuição de formulários, autorizações de internações, controle e avaliação das unidades hospitalares e recepção e envio das AIH à DATAPREV. Mas continuou com o INAMPS as funções de pagamento. Este processo de descentralização atingiu em 1989 as instâncias das Secretarias Municipais de Saúde³⁷.

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH-SUS

Antes da promulgação da Lei Orgânica da Saúde - nº 8080/90 que regula as ações e serviços de saúde e constitui o SUS³³, ocorreu o processo de transformação do SAMHPS em SIH-SUS pelo INAMPS. Este processo foi determinado pela portaria MS/GM nº 896, de 29 de junho de 1990³⁹, que resolvia o seguinte:

A implantação do SIH-SUS dar-se-á a partir de 1º/07/90, tendo como base inicial:

- a) O Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMPS) e seu instrumento, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que, com valores de tabela específicos, será aplicado aos hospitais da rede própria, estaduais e municipais: e*
- b) a redefinição das quotas de AIH para os Estados, tomando como ponto de partida a média do total de internações efetivamente realizadas nos últimos 12 (doze) meses, e como limite, os parâmetros consignados na Portaria 3046, de 20/07/82.*

A Resolução INAMPS Nº 227 de 27 de julho de 1990, que regulamenta a implantação do SIH-SUS, dispõe sobre as condições que os hospitais municipais e estaduais devem atender para a sua inclusão no sistema.

Com o advento do SUS em 1991 o SIH-SUS teve a sua consolidação efetivada através de normas criadas para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientaram a operacionalidade do SUS, como é o caso da edição da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92)⁴⁰, que define que “*as atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos de saúde e pelos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde serão pagas através do Sistema de Informações Hospitalares/SIH – SUS e seu formulário próprio AIH (Autorização de Internação Hospitalar)*”. Outras normas que viriam à adiante, NOB – SUS/93, NOB – SUS/96, NOAS – SUS/2001 e NOAS – SUS/2002 seguiram a mesma orientação já determinada na primeira que foi editada.

O SIH-SUS manteve a essência do SAMHPS, isto é, não sofreu grandes modificações nas origens dos dados e nos fluxos em si, as alterações que foram concebidas no sistema ocorreram devido a novas orientações políticas e inovações ocasionadas pela evolução da informática⁴¹. Cabe ressaltar uma alteração que foi a criação da tabela única de remuneração pela Assistência à Saúde na modalidade hospitalar⁷, esta tinha estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, não considerando a natureza jurídica nem o vínculo com o SUS. A equipe desenvolvedora do sistema, que pertencia à DATAPREV foi toda absorvida pelo DATASUS.

Neste período os hospitais públicos ingressaram no sistema³⁷, mas a grande inovação foi a implementação do programa de Apoio a Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares (SISAIH01) que passou a captar as informações da AIH e gerar um meio magnético (disquete), eliminando o formulário pré-impreso numerado que era enviado pelo Ministério da Saúde para os hospitais ou às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Este processo permitiu a implantação de novos aplicativos, tais como o Programa de Gestão Financeira – PGF e o Sistema de Gerenciamento da AIH – SGAIH, que auxiliavam os gestores das esferas municipais ou estaduais “*no controle sobre as “faturas” apresentadas por prestadores de serviços*”⁴¹.

Com esta nova forma de preenchimento da AIH, todas as informações passaram a ser de preenchimento obrigatório, pois várias críticas, até então somente

feitas no momento do processamento das faturas, foram ativadas, também, no módulo de entrada de dados.

Outra inovação trazida pela evolução da informática foi a forma de armazenamento dos dados do SIH-SUS, a partir de meados da década de 1990⁴¹ foi criado um banco de dados. Com este banco de dados as informações do sistema puderam ser disponibilizadas de forma ampliada pelo DATASUS, através de ferramentas como *Bulletin Board System* (BBS) e arquivos de dados gravados em CD-ROM, com produções periódicas consolidadas para que tabulações no programa TAB para DOS pudessem ser executadas possibilitando melhor apropriação destas informações.

A NOB 01/93⁴² estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Esta norma institucionalizou as gestões estaduais em parcial e semiplena; e as gestões municipais em: incipiente, parcial, semiplena e transferência fundo a fundo, “*configurando um novo modelo de remuneração por produção de serviços apresentados através dos Sistemas de Informações Hospitalar*”³⁷ influenciando no fluxo de informações do sistema.

O SIH-SUS trabalhava com cadastros auxiliares que continham dados referentes aos hospitais e médicos terceiros. O cadastramento dos hospitais era feito através da ficha de Cadastro Hospitalar (FCH). Este documento “*habilitava os estabelecimento hospitalar a atender e conseqüentemente receber sob sua prestação de serviços*”⁴³. As informações fornecidas eram: identificação (o CGC e nome/razão social do hospital); localização (endereço completo para correspondência); bancárias (agência e conta-corrente para o depósito de valores); e quantidade de leitos por especialidade (disponíveis para a utilização pelo SUS). Segundo Carvalho⁴³ no cadastramento de terceiros figuravam “*os prestadores, pessoas físicas ou jurídicas que são utilizados pelos hospitais para complementar o atendimento ao paciente*” que era feito pela Ficha de Cadastral de Terceiros (FCT). Seus dados eram basicamente similares ao da FCH que são identificação (CGC ou CPF e o nome/razão social); endereço completo; dados bancários (agência e conta-corrente); e no caso de atendente o CRM/CRO e a sua especialidade⁴³.

No ano de 2003 foi implementado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com uma proposta de unificação dos cadastros próprios de estabelecimentos utilizados pelos principais sistemas de informações em saúde, entre eles o SIH-SUS. Segundo Carvalho⁴¹, este sistema de cadastro abrangia os

“aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e serviços ambulatoriais e hospitalares das unidades de saúde”. O SCNES também detinha informações sobre os profissionais que executam serviços para o SUS⁴¹. Com a implantação deste cadastro o SIH-SUS deixou de ser proprietário das informações sobre os hospitais e terceiros passando a fazer interação com o referido sistema.

A adoção do SCNES que gerencia as informações de cadastro de hospitais e terceiros pelo SIH-SUS significou um grande passo para o processo de descentralização, pois a partir daquele instante os referidos dados passaram a ser de responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de saúde tanto para a alimentação quanto para a manutenção destes.

SIHD-SUS

“A descentralização é uma estratégia básica para a organização do Sistema Único de Saúde”⁶. Com base nesta justificativa, o Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com gestores estaduais e municipais, editou a Portaria GM/MS n.º. 821/04, determinando a descentralização do processamento do SIH-SUS, para estados, Distrito Federal e municípios habilitados à gestão plena do sistema⁶.

O principal objetivo da descentralização do SIH-SUS foi proporcionar aos gestores a realização do processamento e a administração das informações hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS localizados na área geográfica sob sua responsabilidade. Pois a forma anterior (centralizada) criava dificuldade para a “gestão local no tocante ao controle dos seus tetos financeiros de assistência mensais, a relação com os prestadores, bem como a correta previsão financeira do faturamento hospitalar”⁶.

Com a descentralização do processamento houve necessidade de mudanças na distribuição das AIH e, por meio da Portaria SAS nº 567 de 13 de junho de 2005⁴⁴ foi regulamentado o novo formato do número da AIH com o aumento do número de 10 para 13 dígitos^a.

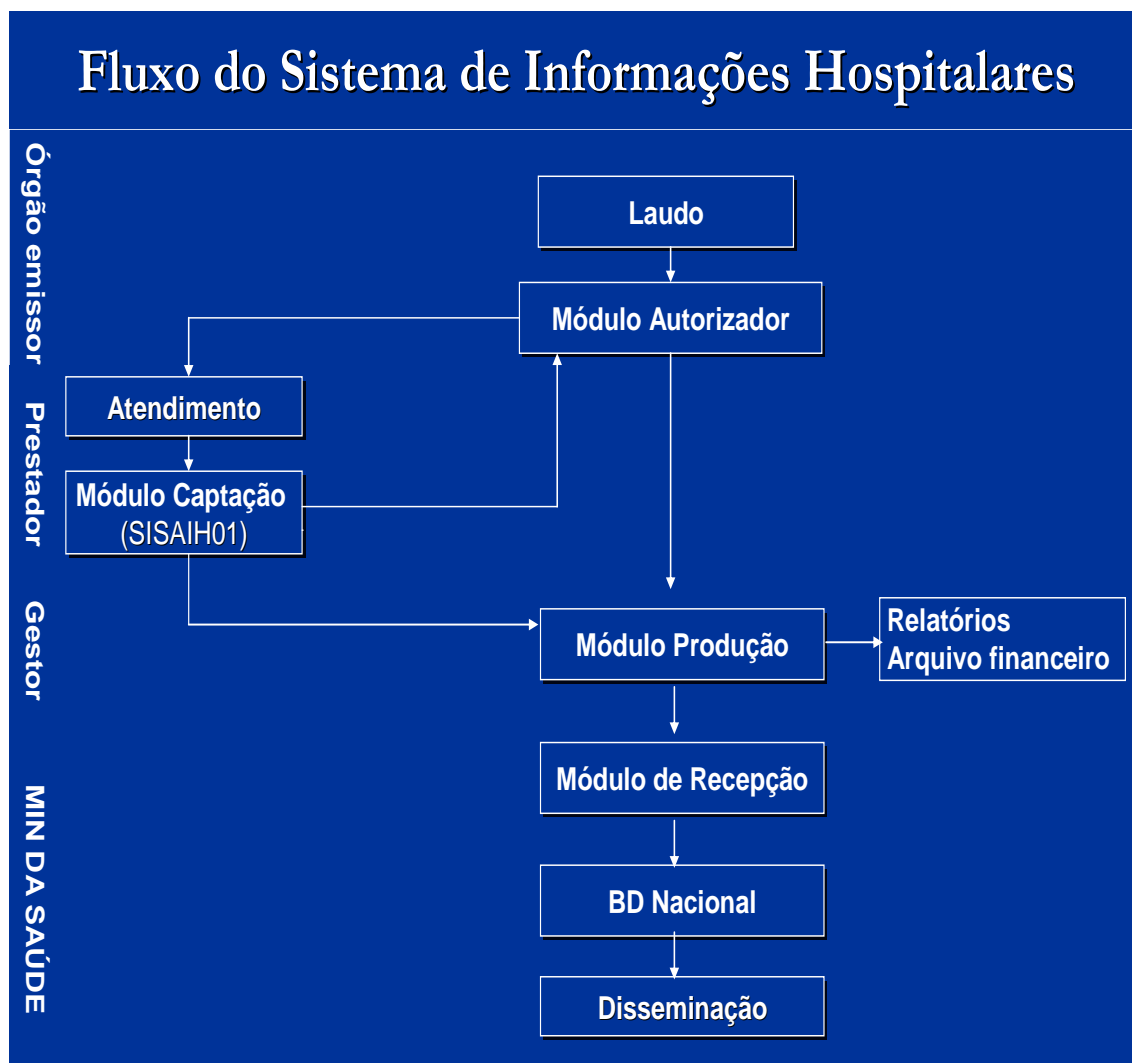
Durante o processo de descentralização do SIH-SUS até abril de 2006, o processamento das - AIH foi realizado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde,

^a ver composição do número da AIH no capítulo 3.

por meio do DATASUS. Com o avanço da tecnologia da informação e em conformidade com os princípios do SUS, tornou-se necessário estabelecer mecanismos para a sua descentralização.

O Ministério da Saúde⁷ a partir de abril de 2006, após capacitação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Distrito Federal realizada pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação Avaliação e Controle/SAS/MS e da Coordenação Geral de Informação Hospitalar/Departamento de Informática do SUS/DATASUS/SE/MS, informa que foi implantado no país o processamento descentralizado do SIH-SUS. Uma das premissas do processo de descentralização do SIH-SUS foi que este sistema fosse constituído de módulos (Figura 1), alguns já existentes e outros que foram criados para adaptar a esta nova sistemática, denominados: autorizador; captação; produção e recepção.

Figura 1. Fluxo do Sistema de Informações Hospitalares.



Fonte: Ministério da Saúde ⁴⁵.

Módulo Autorizador

Definido pela Portaria conjunta SE/SAS nº23 de 21 de maio de 2004 que estabeleceu que *”esse aplicativo permitiria o cadastramento do Órgão Emissor/Autorizador de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e o controle da numeração das autorizações com geração automática, de acordo com a série numérica válida para a Unidade da Federação”*⁴⁶.

Este módulo foi constituído pelas seguintes funcionalidades:

- Cadastramento dos órgãos emissores constando além da identificação que deve ser única, a relação dos autorizadores/supervisores/auditores do órgão, estabelecimentos sob gestão de cada órgão emissor e a série numérica das autorizações pré-definida pelo gestor;
- Cadastramento dos autorizadores constando a identificação obrigatória, incluindo o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), nome completo, número do CPF e registro no Conselho de Classe;
- Geração informatizada do número da autorização, obedecendo a série já válida naquele momento e nos subsequentes o Ministério da Saúde definiria uma série numérica de autorização por estado;
- Crítica de compatibilidade de procedimento com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a Revisão (CID-10), faixa etária e sexo;
- A marcação para um possível bloqueio das AIH com divergências entre procedimento realizado x autorizado e a série numérica definida de AIH definida para o órgão;
- Importação do arquivo para o Sistema de Gerenciamento da AIH (SGAIH), onde serão analisadas as divergências, as críticas de

homônimos, faixa etária e média de permanência podendo haver desbloqueio ou não destas AIH;

Módulo de Captação do Atendimento

Este módulo é o aplicativo SISAIH01 já existente no SIH-SUS, com as atualizações advindas deste novo processo, trazendo para o nível do usuário críticas já estabelecidas no nível federal. Sua principal funcionalidade é a de registrar o atendimento prestado, além de criticar as informações que são digitadas com as regras da tabela de procedimentos e fazer um cálculo da prévia de valores brutos do faturamento⁶.

As principais críticas realizadas nesta etapa são:

- Validação dos dados contidos em cada variável do formulário AIH, de acordo com o conteúdo esperado;

- Verificação das compatibilidades (idade, sexo, procedimento especial, dias de permanência, quantidade, número de AIH, anestesia, CID-10, UTI, profissional, CBO, CNES/CNPJ, documento de crédito, dados de OPM, dados de UTI Neonatal, registro civil, dados de parto e causa externa) relacionadas ao procedimento realizado na internação;

- Verificação do percentual de cesáreas;

- Verificação da quantidade dos dias de internação;

- Verificação da composição da equipe cirúrgica quando o procedimento necessita de uma;

O manual deste módulo se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico:

http://w3.datasus.gov.br/sihd/Manuais/MANUAL_SISAIH01_SIH_MODULO_II_VER_SAO_AGOSTO_2008.pdf;

Módulo de Produção

O processamento e controle que era realizado no SIH-SUS no chamado nível nacional executado no DATASUS, foi absorvido neste módulo para ser executado tanto de forma centralizada na secretaria de saúde quanto descentralizada em regionais, núcleos ou distritos.

Esse módulo tem as seguintes funcionalidades⁶:

- Importar os dados do CNES necessários ao processamento;
- Conferir o layout e a segurança do arquivo da produção;
- Importar os arquivos do módulo de captação do atendimento;
- Consistir os registros da captação e fazer consistências com os dados cadastrais do CNES;
- Identificar as AIH com suspeita de duplicidade (homônimos), com inconsistências apresentadas no módulo de captação, quanto à faixa etária ou média de permanência, com procedimentos realizados diferentes dos autorizados, relação percentual entre cesáreas e o total de partos para análise do gestor;
- Realizar o processamento da produção, com a execução de críticas (as principais estão destacadas no anexo III) e valoração dos serviços da AIH;
- Emitir relatórios de produção bruta por prestador individual e por entidade mantenedora com sua rede de prestadores, comparativo entre o programado e o realizado, percentual de cesáreas no total de partos por estabelecimento e total, relação de AIH pagas, bloqueadas e outros;
- Calcular o percentual de laqueaduras em relação ao total de cesáreas, discriminado se por risco de vida, gestação de alto risco ou se em Hospital Amigo da Criança.

Módulo Transmissor ou Recepção

Por solicitação da Câmara Técnica de Informação e Informática do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e após negociação de Comitê Técnico Tripartite, o desenvolvimento deste módulo foi regulamentado pela Portaria

Conjunta SE/SAS que padronizou as transmissões dos arquivos que alimentam as bases de dados nacionais, estaduais e municipais, não só do SIHD-SUS, como também do SCNES e SIA-SUS. A sua principal função é permitir que sejam enviados os dados para o Ministério da Saúde e para a Unidade de Federação a qual o município estiver geograficamente localizado. Recibos para a comprovação da transmissão são emitidos após a realização deste processo⁴.

SIHD-SUS Tabela Unificada

Em 2008, a partir da Portaria SAS nº 3848/07, foi implantada a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materias Especiais do SUS. Esta tabela é gerada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e tem a função de unir os procedimentos médicos cobrados pelos sistemas SIHD-SUS e SIA-SUS servindo como mais um esforço para a integração das bases de dados nacionais. Com a implementação deste processo a forma de pagamento da AIH foi alterada, pois não existe mais o ato profissional que ajuda a compor o valor total a ser pago ao profissional⁴⁷.

***Capítulo IV – Autorização de Internação
Hospitalar***

O formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um registro administrativo que identifica o hospital, o paciente, os serviços executados durante a hospitalização e os profissionais envolvidos no cuidado, além de informar os valores pagos pela internação⁴⁸. A AIH é conhecida como registro administrativo por ter sido criada com o objetivo de tornar viável a administração ou execução de programas de governo, ou ainda “*fiscalizar e controlar o cumprimento das obrigações legais por parte de determinados segmentos da sociedade*”¹.

Noronha⁴⁹ assim definiu AIH

“A AIH é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar. Fornece informações para o gerenciamento do Sistema e, através dele, os Hospitais, Profissionais (...) receberão pelos serviços prestados ao usuário”.

É este documento (AIH) que autoriza a internação hospitalar para a realização do procedimento, através da liberação por parte do autorizador local. Uma característica da AIH é que ela não quantifica os pacientes internados e sim as internações cujo pagamento era efetuado pelo SIH-SUS^{36, 50}. Outra característica destacada por Guerra⁵¹ é que “*o número da AIH é único para cada paciente durante a mesma internação, não sendo reutilizado após a alta deste paciente*”.

Segundo o Ministério da Saúde⁷, a AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às Unidades Assistenciais públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, o registro ao paciente ou seus familiares, de complementaridade de valor, a qualquer título.

4.1. Fluxo da AIH

Para as internações de caráter eletivo o processo segue o seguinte fluxo, primeiro ocorre o atendimento ambulatorial numa unidade do SUS, verificada a necessidade de internação, um laudo para a solicitação de uma AIH (anexo I)^b é preenchido pelo atendente que deve ser um médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra (somente no caso de parto normal sem distócia). Este laudo inclui dados do

^b O laudo em anexo é o modelo padronizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde, podendo ser utilizado outro modelo desde que contemple os dados de entrada do SISAIH01.

paciente, da anamnese, outros exames, condições físicas e situação do paciente que fundamenta a necessidade de internação. Nesta fase uma primeira hipótese diagnóstica deve ser incluída, podendo ser uma suposição definitiva ou não. Uma via do laudo é enviada para ao gestor local para que possa ser avaliada e autorizada a emissão da AIH. De posse da AIH, o paciente se interna. No hospital, ao fim do tratamento o paciente cujo resultado pode ser alta, transferência ou óbito, registra-se o atendimento prestado, com base nas regras expressas na tabela de procedimentos e obtém uma previsão bruta do faturamento. Este processo realizado após a alta é executado pelo aplicativo SISAIH01 significando a entrada dos dados da AIH no sistema SIH-SUS¹³.

Para os casos de urgência, o paciente se interna e a autorização é dada pelo Gestor Local num prazo máximo de 72 horas após a hospitalização. Este processo pode ser feito no próprio estabelecimento ou através do envio do laudo para o órgão gestor local.

4.2. Composição do Número da AIH

Segundo o Manual do SIHD-SUS⁷ o número da AIH é formado da seguinte forma:

- Primeiro e segundo dígitos correspondem a Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (ex: 25 – Paraíba, 31 – Minas Gerais), exceto nos casos das séries numéricas ambulatorial e de internação específicas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que iniciarão com o número 99 indicando que corresponde a todo Brasil, sem divisão por unidade federada.
- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 06 para 2006).
- Quinto dígito deverá ser o número:
 - a) 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral;
 - b) 2 (dois) para identificar que a autorização é ambulatorial (APAC);
 - c) 3 (três) para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC;

- d) 4 (quatro) para identificar que a autorização é ambulatorial(APAC) específica da CNRAC.
- e) 5 (cinco) para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, relacionados no anexo I na Portaria GM/MS nº 486, de 31 de março de 2005;
- 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”.

4.3 Tipos de AIH

A AIH pode ser de dois tipos, um que é utilizado para a internação inicial, e outro para a continuação desta. Os dois tipos são:

- AIH de identificação 1: são as AIH que foram permitidas pelo módulo autorizador do SIHD, através de uma autorização do Órgão Emissor, após a análise dos dados contidos no Laudo de solicitação da internação. Esta AIH contém todos os dados do paciente.
- AIH de identificação 5: este tipo de AIH é utilizado para a internação de longa permanência de pacientes internados nas especialidades Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados e Internação Domiciliar . Estas AIH possuem o mesmo número da AIH de identificação 1 que gerou a internação inicial.

Existe o tipo de AIH de identificação 3 conhecida como AIH de continuação. Este tipo de registro contém as informações que por motivos técnicos^c não foram registradas na AIH de identificação 1. Para cada AIH de identificação 1 que contém mais de 10 ocorrências de procedimentos especiais é gerada uma AIH de

^c Limitação no tamanho do registro em bytes.

identificação 3, podendo neste caso existir várias AIH de continuação para uma AIH principal (tipo 1).

A partir de 1992 foi criado o formulário de AIH que era conhecido como AIH-7 com numeração própria, sendo esta pré-impressa e/ou determinada, cujo objetivo era conter os dados da internação do paciente em papel. Com a entrada em vigor da Portaria MS/SAS n° 51 de 11 de fevereiro de 2000⁵² que possibilitava a apresentação da AIH de forma eletrônica, a AIH tipo 7 caiu em desuso. Seu uso hoje em dia não é mais realizado por ser considerado um desperdício de recursos públicos⁴⁷.

4.4. Emissão de uma nova AIH

Uma nova AIH pode ser emitida para o mesmo paciente nos seguintes casos descritos pelo manual do sistema⁴⁷:

- Em cirurgia - desde que uma 2ª cirurgia não ocorra no mesmo ato anestésico, inclusive reoperação;
- De obstetrícia para cirurgia e vice-versa – no caso de uma cirurgia não relacionada a obstetrícia ou quando o ato realizado durante o ato anestésico diferente;
- De clínica médica para obstetrícia - nos casos em que houver parto e/ou intervenção cirúrgica obstétrica por motivo não relacionado à internação;
- De obstetrícia para obstetrícia - quando houver duas intervenções obstétricas em tempos diferentes;
- De obstetrícia para clínica médica - nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela;
- De cirurgia para clínica médica - nos casos em que, esgotado o tempo de permanência do procedimento, o paciente apresentar quadro clínico não decorrente ou conseqüente ao ato cirúrgico.
- De clínica médica para cirurgia - em casos clínicos em que haja uma intercorrência cirúrgica, desde que não tenha relação com a patologia clínica, depois de ultrapassada a metade da média de permanência. Nesses casos fechar a AIH clínica;

- Paciente sob Cuidados Prolongados ou Psiquiatria quando necessitarem de cirurgia;
- Paciente clínico que necessite ser reconduzido a internação pela mesma patologia, após 03 dias da alta;
- Politraumatizado/cirurgia múltipla - Pode ser emitida uma nova AIH para o Tratamento de Politraumatizados e Cirurgia Múltipla nos casos em que é preciso reoperar o paciente no decorrer da mesma internação.

Um paciente pode ser reconduzido a uma nova internação sem precisar de uma nova AIH, para isto o retorno dele deve ocorrer num prazo máximo de três dias da data da alta e ser hospitalizado na mesma unidade de saúde e pelo mesmo motivo que o levou a internação anterior, não importando que o médico atendente seja diferente, o número da AIH será a mesma⁴⁷.

4.5. Mudança de Procedimento

No período de hospitalização o diagnóstico apontado como o que determinou a internação pode não ter seus sintomas ratificados ou uma situação “*superveniente*” pode ter surgido. Ou um problema de maior gravidade pode ocorrer de forma que haja necessidade de alterar o procedimento solicitado no laudo médico que autorizou a emissão de AIH. Neste caso solicita-se uma mudança do procedimento solicitado e do autorizado. Para isto é necessário o preencher outro formulário, autorizado pelo Diretor Geral/Clínico e Gestor, chamado Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar (anexo II). O novo procedimento deve ser especificado na variável Procedimento Realizado e a informação mudança de procedimento deve ser assinalada⁴⁷.

Este tipo de mudança é possível nas seguintes condições: quando um paciente é internado para tratar de um determinado agravo e descobre-se outro quadro clínico coexistente de maior valor; o paciente é internado para tratamento de um quadro clínico e foi necessária a realização de uma cirurgia; a internação foi para efetuar uma intervenção cirúrgica, mas verificou-se um agravo que impossibilita a cirurgia; durante o ato operatório e anestésico verificou-se a necessidade de outra cirurgia de maior porte

e caso exista a necessidade de se registrar mais de um procedimento principal na mesma AIH⁴⁷.

A AIH poderá ser rejeitada caso a necessidade de mudança ocorra quando o procedimento foi autorizado para os seguintes tipos de internações: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia Múltipla de Lesões Láblio-Palatais, Tratamento da AIDS, Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clinica Pediátrica, Clinica Cirúrgica, Clinica Médica e em Psiquiatria, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia⁴⁷.

4.6. Definição das Variáveis da AIH^d

As variáveis que seguem descritas alimentam três arquivos de dados a saber: (i) banco de dados do gestor é gerado na execução do SIHD-SUS e fica armazenado com o gestor local. As variáveis que compõe esta base de dados são as mesmas da AIH; (ii) arquivo reduzido (layout no anexo V) é formado pelos dados processados pelo SIHD-SUS para serem disseminados; (iii) arquivo financeiro (layout anexo VI) contém informações geradas pelo SIHD-SUS e é fonte de dados do Sistema de Gestão de Informações Financeiras (SGIF).

Variáveis que identificam a origem da AIH

Número do Lote

É número identificador da produção, este número é de responsabilidade do gestor e identifica o que já foi enviado. Sua composição é XX representa o código da especialidade e ZZ número seqüencial. Quando a posição relativa ao código da especialidade for igual a 99, significa que o lote possui todo o movimento e não representa apenas o conjunto de uma única especialidade. Este variável veio para substituir o campo Documento para Cobrança de Internação Hospitalar (DCIH).

Quantidade do Lote

^d Ver layout no anexo IV

Representa a quantidade de AIH que consta no referido lote.

Apresentação do Lote

Consta ano e mês da apresentação (aaaamm) do referido lote.

Sequencial do Lote

É o número sequencial da AIH no referido lote. Este campo é incrementado a cada nova AIH. Cada lote poderá ter no máximo 999 AIH.

Órgão Emissor da AIH

Identifica o órgão emissor da AIH. Este campo foi criado no período da descentralização do SIH-SUS. Esta informação pode apresentar dois formatos⁴⁶:

- 1- ZXXYYYYYNN: onde Z (S se SES, ou M se SMS), XX (código da UF do IBGE), YYYYY (00000 se SES ou código do município do IBGE se SMS), NN (01 a 99);
- 2- ZXXCCCCCCC: onde Z (S se estabelecimento de gestão estadual ou U se estabelecimento de gestão municipal), XX (código da UF do IBGE), CCCCCC (código do CNES).

Número do CNES do Hospital

É o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) que foi designado ao hospital. Esta informação substituiu o número do CGC do hospital, a partir da implantação do CNES em 2003. Porém nos dados que compõe o arquivo reduzido que são disseminados consta a informação do CGC do hospital.

Município do Hospital

É o código do IBGE para o município onde está localizado o hospital. Esta informação se encontra tanto no arquivo reduzido que são disseminados quanto no arquivo financeiro que alimenta o SGIF.

Variáveis que identificam a AIH

Número da AIH

É um número de identificação única em todo o país do formulário de autorização de internação hospitalar. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Identificação da AIH

É o dígito que identifica o tipo de registro da AIH (1 – principal; 3 – continuação; 5 – longa permanência). Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Especialidade da AIH

É a informação que identifica o tipo de especialidade do leito que corresponde ao cuidado recebido pelo paciente. Deve ser preenchido com as seguintes informações: 01 – Cirurgia; 02 – Obstetrícia; 03 – Clínica Médica; 04 – Crônicos; 05 – Psiquiatria; 06 – Pneumologia Sanitária; 07 – Pediatria; 08 – Reabilitação; 09 – Hospital Dia (Cirúrgicos); 10 – Hospital Dia (AIDS); 11 – Hospital Dia (Fibrose Cística); 12 – Hospital Dia (Intercorrência pós transplantes); 13 – Hospital Dia (Geriatrics); 14 – Hospital Dia (Saúde Mental). Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Modalidade da AIH

Local onde o procedimento pode ser realizado. Podendo ser Internação Hospitalar, Hospital Dia e Domicílio para os casos de AIH. Este dado passou a fazer parte do registro da AIH a partir da unificação das tabelas de procedimento.

Sequencial da AIH 5

No caso de uma AIH tipo 5 (longa permanência), este campo deve conter o sequencial desta em relação a AIH tipo 1 (principal). Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Número da próxima AIH^e

Contém o número da próxima AIH do lote.

^e Segundo a PORTARIA PRT/GM 2817 de 29 de maio de 1998⁵³, caso haja necessidade de gerar uma AIH para o recém nascido, o referido número da AIH deverá constar na variável Número da próxima AIH no registro da AIH da mãe.

Número da AIH anterior^f

Contém o número da AIH registrado anteriormente. A PORTARIA N° 69, DE 22 DE JUNHO DE 1998⁵⁴ estabeleceu a inclusão deste campo no formulário da AIH.

Data da emissão da AIH

Esta informação contém a data de emissão da AIH no formato dia (DD), mês (MM) e ano (AAAA).

Variáveis que identificam a internação

Data da internação

É a data de entrada no hospital para a internação no formato dia (DD), mês (MM) e ano (AAAA). Esta data não pode ser maior que data de apresentação dos dados. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Data da Saída

É a data de saída do paciente do hospital após a internação no formato dia (DD), mês (MM) e ano (AAAA). Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Procedimento Solicitado

É o código do procedimento que solicitou a internação de acordo com a Tabela do SUS. Esta informação se encontra no arquivo reduzido, junto com outros dados que são disseminados.

Indicativo de Mudança de Procedimento

^f Este campo deverá conter o número da AIH da mãe no registro da AIH do recém nascido, conforme PORTARIA PRT/GM 2817 de 29 de maio de 1998⁵³. O manual do SIHSAIH01⁵⁵ ressalta que quando ocorrer qualquer procedimento relacionado com Cirurgia Plástica Reparadora Pós Gastroplastia, deverá ser informado na variável AIH anterior o número da AIH referente à cirurgia de Gastroplastia realizada anteriormente.

Esta informação indica se houve necessidade de mudança de procedimento (SIM) ou caso não tenha sucedido a mudança (NÃO).

Procedimento Realizado

É a informação do formulário da AIH que representa a unidade de pagamento pelo mecanismo de reembolso aos hospitais aplicado pelo SUS. Informa o principal cuidado realizado no paciente durante a internação.

Com a implantação da nova Tabela de Procedimentos, a variável procedimento que tinha 8 dígitos assumiu a seguinte forma⁵⁶:

1. Os dois primeiros dígitos identificam o grupo;
2. O terceiro e o quarto dígitos identificam o subgrupo;
3. O quinto e o sexto dígitos identificam a forma de organização;
4. O sétimo, o oitavo e o nono dígitos identificam o seqüencial dos procedimentos; e
5. O décimo dígito identifica a validação do código do procedimento.

Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Caráter de Atendimento

Segundo o Manual Operacional do SISAIH01⁵⁵, este campo substitui a variável caráter de internação, e o seu conteúdo tem influência direta na informação referente ao Procedimento Realizado. Os possíveis valores a serem informados neste campo se encontram na PORTARIA N° 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007⁵⁷. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Motivo de Saída ou de Permanência

Este campo substitui a variável Motivo de Cobrança de acordo com a PORTARIA N° 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007⁵⁷. O conteúdo deste campo indica os motivos que levaram tanto a saída quanto à permanência do paciente na internação. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Identificador do documento do médico solicitante

Tipo do documento apresentado pelo médico solicitante, podendo ser o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS). Este tipo de dado passou a fazer parte das informações da AIH a partir da resolução da PORTARIA N° 743, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005⁵⁸.

Documento do médico solicitante

O conteúdo deste campo corresponde ao número do documento (CPF ou CNS) do médico que solicitou a internação do paciente.

Identificador do documento do médico responsável

Tipo do documento apresentado pelo médico responsável, podendo ser CPF ou CNS. Este tipo de dado passou a fazer parte das informações da AIH a partir da resolução da PORTARIA N° 743, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005⁵⁸.

Documento do médico responsável

O conteúdo deste campo corresponde ao número do documento (CPF ou CNS) do médico que foi responsável pela internação do paciente, neste caso pode ser o mesmo que fez a solicitação.

Identificador do documento do Diretor Clínico

Tipo do documento apresentado pelo diretor clínico do hospital onde ocorreu a internação do paciente, podendo ser o CPF ou CNS. Este tipo de dado passou a fazer parte das informações da AIH a partir da resolução da PORTARIA N° 743, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005⁵⁸.

Documento do Diretor Clínico

O conteúdo deste campo corresponde ao número do documento (CPF ou CNS) do diretor clínico do hospital.

Identificador do documento do médico autorizador

Tipo do documento apresentado pelo médico que autorizou a internação do paciente, podendo ser CPF ou CNS. Este tipo de dado passou a fazer parte das informações da AIH a partir da resolução da PORTARIA N° 743, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005⁵⁸.

Documento do médico autorizador

Este campo contém o número do documento (CPF ou CNS) do médico que autorizou a internação. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Diagnóstico Principal

O conteúdo deste campo é o código da Classificação Internacional de Doenças que corresponde à doença/lesão que motivou o atendimento hospitalar. Até 1997 o conteúdo deste campo era o código da tabela da CID-9 e a partir de 1998 passou a ser preenchido com o da CID-10⁵⁸. Esta informação se encontra no arquivo reduzido, junto com outros dados que são disseminados.

Diagnóstico Secundário

O conteúdo deste campo deve ser preenchido com os códigos da CID-10, conforme a ocorrência de outras “*patologias*” sejam elas já existentes ou apresentadas pelo paciente durante a internação⁵⁸. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Diagnóstico de Causas Complementares

O conteúdo deste campo deve ser preenchido com os códigos da CID-10, conforme a necessidade de registro de outras afecções apresentadas durante a internação. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Diagnóstico de Causa da Morte

O conteúdo deste campo deve ser preenchido com o código do CID-10 cuja afecção motivou o óbito. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Código da Solicitação da Liberação

Este campo contém o código que auxilia o gestor para uma provável liberação caso tenha ocorrido uma incompatibilidade nos dados no momento da crítica.

Este campo pode ser preenchido no instante da digitação da AIH pelo SISAIH01 e pode ou não ser liberado pelo gestor durante o processamento desta AIH pelo SIHD-SUS⁵⁵.

Variáveis que identificam o paciente

Nome do Paciente

Este campo deve conter o nome completo do paciente, originado de algum documento de identificação, mencionado num único instante. Caso seja um recém nascido, colocar a sigla RN seguido pelo nome da mãe. No caso do paciente não conseguir se identificar, este campo pode conter o valor “IGNORADO”^{59, 60}. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que serão disseminados.

Data de Nascimento do Paciente

O seu conteúdo deve estar no formato de formato dia (DD), mês (MM) e ano (AAAA). Caso não seja possível obter esta informação do paciente, através de exames clínicos, a idade aproximada ser levantada e ser inserida na posição relativa ao ano de nascimento contendo no restante da variável o valor zero^{59, 60}. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Sexo do Paciente

O SIHD-SUS aceita como domínio apenas os valores 1 para masculino e 3 para feminino. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Raça do Paciente

Esta variável foi incluída no SIHD-SUS de acordo com a PORTARIA N° 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007⁵⁷. O domínio aceito pelo sistema para este dado é: 01 – Branca; 02 – Negra; 03 – Parda; 04 – Amarela; 05 - Indígena e 99 – Sem Informação. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Nome da Mãe do Paciente^g

Este campo deve conter o nome completo da mãe, segundo o documento de identificação, caso isto não seja possível, o conteúdo deve ser preenchido com o valor de IGNORADO^{59, 60}.

Nome do Responsável do Paciente

Este campo contém o nome completo do responsável pelo paciente.

Identificador do Tipo de documento do Paciente

Este dado representa o tipo de documento apresentado pelo paciente para a sua identificação no momento da internação. Este pode ser: 1 - PIS-PASEP; 2 – Identidade; 3 - Registro de Nascimento; 4 – Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou 5 - Ignorado.

Número do Documento do Paciente

É o número que consta no documento de identificação apresentado pelo paciente internado.

Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente

Este dado deve ser preenchido com o número do Cartão Nacional de Saúde, caso o paciente já o tenha.

Nacionalidade do Paciente

Neste dado consta a informação da nacionalidade do paciente. Esta informação é captada numa tabela disponibilizada pelo sistema no momento da alimentação deste dado. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Código do Tipo de Logradouro do Paciente

É o tipo do caminho onde se localiza o endereço de residência do paciente. O domínio informado nesta variável consta numa tabela que no momento da

^g A PORTARIA N° 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007⁵⁷ resolveu que a variável Nome da Mãe ou Responsável se tornassem dois campos distintos (Nome da Mãe do Paciente e Nome do responsável do Paciente) para o sistema.

digitação é exibida. Caso o paciente não tenha condição de dar este tipo de informação, esta variável não será preenchida⁵⁹.

Logradouro do Paciente

Este dado possui a informação do endereço do paciente. Este campo, assim como o tipo de logradouro poderá não ser preenchido caso o paciente não tenha condições de informa-lo⁵⁹. Este dado se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Número do Logradouro do Paciente

É o número do endereço do paciente. Assim como os outros dados do endereço, este não será preenchido se o paciente não tiver condições de informar⁵⁹. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Complemento do Endereço do Paciente

Este campo é preenchido caso o endereço não tenha sido todo ele informado nos campos acima. E como faz parte dos dados de residência, o seu conteúdo não constará caso o paciente não tenha consiga informá-lo⁵⁹. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Bairro do Paciente

Informa-se o nome do Bairro ou Distrito de residência do paciente. Não constará dado se o paciente estiver impossibilitado de informar⁵⁹.

Município do Endereço do Paciente

Este campo é preenchido com o código do município segundo o IBGE. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Sigla da UF do Endereço do Paciente

Quando é informado o município do paciente, a sigla do estado é automaticamente preenchida.

CEP do Endereço do Paciente

Este dado administrativo/demográfico é preenchido com o Código de Endereçamento Postal (CEP) do paciente. Esta variável pode conter também o CEP do hospital, caso o paciente não tenha condições de informá-lo⁶⁰. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Variáveis que identificam o paciente no hospital

Número do Prontuário

Este campo informado contém o número prontuário do paciente, que é o documento que contém todo o registro dos cuidados profissionais destinado a este pelo atendimento no hospital.

Número da Enfermaria

Este campo contém o número da enfermaria que foi alocada para a internação do paciente na emissão da AIH.

Número do Leito

Este campo corresponde ao número de uma cama localizada num quarto ou enfermaria que acomoda o paciente durante a internação⁶¹.

Variáveis que identificam os Procedimentos Secundários ou Especiais

Identificador do documento do Profissional

Tipo do documento apresentado pelo profissional do hospital onde ocorreu a internação do paciente, podendo ser CPF ou CNS.

Documento do Profissional

O conteúdo deste campo corresponde ao número do documento (CPF ou CNS) do profissional que realizou o procedimento no hospital.

Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do Profissional

Segundo o Manual do SIHD⁴⁷, este campo passou a ser obrigatório com a implantação da Tabela Unificada. O CBO a ser informado neste campo é o da versão

instituída em 2002 e deve retratar a “*ocupação*” que o profissional exerce no estabelecimento de saúde.

Indicador na Equipe

Este campo contém a posição hierárquica que o profissional ocupou durante a realização do procedimento. As escalas desta hierarquia podem ser: 0 – não aplicável; 1- primeiro cirurgião; 2 - primeiro auxiliar; 3 - segundo auxiliar; 4 - terceiro auxiliar; 5 - quarto auxiliar e 6 - anestesista. O conteúdo desta variável influencia no cálculo do valor a ser pago para o profissional.

Identificador do documento do Prestador de Serviço

Tipo do documento apresentado pelo prestador de serviço para a realização do procedimento ao qual está relacionado. O conteúdo deste campo pode ser CNPJ ou CNES. O prestador pode ser o próprio hospital ou ter contratado um serviço terceirizado.

Documento do Prestador do Serviço

O conteúdo deste campo corresponde ao número do documento do prestador de serviço (próprio ou terceiro) para a realização do procedimento ao qual está relacionado.

Identificador do documento do Executor

Tipo do documento apresentado pelo executor do serviço para a realização do procedimento ao qual está relacionado. Este tipo de documento pode ser CPF, CNS, CNPJ ou CNES. Esta informação se encontra no arquivo financeiro.

Documento do Executor

O conteúdo deste campo corresponde ao número do documento do executor do serviço, quem de fato recebe o crédito, para a realização do procedimento ao qual está relacionado. Esta informação se encontra no arquivo financeiro.

Código do Procedimento

Esta variável contém o código do procedimento que foi realizado, seguindo a seguinte ordem: procedimento principal, especial e secundário. Deve ser o

mesmo informado no campo procedimento principal, excetuando: os procedimentos de cirurgias múltiplas, seqüenciais, politraumatizados e tratamentos das afecções associadas a HIV/AIDS, pois nestes casos não pode ocorrer a duplicação do procedimento⁵⁴.

O Procedimento Principal exige autorização que é o próprio número da AIH – Autorização de Internação Hospitalar. O Procedimento Especial exige autorização em laudo próprio, mas está inserido em uma internação já autorizada. Os Procedimentos Secundários não exigem autorização, são mais simples, de rotina e de menor complexidade, mas também devem ser lançados na AIH⁵⁴.

Quantidade de Procedimentos

Segundo o Manual do SISAIH01⁵⁵, este campo contém a quantidade de procedimentos realizados durante a internação. Quando o procedimento tem a descrição “por dia”, o conteúdo deste campo representa a quantidade de dias de internação.

Competência

Representa a competência a qual a AIH será processada no formato Ano (AAAA) e Mês (MM). Esta informação se encontra tanto no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados, quanto no arquivo financeiro.

Variáveis que identificam a utilização de UTI Neonatal

Motivo da saída da UTI Neonatal

Este campo contém a informação do indicador de saída da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pelo recém nascido. Os indicadores são: 1- alta; 2- óbito ou 3 – transferência.

Peso ao Nascer

Este campo informa o peso em gramas do recém nascido no instante do nascimento.

Número de meses de gestação

Este campo contém o número de meses de gestação da parturiente do recém nascido.

Variáveis que identificam Acidente de Trabalho^h

CNPJ do Empregador

Este campo consta o CNPJ do empregador do acidentado internado no estabelecimento de saúde.

Código Brasileiro de Ocupação Reduzido (CBOR)

Este campo é preenchido com o código de ocupação do paciente que consta na tabela de CBOR em casos de acidente de trabalho. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Código Nacional de Atividade Econômica Reduzida (CNAER)

O conteúdo deste campo corresponde ao código do CNAER do paciente em casos de acidente de trabalho. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Tipo de Vínculo com a Previdência

Este campo denota o vínculo que o paciente tem com a Previdência Social e deve ser preenchido com os seguintes valores: 1 – Autônomo; 2 – Desempregado; 3 – Aposentado; 4 – Não segurado; 5 – Empregado e 6 – Empregador. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Variáveis que identificam Casos de Partoⁱ

Número do Pré-natal

Este número é o mesmo que a gestação tem cadastrado no sistema SISPRENATAL. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que serão disseminados.

Quantidade de filhos nascidos vivos

^h Quando estas variáveis são preenchidas o Procedimento Realizado deverá ser o de Notificação de Causas Externas e Agravos⁵⁵. Estas variáveis foram criadas pela Portaria n.º 1969/GM Em 25 de outubro de 2001⁶².

ⁱ Estas variáveis só contêm dados caso o Procedimento Solicitado informado seja o de Parto.

Consta neste campo a quantidade de crianças nascidas vivas da referida gestação.

Quantidade de filhos nascidos mortos

Consta neste campo a quantidade de crianças nascidas mortas desta gestação, o também chamado óbito fetal. Segundo o Manual do SISAIH01⁵⁵, não existe motivo de saída quando ocorre este fato, de forma que o número informado neste campo não será repetido em nenhuma outra variável.

Quantidade de filhos que saíram por alta

Consta neste campo a quantidade de crianças nascidas vivas desta gestação que tiveram alta.

Quantidade de filhos que saíram por transferência

Consta neste campo a quantidade de crianças nascidas vivas desta gestação que foram transferidas para outro estabelecimento de saúde.

Quantidade de filhos que saíram por óbito

Consta neste campo a quantidade de crianças nascidas vivas desta gestação que vieram a falecer no decorrer da internação.

Variáveis que identificam Laqueadura ou Vasectomia^j

Quantidade de filhos

Este campo contém o número de filhos que o paciente tem no instante da realização do procedimento. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Grau de instrução

Este campo representa o grau de instrução do paciente. Os possíveis códigos para este campo foram determinados pela portaria que estabeleceu a inclusão destas informações. Eles são : 1 – Analfabeto; 2 – Primeiro Grau; 3- Segundo Grau e 4

^j A PORTARIA Nº 85, DE 15 DE MARÇO DE 1999⁶³ determinou que os campos referentes a Laqueadura e Vasectomia passassem a ser obrigatórios nos registros da AIH.

– Terceiro Grau. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Código do CID de Notificação/Indicação

Este campo somente deve ser preenchido, em casos de laqueadura, com os códigos da CID-10. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que serão disseminados.

Indicador de Gestão de Risco

Este campo, que é somente informado em caso de laqueadura, contém a informação que indica se a paciente é gestante (1- SIM) ou não (2-NÃO) de alto risco. Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Tipo de Contraceptivo

Este campo contém a informação do método contraceptivo reversível utilizado anteriormente.

No caso de laqueadura os valores são: 01 – LAM (amamentação); 02 – Ogino Knaus; 03 – Temperatura Basal; 04 – Billings; 05 – Sinto-térmico; 06 – DIU; 07 – Diafragma; 08 – Preservativo; 09 - Espermicida; 10 – Hormônio Oral; 11- Hormônio Injetável e 12 – Coito Interrompido.

No caso de Vasectomia os valores são: 08 – Preservativo; 09 – Espermicida e 12 – Coito Interrompido.

Esta informação se encontra no arquivo reduzido junto com outros dados que são disseminados.

Variáveis que identificam Registro Civil de Nascimento^k

Número da Declaração de Nascimento

Este campo contém o número da declaração de nascimento emitida pelo hospital.

^k As variáveis referentes ao Registro Civil de Nascimento foram inseridas na AIH de acordo com a Portaria n.º 938/GM, de 20 de maio de 2002⁶⁴.

Nome do Recém Nato

Esta campo consta o nome dado ao recém nascido na declaração de nascimento.

Razão Social do Cartório

Este campo contém o nome do cartório que efetivou o registro de nascimento.

Número do Livro

Este campo contém o número do livro onde consta o registro de nascimento.

Número da Folha

Este campo contém o número da folha do livro onde consta o registro de nascimento.

Número do Termo

Este campo contém o número do termo do registro onde consta o registro de nascimento.

Data da Emissão

Este campo contém a data da emissão do registro de nascimento, no formato dia (DD), mês (MM) e ano (AAAA).

Linha da ocorrência do registro civil nos procedimentos especiais

Este campo identifica o número de ocorrências de registro de nascimento conforme a quantidade de nascidos vivos.

Variáveis que identificam o uso de Órtese e Prótese de Material**Código da Órtese e Prótese de Material**

Este código está presente na Tabela de Procedimentos adotada pelo sistema.

Linha da ocorrência de OPM nos procedimentos especiais

Este campo identifica qual a posição da referida OPM nos procedimentos especiais da AIH.

Registro na ANVISA do Fornecedor de OPM

Este campo contém a identificação única do referido fornecedor de OPM no cadastro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Número de série do OPM¹

Este é o número de série de fabricação que identifica o produto (OPM) fornecido.

Lote do Produto

Este é o número do lote de fabricação que identifica o produto (OPM) fornecido.

Número da Nota Fiscal

Este campo contém o número da Nota Fiscal que foi emitida na aquisição do OPM.

Número do CNPJ do Fornecedor

Este campo corresponde ao CNPJ do fornecedor do OPM e que deve estar devidamente cadastrado na ANVISA.

Número do CNPJ do Fabricante

Este campo contém o CNPJ da empresa que fabricou o OPM utilizado na AIH.

¹ Segundo o Manual do SISAIH01⁵⁵, estas informações (Número de série e lote de OPM) servem para identificar os produtos com defeitos de fabricação e que possam provocar problemas de saúde aos pacientes, facilitando a localização dos mesmos.

***Capítulo V – O Uso das Informações do
Sistema de Informações Hospitalares***

“Informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área da saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população” (Camargo Jr et al ¹⁵).

Com as dimensões continentais do Brasil e as suas desigualdades sociais, fazer que cada ponto do país possa ter acesso às informações de saúde é um grande desafio a ser alcançado para que decisões corretas possam ser auxiliadas pela apropriação destas informações com o intuito de melhorar a situação de saúde da população brasileira⁶⁵.

O uso das informações do sistema de informações hospitalares só é possível graças ao processo de disseminação, pois segundo Veras e Martins⁵ o sistema possui *“dados extremamente relevantes para a programação, gerência e avaliação dos serviços hospitalares, além de ser de grande utilidade para a área de investigação em serviços de saúde, para estudos epidemiológicos e atividades de vigilância em saúde”*.

A utilização de dados originados de sistemas de informações em saúde em estudos sobre os serviços de saúde possibilitam que políticas para este setor sejam elaboradas em prol de uma qualidade melhor no atendimento ao paciente do SUS.

5.1. Disseminação de Informações

A disseminação de informações, que é considerada a etapa final do sistema, normalmente se define numa fase posterior a implantação e consolidação do mesmo. Segundo Lima et al ⁶⁵, a disseminação deveria ser decidida no início do processo de elaboração do sistema, assim como as outras etapas (coleta, processamento, análise e transmissão da informação).

O processo de disseminação das informações das internações hospitalares começou no projeto SINTESE (Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas). Naquela época vigia o SAMHPS, que era operado pela DATAPREV, e disseminava somente informações agregadas. O público alvo era da área da previdência social que lidava com o controle e planejamento da produção hospitalar ^{34,65}.

Por motivos como a forma centralizadora da Previdência Social e as condições tecnológicas limitadas, o acesso ao SINTESE era bastante restrito, o que acabava limitando a sua disseminação. Com a incorporação de novas tecnologias, e a criação do SUS, o SINTESE passou a ter no seu acervo outras informações pertinentes à área da saúde, como dados do IBGE, dados do SIM, do Programa Nacional de Imunizações (PNI), taxa de inflação e cotação do dólar, o que permitia um encadeamento com outras informações da área de saúde para o controle e avaliação de dados financeiros^{34,65}.

Levin³⁵ destaca que importantes estudos foram realizados utilizando as informações das internações hospitalares disponíveis no SINTESE, tais como os de Possas et al⁶⁶, Buss⁶⁷ e Levcovitz e Pereira³⁷.

Com a criação do SUS e a transferência dos sistemas que estavam sob a operação da DATAPREV para o DATASUS, a disseminação continuou a ser feita pelo SINTESE.

Inovações tecnológicas no meio de transmissão de dados e a edição da Portaria MS/GM nº 118 de janeiro de 1993, que resolveu sobre a disponibilidade dos dados armazenados do SIH-SUS a todos os tipos de usuários, salvo as restrições que preservam a privacidade dos pacientes, fizeram com que o DATASUS implantasse um novo método de disponibilização das informações que atendessem a esta nova demanda⁶⁸.

Neste contexto foi criado o *Bulletin Boarding System* do Ministério da Saúde (MS-BBS). Este é um serviço de comunicação que disponibiliza, mediante o cadastro do usuário da informação, os arquivos que contém informações extraídas dos bancos de dados do DATASUS, além de aplicativos que trabalham estes dados.

No ano de 1994, o DATASUS desenvolveu um programa para tabular dados para computadores pessoais, o TAB que teve a sua primeira versão para ser rodada em ambiente DOS (TabDOS). Junto com este aplicativo foi implementado o processo de disponibilização do CD-ROM das informações do SIH-SUS. A partir de 1996, o software foi adaptado para usar com o Windows (TabWin)^{34,65}.

“O TabWin é um aplicativo integrador de informações porque permite tabular informações de diferentes tipos (por exemplo, dados de internação hospitalar, de mortalidade, de população etc.) em um mesmo ambiente”⁶⁹.

O TabWin possibilita que o usuário realize as seguintes funcionalidades⁶⁹:

- Importar tabulações efetuadas na Internet;
- Realizar operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela especificada;
- Elaborar gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados da tabela especificada;
- Efetuar outras operações na tabela, ajustando-a as necessidades do usuário do aplicativo.
- Construir índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e sócio-demográficas de interesse (educação, saneamento, renda etc.) por estado e por município;
- Programar e planejar serviços na área de saúde;
- Avaliar a tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos de saúde;
- Avaliar o impacto de intervenções realizadas nas condições de saúde;
- Salvar um banco em DBF para a utilização em outros programas.

Com a propagação da internet, o DATASUS desenvolveu o TabNet, que é um aplicativo similar ao TabWin, porém voltado para internet. Sua principal função é a tabulação de arquivos no formato “DBF” de forma rápida nas páginas da internet ou dentro das intranets do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde^{65, 70}.

Os seguintes requisitos foram levados em consideração para a sua consolidação⁷⁰:

- Ser suficientemente rápido, de forma a permitir a tabulação de grandes massas de dados em equipamentos de baixo custo.
- Interface simples para interação com o usuário concentrando todas as opções de tabulação em um único questionário - FORM (formulário HTML).
- Forma aberta de inclusão de novas definições de arquivos e de tabelas de conversão sem alterar o programa, de maneira a permitir que, no campo, as equipes técnicas das Secretarias de Saúde o utilizassem para realizar tabulações em outros arquivos cujo de formato seja “DBF”.

- Concatenar logicamente arquivos de anos ou meses diferentes produzindo séries históricas dos dados.
- Transferir para o usuário via Intranet ou Internet, os dados no formato do TABWIN para permitir aos mesmos integrar em uma mesma planilha dados de bases diferentes, calcular indicadores, e produzir gráficos e mapas a partir dessas informações.

5.2. O Uso do SIH-SUS na Produção Científica até 2003

O SIH-SUS tem algumas particularidades que facilitam os estudos acadêmicos, pois além de ter como fonte de dados um registro administrativo que contém “*informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação*”², a sua cobertura é nacional, o tempo entre a internação e a disseminação da informação é curto e o acesso a esta base de dados é gratuita.

Em 2006, Bittencourt et al² no artigo intitulado *O sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva* descreveu os estudos acadêmicos que utilizaram as informações do SIH-SUS no período de 1984 – 2003. Este período a produção acadêmica com base nestas informações foi grande, pois abrangeu a época que o sistema era administrado pelo INAMPS/MPAS, a criação do SUS, a descentralização do financiamento e das competências do sistema e sua respectiva expansão, a integração com outros aplicativos, a sedimentação da disseminação das informações do SIH-SUS e uma nova visão das informações geradas pelo sistema, não ficando restrita ao repasse de recursos.

Ao analisar os artigos, Bittencourt et al² classificou-os em cinco vertentes:

1. Qualidade da Informação do sistema;
2. Estratégias para potencializar o uso das informações para a pesquisa, gestão e atenção médico-hospitalar;
3. Descrição do padrão da morbidade-mortalidade hospitalar e da assistência médica;
4. Vigilância epidemiológica e validação de outros sistemas de informação em saúde;
5. Avaliação do desempenho da assistência hospitalar.

Os autores ressaltaram que o estudo mais preciso a ser enquadrado na primeira vertente foi o de Veras e Martins⁵ que tratou da confiabilidade dos dados da AIH. Neste estudo as variáveis da AIH foram classificadas de acordo com o grau de confiabilidade. Outros estudos, tais como Mathias e Soboll⁷¹ e Escosteguy et al⁷² foram incluídos nesta vertente, e as três pesquisas detectaram que a variável diagnóstico secundário apresentava um alto grau de sub-registro.

Na segunda vertente, os estudos focaram o uso das informações do SIH-SUS para a pesquisa, gestão e atenção médico-hospitalar. Estes estudos percorreram o sistema, expondo o fluxo de documentos, indicadores, objetivos e instrumentos. Houve uma preocupação, nos artigos guiados por esta vertente, em integrar as informações do SIH-SUS com outros bancos de dados de abrangência nacional, para explicar as desigualdades em saúde.

Nos estudos relacionados a terceira vertente estão aqueles que descreveram a morbidade hospitalar e o serviço médico prestado. Foram verificados ao longo da internação as modificações no comportamento da morbi-mortalidade hospitalar e os motivos das causas de internações por regiões geográficas foram comparados entre si.

Na quarta vertente, Bittencourt et al² relatou os artigos que destacaram o SIH-SUS como uma fonte complementar de dados para Vigilância Epidemiológica e validação dos dados do sistema com outros, tais como o SIM, SINAN e SINASC. Com as informações do SIH-SUS as mortes maternas que não foram informadas no SIM podiam ser identificadas. Com relação ao SINAN os estudos compararam as notificações de cada sistema para os vários agravos, por exemplo, a meningite tuberculosa, febre amarela, sarampo em adultos, hepatites A e B e AIDS. Já com o SINASC os dados do SIH-SUS podiam servir de captação de nascidos vivos em áreas de baixa cobertura do primeiro sistema.

A quinta vertente relaciona os estudos que versaram sobre a assistência hospitalar. Através de métodos distintos, os autores dos diversos artigos, consideraram diferentes dimensões de desempenho de serviços de saúde, como a efetividade, adequação, acesso e eficiência. Os gastos com a internação foram também avaliados, por alguns estudos, tendo como destaque o artigo de Pinto⁷³ que por ser um sistema de pagamento prospectivo o SIH-SUS, pode refletir estas características nas informações registradas, onde o tempo de permanência pode ser reduzido, as altas podem ser efetuadas antes do tempo e as internações podem ser realizadas sem necessidade.

Alguns estudos apontaram possíveis fraudes no preenchimento da variável procedimento, onde as discordâncias favoreciam os hospitais na área financeira.

Bittencourt et al² destaca que mesmo sendo bastante utilizada as informações do SIH-SUS em “*número, abrangência, diversidade de conteúdos e complexidade de análise*”, os estudos ainda estavam restritos a poucas instituições de ensino e localizados num pequeno espaço do território nacional.

Outro item relevante, no levantamento dos estudos feito por Bittencourt et al², foram os trabalhos que reportaram a qualidade dos dados da AIH, pois eles foram poucos frequentes, se restringindo a algumas doenças e realizados em áreas limitadas. Porém um dos problemas destacados, em termos de confiabilidade, foi a informação de diagnóstico da internação, entre estes os estudos consideraram como relevantes: a insuficiência da informação descrita no prontuário do paciente por ser a única fonte de origem dos dados; a distorção na codificação do diagnóstico em relação a Classificação Internacional de Doenças e o preenchimento incorreto de campos visando aumentar o repasse financeiro das internações.

A cobertura do SIH-SUS no âmbito das internações foi um fator proeminente nos trabalhos de cunho epidemiológico, pois no Brasil segundo Bittencourt et al², a média de internações no SUS em 1998 foi de 75%, em locais como Roraima este percentual se aproximou de 94%, já em São Paulo este número foi de 57,3%. Outros fatores administrativos influenciaram na cobertura das internações pelo SIH-SUS, como:

1. O limite de emissão de AIH para cada estado Brasileiro, estipulado em 9% da população residente, o que pode deixar um excedente não processado pelo DATASUS;
2. A forma diferenciada de repasse de recursos financeiros entre os diferentes subsetores credenciados ao SUS: enquanto os hospitais privados, filantrópicos, municipais e estaduais recebem por intermédio do pagamento fixo por procedimento, os federais recebem recursos mediante o orçamento e utilizam a AIH apenas para controle e avaliação, gerando o subregistro.

Diferenças no acesso a assistência hospitalar e problemas relativos à diversidades regionais na área da saúde, além da cobertura de plano de saúde, apareceram no levantamento feito por Bittencourt et al² nos estudos, pois suposições

acerca de “*transformações demográficas, epidemiológicas e de práticas médicas*” eram destacadas nos trabalhos.

Bittencourt et al² destaca que o SIH-SUS pode ser uma importante fonte de dados complementar nas regiões onde os outros Sistemas de Informação em Saúde, tais como o SINASC ou o SINAN não conseguem chegar.

As razões que levaram os autores, dos trabalhos analisados por Bittencourt et al², a estudar o SIH-SUS como fontes de informação foram: “*grande volume de dados, oportunidade de informação, fácil acesso, reconhecida deficiência das estatísticas dos sistemas de informações epidemiológicos e necessidade de ampliação de estratégias e práticas no enfrentamento de doenças*”.

5.3. O Uso do SIH-SUS na Produção Científica de 2004 até 2008

Quarenta e oito artigos, vinte e quatro dissertações de mestrado e quatro teses de doutorado (ver detalhes no anexo VII) foram publicados a partir de 2004 e classificados nas seguintes áreas temáticas: (i) avaliação e organização dos serviços de internação; (ii) mortalidade e morbidade hospitalar; (iii) qualidade das informações do SIH-SUS.

Para a **Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares**, os dados do SIH-SUS podem subsidiar estudos com grande abrangência geográfica, apesar de não corresponder a todas as internações no país.

Um dos itens a serem destacados nos estudos que trataram da Avaliação dos Serviços Hospitalares refere-se a redução no número de internações pois vários fatores podem ter permitido que isto ocorresse. Um deles foi a implementação de programas assistenciais nos serviços de atenção básica, assim como o aumento das ações de vigilância, outro fator é o número de pessoas assistidas por planos de saúde particulares e a distância dos centros de referência favorece também a diminuição^{74, 75, 76, 77}.

A oferta de serviços e as reinternações foram estudadas por Castro⁷⁸ que fez um levantamento dos fatores determinantes que levaram a internação após a implantação do SUS para avaliar o desempenho dos hospitais.

O acesso aos serviços hospitalares é tratado em diferentes abordagens. Oliveira et al⁷⁷ destaca que “*fatores ambientais (as condições de oferta, a configuração espacial, os aspectos sócio-econômicos da população, e o contexto político-institucional)*” influenciaram no atendimento do paciente junto a rede do SUS. Outro fato a ser considerado é quando o tipo de serviço não está disponibilizado na região de moradia do paciente fazendo com que o registro do caso não represente o local de ocorrência do fato⁷⁹, pois segundo Oliveira et al⁸⁰ os pacientes procuraram os serviços mais complexos, mesmo que eles sejam distantes. O estudo de Pinheiro et al⁸¹ apontou para a diferenciação no atendimento conforme a localização do hospital, segundo a pesquisa, quando ele se localiza em área nobre ou de “classe média” o tipo de tratamento despendido é diferenciado daquele que se localiza em regiões mais pobres. Oliveira⁸² num dos seus estudos pesquisou o deslocamento para os municípios pólos, dos pacientes que necessitavam de atendimentos em serviços de alta e média complexidade. A autora destacou a preocupação com alguns municípios que tem esta característica, por terem por abrangência áreas muito extensas, restringindo parte da população a realizar este deslocamento.

Os valores despendidos nas internações foram tratados por alguns estudos sob óticas distintas. Uns destacaram os custos totais efetivos nas internações de idosos para avaliar a consequência econômica desta internações⁸³, outros comparavam o que foi mais custoso em relação às hospitalizações realizadas por causa externa e causa natural⁸⁴, também foram mensurados por trabalhos realizados em diferentes faixas etárias, agravos e cidades^{85, 86, 87}. Os valores da tabela de procedimentos^m são citados como no caso da cirurgia na área de Otorrinolaringologia (ORL) onde o baixo valor de reembolso deste procedimento em relação a complexidade do recurso empregado, faz com que o setor privado conveniado ao SUS não realize este atendimento, deixando para grandes hospitais públicos esta tarefa e dificultando o acesso de pacientes⁸⁸. Já Sapata et al⁸⁹ que estudou a área de Psiquiatria, destaca que os procedimentos mais simples, conseqüentemente de valores mais baixos, normalmente são feitos por unidades particulares que não participam do SUS, deixando os de alta complexidade para serem realizados nos hospitais da rede SUS.

A eficiência dos hospitais em relação aos Recursos Humanos foi estudada usando o SIH-SUS por Cesconetto et al⁹⁰ que utilizou o DEA (Análise

^m Base para o cálculo dos valores a serem repassados aos hospitais pelo SIH-SUS.

Envoltória de Dados) que “*permite estimar a composição ideal entre múltiplos insumos e múltiplos produtos, indicando qual a composição ideal para cada hospital*”, para avaliar a eficiência no aproveitamento dos hospitais e aponta uma possível redução tanto de recursos, quanto de leitos e de valores de AIH. Em outro estudo, Medeiros et al²¹ salientou que com o SIH-SUS houve a criação de indicadores que relacionaram o “*perfil populacional dos municípios e a oferta/ acesso a serviços de saúde*” possibilitando localizar “*vazios assistenciais, ou seja, carência de profissionais, bem como especialidades médicas*”. Segundo Silva e Costa Jr⁹¹ as informações do SIH-SUS permitem até mudanças na parte de gerência dos serviços tendo em vista a melhora da qualidade da assistência a saúde mental e psiquiatria. Para Felisbino⁹² as informações do SIH-SUS serviram para auxiliar a gestão hospitalar num primeiro instante (implementação do sistema no hospital), mas com o passar do tempo e o aumento de demanda, estas já não se mostravam tão efetivas quanto antes.

A avaliação dos hospitais para determinado agravo pode ser feita empregando as taxas de mortalidade. O estudo de Guerra et al⁵¹ analisou as internações hospitalares em idoso cujo motivo foi cuidado prolongado, comparando a taxa de morte entre hospitais para avaliar o atendimento prestado e subsidiar a tomada de decisão por parte do gestor.

As unidades de saúde (públicas e privadas) pertencentes ao SUS foram estudadas por Souza⁹³ para mapear as que tratam de procedimentos de alta complexidade para auxiliar futuras políticas de saúde que viabilizem o aproveitamento deste tipo de serviço no SUS. Com o seu estudo López⁹⁴ pesquisou os hospitais de pequeno porte pertencentes ao SUS traçando um perfil destes no que se refere a “*características de capacidade instalada, incorporação tecnológica, presença de profissionais de saúde, produção ambulatorial e hospitalar, entre outras*” para dar subsídios aos que podem formular políticas de saúde. Chaves⁵⁰ estudou as informações físicas e financeiras das internações hospitalares do SIH-SUS de Ribeirão Preto para “*identificar os fatores explicativos*” que podem vir a auxiliar o gestor na compreensão da variação ocorrida na localidade. Di Colli⁹⁵ procurou avaliar a gestão plena municipal e sua influência nas internações com a implementação da NOB SUS 01/96.

Nos estudos que avaliaram a **mortalidade e morbidade hospitalar**, os dados do SIH-SUS serviram para destacar a dificuldade de se estudar este assunto por meio de dados secundários, isto é descrever os casos tratados durante a assistência hospitalar nas unidades de saúde do SUS.

A morbidade hospitalar foi estudada por Mathias e Jorge⁷⁴, Ferreira⁹⁶ e Rosa et al⁹⁷ no caso da Diabete Mellitus (DM). Além de destacar em que a importância deste agravo pode não estar sendo reconhecido nas internações cuja causa principal não seja a DM, mesmo o paciente sendo portador desta doença. Os estudos de Francisco et al⁹⁸, Daufenbach⁹⁹ e Ferrer¹⁰⁰ sobre as internações por doenças respiratórias de idosos ocorridas serviram para avaliar o programa de vacinação contra a influenza. No estudo sobre internações ocorridas pela doença Falciforme¹⁰¹, a morbidade hospitalar foi pesquisada para saber a prevalência desta doença levando em consideração a região, idade e sexo. Mieli e Aldrighi¹⁰² pesquisaram a evolução do Tétano em mulheres numa determinada faixa etária. Borges¹⁰³ estudou as ocorrências de Leishmaniose Visceral para identificar o fluxo desta doença emergente no Brasil. A Catarata foi estudada por Silveira¹⁰⁴ que fez um levantamento das cirurgias realizadas em regime de mutirão pelo Ministério da Saúde. Oliveira¹⁰⁵ traçou um perfil das internações por causas externas no município de Cuiabá para dar subsídios para um sistema de vigilância para este agravo. As internações por causas externas também foram estudadas por Melione¹⁰⁶ que levantou os principais motivos que levaram a esta hospitalização assim como os custos derivados destas. As hospitalizações por traumas de coluna foram estudadas por Tuono¹⁰⁷, que fez uma descrição das internações e dos pacientes visando ações de promoção e prevenção em saúde. Souza¹⁰⁸ estudou a morbidade hospitalar por meio do SIH-SUS e a mortalidade através do SIM para traçar um perfil do paciente homem que é vítima da violência. Souza¹⁰⁹ estudou as internações causadas por fraturas no fêmur ocorridas em idosos para “*expressar a gravidade da condição do paciente*”, por ser este um importante fator de morbidade e mortalidade para este grupo de assistidos. Oliveira¹¹⁰ analisou dados do SIH-SUS e do SIM para acompanhar os registros de diarreia em crianças menores de um ano, para sugerir que ações de prevenção e controle sejam mais incisivas com o propósito de reduzir estas ocorrências.

A Asma e suas complicações foram estudadas por Carmo¹¹¹ para dimensionar as hospitalizações ocorridas por este agravo e suas complicações quando os programas preventivos não existiam na região.

As internações ocorridas por doenças infecciosas foram estudadas por Mafra¹¹² que analisou os custos hospitalares, a permanência em leitos e o número de óbitos para avaliar o impacto deste tipo de agravo no sistema público de saúde.

O uso de medicamentos administrados durante o período de internação foi estudado por Matos et al¹¹³ que traçou o perfil dos pacientes que utilizaram albumina humana e por Rozenfeld¹¹⁴ que avaliou os efeitos adversos ocorridos pelo referido uso.

Com a mudança do CID-9 para CID-10 vários trabalhos estudaram o impacto desta troca nos números da internação hospitalar. Segundo Castro et al⁷⁶ esta mudança não alterou, de forma circunstancial, os índices de internação hospitalar para a Pneumoconiose no período estudado. Para Toyoshima et al¹¹⁵, esta mudança pode ter causado o subregistro na AIH que junto com a melhora na atenção primária podem ter influenciado a diminuição de internações por doenças respiratórias e suas ocorrências mais comuns, tais como, pneumonia, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.

A mortalidade hospitalar, ocorridas por doenças no coração, foi estudada por Oliveira et al¹¹⁶ para avaliar a letalidade para estes agravos, e por Noronha et al¹¹⁷ para o levantamento das diferenças na mortalidade entre hospitais. Gomes et al¹¹⁸ fez pesquisa nos dados do SIH-SUS sobre a morte materna destacando a subnotificação para este agravo em outros SIS. Gomes¹¹⁹ estudou a mortalidade hospitalar para criar um índice de risco, associado as internações que auxilie a comparação de desempenho nas unidades hospitalares de saúde do SUS.

Ainda com relação a pesquisas que estudaram a morbidade e mortalidade hospitalar, Amaral et al¹²⁰ identificou os principais agravos que ocorrem em idosos. Neste mesmo estudo foi avaliado comparativamente o desempenho dos hospitais através de taxas de mortalidade bruta para estes agravos, assim como os gastos com internações. Santos e Barros¹²¹ estudaram também as principais causas de internações de idosos, apresentando as maiores ocorrências de hospitalização, assim como os casos de óbitos.

Tomimatsu¹²² comparou os dados do SIH-SUS com os do laudo médico para os acidentes de causas externas. Dias¹²³ estudou os acidentes terrestres por serem estes uma das principais categorias para este grupo de agravo e concluiu que com medidas preventivas a redução, nos números de internações, é possível. Soares¹²⁴ estudou as causas externas buscando dimensionar todas as ocorrências prováveis (morbidade, mortalidade, atendimentos de urgência e emergência) em uma hospitalização para estes agravos. Oliveira¹⁰⁵ agrupou os dados do SIH-SUS e SIM para montar uma base de dados que pudesse alimentar um novo sistema de vigilância para causa externa. Santos¹²⁵ para avaliar a política de redução da mobimortalidade por acidentes e violências utilizou de várias fontes de dados, entre elas os dados do SIH-

SUS e SIM, para a composição dos dados que pudessem dar subsídios na implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde.

Quanto à Dengue o estudo de Oliveria¹²⁶ fez um levantamento das internações originadas por este agravo. Com este estudo traçou-se um perfil do paciente e mostrou como se manifestou este agravo no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2001 a 2003. Com a comparação dos dados entre o SIM, SINAN e SIH-SUS, a autora buscou montar um cenário da doença e sua circulação no Rio de Janeiro.

Quando o assunto é **qualidade das informações do SIH-SUS**, vale ressaltar os estudos de comparação do SIH-SUS com outros sistemas e a confiabilidade dos dados.

O SIH-SUS tem, frequentemente, as suas informações comparadas com as do SIM, principalmente quando se usa o primeiro sistema como fonte complementar para o segundo. Soares¹²⁷ analisou as mortes infantis ocorridas no Ceará e concluiu que mais de 90% dos registros óbitos estão subnotificados no SIM. Kale et al¹²⁸ e Gawryszewski et al¹²⁹ fizeram estudos, respectivamente associado à diarreia em crianças e a causas externas entre os idosos. Estas pesquisas tiveram como finalidade ajudar na formulação de políticas de prevenção e controle para cada agravo. Já no estudo feito, com os dois sistemas para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), por Melo et al¹³⁰ foi dado destaque às subnotificações dos registros da AIH que comprometem a qualidade e a confiabilidade dos dados. Loureiro e Rozenfeld¹⁰¹ quando estudaram as internações por doenças Falciforme, destacaram que a diferença do número de óbitos entre o SIH-SUS e o SIM pode ter sido provocado pelo preenchimento inadequado da AIH, interferindo na qualidade das informações do sistema. No seu estudo sobre Esquistossomose Mansônica, Resendes¹³¹ ao comparar os dados do SIH-SUS com o SIM ressalta que os dados do primeiro não são os mais adequados para o estudo a que ela se propõe, mas estes demonstram estarem bem próximos da realidade. Dois estudos compararam os dados do SIM e SIH-SUS para os óbitos de causa mal definidas^{132, 133}. Campos et al¹³⁴ no seu estudo destacou que as informações do SIH-SUS possuía uma melhor notificação de óbitos no período neonatal que o SIM para a região estudada (Minas Gerais).

Os estudos comparando dados do SIH-SUS não foram feitos apenas com o SIM. Sousa et al¹³⁵ confrontou os dados do SIM, SINASC e SIH-SUS para descrever as características da morte materna e por falta de uma chave identificadora que ligue as

variáveis de cada sistema, os dados obtidos foram abaixo do esperado. Oliveria¹²⁶ comparou dos dados do SIM, SINAN e SIH-SUS, para montar o cenário da Dengue e sua circulação no Rio de Janeiro. A utilização do método de captura e recaptura feita por Maia-Elkhoury et al¹³⁶, para analisar os registros de Leishmaniose Visceral, avaliou e comparou as informações do SIM, SIH-SUS e SINAN para verificar não só as subnotificações como também a cobertura destes sistemas para este agravo. Ao relacionar dados do SINASC com o SIH-SUS para avaliar os casos de subnotificação de nascidos vivos, Drumond et al¹³⁷ concluíram que o último sistema, devido a sua abrangência territorial, é “*uma fonte alternativa viável para captação de nascidos vivos em áreas de baixa cobertura do SINASC*”. Ferreira⁹⁶ comparou os dados do SIH com o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) para os diabéticos e hipertensos e verificou que as variáveis comuns (sexo e faixa etária) apresentam valores similares.

Na comparação de dados do SIH-SUS com outros que são a base de entrada do sistema, Bittencourt et al¹³⁸ constatou que a concordância de algumas variáveis de parto estudadas, foi bastante alta, permitindo usá-las numa análise com baixa margem de erro. Monteiro¹³⁹ comparou os dados das variáveis de diagnóstico na internação do SIH-SUS e do Centro de processamento de dados hospitalares com os do prontuário médico e salientou que os dados do SIH-SUS possuem boa qualidade em relação aos outros. Melione e Melo¹⁴⁰ usaram três fontes de dados, a AIHⁿ, os dados do banco de dados do SIH-SUS e o prontuário médico e destacaram que “*uma explicação para a boa qualidade dos dados relativos à vítima e à internação está na importância de sua exatidão para o correto faturamento das AIHs*”. Escosteguy et al¹⁴¹ ao analisar as informações do prontuário médico com as da AIH concluíram que variáveis da AIH apresentaram conteúdos satisfatórios para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, levando em consideração as limitações do sistema. No estudo realizado por Lobato et al⁸ a comparação dos dados das AIH consolidadas com os dados do Departamento de Neonatologia e dados do chamado “Arquivo Médico” do Departamento de Informação e Documentação do Instituto Fernandes Figueira destacou que na maioria das AIH de obstetrícia, esta responde por dois indivíduos (mãe e recém nascido), daí a complexidade em registrar o agravo do recém nascido, identificando a limitação do sistema para acompanhar este tipo de internação.

ⁿ São os dados digitados pelo hospital no programa SISAIH01.

Noronha et al¹⁴², utilizou o sistema de classificação Diagnosis Related Groups (DRG) junto com os dados da AIH, para traçar um perfil dos pacientes, de localidades diferentes da região estudada (Ribeirão Preto), internados pelo SUS.

O estudo de Tomimatsu et al¹⁴³ foi um dos primeiros, sobre qualidade dos dados, a ser realizado após a implantação da obrigatoriedade do registro na variável diagnóstico secundário do código da causa externa. Na análise dos dados foi verificado que a ocorrência de subregistro foi considerada alta, e para os autores isto se deve a: *“baixa valorização e pouca utilização, ainda que crescente, da informação produzida para estudos epidemiológicos e de avaliação; falta de ou treinamento insuficiente dos codificadores dessas causas; conformação principal do Sistema para atuar na remuneração dos hospitais; entre outros”*.

5.3.1. Limites e Recomendações de Melhoria para o SIH-SUS

Os estudos que usaram as informações do SIH-SUS a partir de 2004 levantaram alguns problemas relacionados a este sistema de informação.

Levin³⁶ recomenda que ao se examinar dados que perpassam a história do SIH-SUS, tem que ser levada em consideração as alterações feitas para que *“conclusões mais precisas”* sejam alcançadas.

Alguns estudos consideram os dados disponíveis do SIH-SUS limitados 92, 106, 111, 120, 121, 131, 141, e recomendam que para ter resultados mais aprimorados seria necessária *“a incorporação de um pequeno número de variáveis”*¹¹⁵, e dentre estas estão *“a falta de informações sobre parâmetros laboratoriais; mais campos de diagnósticos, que subsidiassem a avaliação da adequação das indicações com base em protocolos de tratamento; carência de estudos de validação que pudessem sustentar o uso do SIH como fonte de informação sobre medicamentos; à disponibilidade de informações clínicas”*¹³⁸. Rozenfeld¹¹⁴, no seu estudo sobre agravos provocados por medicamentos destaca que a inclusão do registro de medicamentos no sistema seria de grande valia para os estudos de farmacovigilância. Apesar de não fazer uma comparação do sistema de classificação DRG com os dados do SIH-SUS, Noronha et al¹⁴² mostra que algumas limitações por parte do SIH-SUS são visíveis, porém as autoras destacam que é possível fazer uma adaptação nos dados de procedimento que

são armazenados no banco de dados da AIH para classificá-los em DRG, mesmo não comportando todos os registros de pacientes que apresentaram uma maior complexidade no seu tratamento.

Com todas as suas limitações, o SIH-SUS é utilizado em: “*estudos sobre a assistência hospitalar pública brasileira; análises econômicas em saúde; como ferramenta auxiliar na estimativa de indicadores de mortalidade; de incidência de doenças e além de ser um respeitado instrumento de vigilância à saúde*”¹³³. No estudo sobre Diabetes Mellitus⁹⁷, o autor destacou que o uso do conteúdo de uma variável não reflete toda a importância do impacto da doença na sociedade. Outras variáveis deveriam ser incluídas para poder explicar as diferenças regionais ou ocorrências de óbitos, tais como: “*índice de massa corporal, raça, escolaridade, gravidade da condição clínica no momento da internação, grau de utilização dos serviços, reinternações e outras*”. Outra limitação encontrada no SIH-SUS é quando existe a necessidade de comparação dos dados entre os Sistemas de Informações em Saúde, já que não existe uma chave identificadora entre nenhum sistema que possa ligar as informações, como por exemplo, os óbitos informados no SIM com as internações hospitalares especificadas no SIH-SUS^{132, 133}.

Outra limitação apontada é o universo espelhado pelo SIH-SUS, pois este não abrange a totalidade de internações ocorridas^{79, 83, 86, 96, 107, 121}, isto é, apenas a parcela da população dependente do SUS são registradas pelo sistema, ou seja, “*parcelas da população que são economicamente mais favorecidas estão sub-representadas*”¹¹⁵ o que significa uma redução no quadro verdadeiro da morbidade hospitalar.

A valorização do evento internação no lugar do indivíduo pode possibilitar a emissão de mais de uma AIH para o mesmo, foi destacado por Peixoto et al⁸³ e Santos e Barros¹²¹ como uma limitação do sistema, pois permite que re-internações, fracionamento de internações longas e transferências sejam computadas como mais uma ocorrência dentro do que está sendo estudado.

No estudo realizado por Noronha et al¹¹⁷, recomendações foram feitas para que “*os hospitais sejam encorajados a preencher adequadamente os campos já atualmente existentes nas AIHs, como o motivo da internação e diagnósticos principal e secundário*”, pois “*a padronização dos documentos de internação, o estabelecimento de rotinas para seu preenchimento e a implantação de formulários de resumos de alta apropriados são de grande relevância para a melhoria da qualidade dos nossos serviços de saúde*”. Outros estudos destacaram que para acabar com o preenchimento

inadequado da AIH, em busca de uma melhora na qualidade das informações e redução no número de sub-registros do sistema, ações como “*treinamento do pessoal que realiza codificação nos hospitais e nos setores de controle e avaliação do município*”¹²² devem ser ministradas^{101, 130, 134, 138, 139, 143}.

O SIH-SUS por ser um sistema de informação usado no pagamento onde a “*lógica financeira*”¹⁰ privilegia as informações deste tipo, apresenta limites tanto na qualidade das informações¹²², quanto na forma de pagamento^{83, 121}. Muitos atendimentos, onde o valor de remuneração é considerado baixo, deixam de ser realizados em favor da alta rentabilidade^{89, 143} e outros não são registrados por causa do teto financeiro.

Por ser um dos sistemas que dispõe de “*informações rotineiras em saúde*”, estas podem se transformar em importante ferramenta para a implementação de ações de vigilância e até mudanças de políticas. Pois como estas estão disponibilizadas para todo o território de forma constante, possibilitando a criação de um sistema vigilante para, no instante necessário, desencadear intervenções para evitar, por exemplo, do óbito materno¹⁴⁴.

Apesar das limitações apresentadas por vários autores em relação às informações do SIH-SUS, Francisco et al⁹⁸ verificou a importância deste estudo voltado para explicar os acontecimentos após a implantação de determinada política de saúde, no caso a vacinação contra a influenza, na população assistida. Mieli e Aldrighi¹⁰² constataram que mesmo com programa de imunização (normalmente feito na infância) houve um crescimento de internações para tétano e que seria necessário estender este tipo de prevenção para outras faixas etárias da população.

Capítulo VI – Considerações Finais

O levantamento é a revisão documental da literatura feita neste estudo, e teve como objetivo oferecer um material sobre o SIH-SUS diferente do disponível hoje, ou seja, manuais, notas técnicas, artigos, etc. O proposto foi de rever a literatura sobre a criação e o desenvolvimento do sistema até os dias atuais, assim como a utilidade dele na produção científica e a sua base estrutural.

Vários problemas foram salientados, mas soluções identificadas possibilitariam que o sistema fosse mais aproveitado.

Este estudo procurou responder as cinco questões sobre informação elaboradas por Moraes¹⁰, são elas:

1. Por que se registra esta informação?
2. Para que será utilizada?
3. Quem a utilizará?
4. Como esta informação será empregada?
5. Por quanto tempo será útil esta informação?

Estas questões não foram contempladas na sua totalidade pelo estudo devido à falta de informações disponibilizadas (manuais, documentos oficiais, entre outros) para responder a estas questões.

As informações do SIH-SUS sofrem, desde a concepção do sistema, a influência de políticas de saúde que repercutem diretamente na qualidade destas. A descontinuidade e/ou mudança de políticas implementadas devem ser consideradas na utilização das informações e no estudo dos indicadores, pois podem gerar mudanças significativas nos resultados.

Quando o SIH-SUS foi criado, numa época em que os sistemas eram totalmente fragmentados, não se pensou em possíveis integrações com outros sistemas de informações em saúde, o que parcialmente justifica a não inclusão de uma chave identificadora entre eles. Hoje apesar da existência do Cartão Nacional de Saúde (CNS), este não é preenchido de forma obrigatória. Este tipo de limite dificulta, e muito, o processo de comparação dos dados para qualquer tipo de demanda.

Desde a sua concepção, o SIH-SUS somente é visto por quem o alimenta, como um sistema administrativo/financeiro. Em decorrência disto, o preenchimento dos campos da AIH é discutível e, pode-se dizer que as variáveis que incrementam o valor a ser faturado são dados mais adequados que os demais. A padronização no preenchimento dos campos da AIH e o conseqüente treinamento por parte de quem

codifica os dados deveriam ser investidos por quem gerencia o sistema. Alguns estudos comprovaram que a qualidade e a confiabilidade dos dados da AIH são bons, até mesmo os que não estão relacionados com a parte financeira, mas vale salientar que o registro como um todo precisa manter o mesmo padrão de qualidade. Problema de subregistro de internados ou de variáveis são conhecidos e mereceriam estratégias de minimização.

A inclusão de outras variáveis que possibilitem traçar o perfil da morbidade hospitalar mais completo merece atenção por parte dos pensadores do SIH-SUS, pois com a magnitude do sistema estas inovações permitiriam que estudos desenvolvidos nesta área tivessem mais subsídios na suas elaborações.

As informações que poderiam ser disponibilizadas pelo SIH-SUS sem onerar o sistema são:

- Escolaridade

Este campo existe de forma restrita na AIH, isto é, o domínio (Analfabeto; Primeiro Grau; Segundo Grau e Terceiro Grau) não compreende todas as ocorrências que outros sistemas normalmente utilizam (Alfabetização de Adultos; Antigo Primário; Antigo Ginásio; Antigo Clássico; Científico; Ensino Fundamental - 1º Grau; Ensino Médio - 2º Grau; Superior Graduação; Superior Mestrado ou Doutorado; Nenhum e Ignorado) e somente deve ser informado nas internações de Vasectomia ou Laqueadura, ou seja, algumas AIH têm esta informação;

- Situação Familiar

Este campo consta no documento PRC⁶³ e a explicação para a inclusão desta variável é a de que “*visa identificar a situação familiar da pessoa, buscando informar se mora só ou acompanhado*”;

- Ocupação

O registro desta informação na AIH somente é obrigatório em casos de acidentes de trabalho, o domínio para este campo é o CBOR;

- Exames realizados

Alguns exames são contemplados na tabela de procedimentos, ou seja, o registro da AIH pode conter esta informação, mas o ideal é ter um campo à parte para o registro de todos que foram realizados;

- Medicamentos administrados

Alguns medicamentos são contemplados na tabela de procedimentos, ou seja, o registro da AIH pode conter esta informação, mas o ideal é que se tenha um histórico de todos que foram receitados durante a internação;

- Ocorrência de algum evento adverso relacionado ao medicamento utilizado

Em conjunto com o campo medicamentos administrados, a informação de algum problema relativo ao uso deste, facilitaria os estudos sobre o paciente;

- Condições do paciente no instante da internação

Este tipo de informação seria importante constar, pois possibilita conhecer o estado clínico do paciente no momento da internação em termos de comorbidade presentes o que é importante tanto para estudos acadêmicos como para produção de indicadores de desempenho;

- Indicativo de reinternação

Um dos problemas destacados nos estudos sobre as informações do SIH-SUS refere-se à reinternação, que podem ocorrer e que provavelmente distorcem o volume de internações. Além disso, as reinternações são por si só um indicador da qualidade do cuidado;

- Mais variáveis sobre o diagnóstico

Muitos estudos destacaram que o número de campos disponíveis na AIH para informação de diagnóstico é insuficiente, mesmo com a descentralização do sistema, quando duas variáveis foram incluídas (diagnóstico de causas complementares e diagnóstico de causa morte). Vale destacar que a introdução dessas duas variáveis deveria ser o objeto de treinamento para que não se confunda a lógica da morbidade hospitalar com a mortalidade que alimenta o SIM.

Algumas informações que constam no formulário da AIH poderiam ser disponibilizadas no arquivo reduzido, por ser este o acesso mais fácil para os estudos sobre os dados do sistema. Entre eles podemos citar:

- Informações sobre o produto do parto, tais como as quantidades de filhos nascidos vivos, nascidos mortos, que saíram por alta, que saíram por transferências e que saíram por óbito;
- Os procedimentos especiais ou secundários que foram realizados na internação;

Apesar do SIH-SUS não conter todas as internações ocorridas no país, a sua base de dados têm informações que podem vir a complementar estudos que utilizam outras fontes de informações em saúde, ou seja, é possível avaliar registros de mortalidade (SIM), informações sobre nascimento (SINASC) e dados sobre agravos (SINAN).

Uma das maiores “virtudes” do SIH-SUS é o tempo decorrido entre a internação e a disponibilização dos seus dados. Isto ocorre em grande parte por este sistema lidar com informações financeiras, o que se mostra interessante não só para o hospital, como para todos os outros usuários do sistema não reter estes dados por muito tempo. Outro fator que merece destaque, neste processo de disseminação das informações, é o trabalho do DATASUS que simplificou a apropriação dos dados da AIH. Estes depois de consolidados, ficam disponibilizados na internet com ferramentas como o TabNet.

Apesar de o SIH-SUS ter sido desenvolvido para conter dados administrativos, por sua grandeza em termos de informação (dados do paciente, dados sobre a doença, valores), pode ser muito bem explorado tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos ou por qualquer outra área que necessite de informações sobre a produção hospitalar.

A documentação de referência do SIH-SUS, que constitui o produto final deste presente estudo, será encaminhado ao DATASUS como insumo para construção de um livro eletrônico que poderá ser futuramente disponibilizado no site do DATASUS, tais quais as outras informações do sistema.

Capítulo VII – Referências

1. Vasconcellos Miguel Murat; Moraes Ilara Hämmerli Sozzi de; Cavalcante Maria Teresa Leal. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. Saúde em Debate, n.61, p.219-235. 2002.
2. Bittencourt Sonia Azevedo, Camacho Luiz Antonio Bastos, Leal Maria do Carmo. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2006 Jan [cited 2009 May 09] ; 22(1): 19-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100003.
3. Pepe Vera Edais. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). In: Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p.65-85.
4. DATASUS [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Disponível em: www.datasus.gov.br.
5. Veras Claudia Maria; Martins Monica. A. Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339 – 355, jul/set. 1994.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria n. 821/GM, de 04 de maio de 2004. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-821.htm>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Sistema de Informação Hospitalar/Atualização, Volume I. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
8. Lobato Gustavo, Reichenheim Michael Eduardo, Coeli Claudia Medina. Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2009 May 07]; 24(3): 606-614. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300014&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300014
9. Sanches R. “Documentação de Software”, In: Qualidade de Software: Teoria e Prática, Prentice Hall, São Paulo, 2001, p.54-59.
10. Moraes Ilara Harmmerli Sozzi de. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco; 1994.

11. França Tânia. Sistema de Informação de Atenção Básica: um estudo exploratório. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
12. Santos Haroldo Lopes. Novas Tecnologias da Informação e os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos: Potencialidades de uso na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
13. Coelho Karla Santa Cruz. Indicadores Materno-neonatais na Saúde Suplementar – Uma Análise do Sistema de Informações de Produtos. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2004.
14. Moraes Ilara Hammerli Sozzi de, Política, tecnologia e informação em saúde. Salvador, BA Casa da Qualidade Editora, 2002.
15. Camargo Jr Keneth Rochel, Coeli Claudia Medina, Moreno Arlinda B. Informação e Avaliação em Saúde. In: Matta, Gustavo Corrêa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.
16. Ferreira Odaléia Araújo Neres. O Uso das Informações de Interesse Epidemiológico na Gestão da Saúde: Um estudo de caso em dois municípios de pernambucanos. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ), 2005.
17. Gribel Else Barthold. Atenção básica: do Processo de Trabalho ao Sistema de Informação. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
18. Noronha Marina Ferreira. Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: Os *Diagnosis Related Groups*. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.
19. Branco Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. Caderno de Saúde Pública. 1996;12(2):267-70.
20. Viacava Francisco, Dachs Norberto, Travassos Claudia. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2009 Aug 12] ; 11(4): 863-869. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400002&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232006000400002.

21. Medeiros Kátia Rejane de, Machado Heleny de Oliveira Pena, Albuquerque Paulette Cavalcante de, Gurgel Junior Garibaldi Dantas. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2005; 10(2): 433-440. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a21v10n2.pdf>.
22. Viacava Francisco, Almeida Célia, Caetano Rosângela, Fausto Márcia, Macinko James, Martins Mônica et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2004 Sep; 9(3): 711-724. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>.
23. Schout Denise, Novaes Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2007 Aug [cited 2009 Jun 17]; 12(4): 935-944. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400015&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232007000400015.
24. Brasil. Presidência da República. LEI Nº 6.125 - DE 4 DE NOVEMBRO DE 1974. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1974/6125.htm>.
25. Moreira Gabriela Viana. SIH/SUS Como Fonte para a Produção de Indicadores de Morbidade para a Gestão dos Serviços de Saúde - Internações por meningites em geral e sífilis congênita como preditoras da ocorrência na população –. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003.
26. Almeida Marcia Furquim de, Alencar Gizelton Pereira. Informações em Saúde: Necessidade de Introdução de Mecanismos de Gerenciamento dos Sistemas. São Paulo. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(4): 241-249.
27. RIPSA – Rede Interagencial de Informações em Saúde. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>.
28. Silva Edilaine Cristina, Costa Junior Moacyr Lobo. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):196-202. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.
29. Senna MCM. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). In: Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p.87-105.
30. Brasil. Ministério da Saúde [portal na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>.

31. Viacava Francisco. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). In: Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p.27-39.
32. Caetano Rosângela. Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). In: Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p.41-61.
33. Brasil. Presidência da República. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8080.htm>.
34. OPAS. Programa nacional de capacitação do profissional de Informações e informática em saúde, Julho 1998. Disponível em: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CTI-CPI_programa_mai98.pdf.
35. Carvalho Déa Mara, Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. Informe Epidemiológico do SUS / Centro Nacional de Epidemiologia, coord. – Brasília : Fundação Nacional de Saúde, 1997.
36. Levin Jacques. A Influência das Políticas de Saúde nos Indicadores gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2005.
37. Levcovitz Eduardo; Pereira Telma Ruth C., SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil-1983-1991. Rio de Janeiro; UERJ/IMS; 1993. 83 p. (Estudos em saúde coletiva, 57).
38. Travassos Claudia. *Equity in the Use of Private Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986*. [Tese de Doutorado]. Londres: The London School of Economics and Political Science, 1992.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 896, DE 29 DE JUNHO DE 1990. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_detalhes.cfm?id=1177&pesquisa=1&dig_t_documento=&dig_nudocumento=896&dig_inicio=1&dig_dinicio=&dig_dtermino=&dig_fonte=&dig_docfonte=&dig_modulo=&dig_assunto_legislacao=&dig_orgao_publicador=&dig_ementa=&dig_palavra.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 234, DE 07 DE FEVEREIRO DE 1992.

41. Carvalho Déa Mara T. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH- SUS). In: Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, vol 1, p.49-70.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf.
43. Carvalho Carlos Alberto. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: seu desenvolvimento, implantação e uma proposta para sua manutenção. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Apresentação do SIHD. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/Apresentacao%20SIHD.pdf>.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 51, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000. Disponível em: HTTP://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aih/SAS_51_00aih.doc.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Sistema de Informação Hospitalar/Atualização, Volume I. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/SIH_Manual_Tecnico_Operacional_JU_LHO.pdf.
48. Amaral Ana Claudia Santos, Coeli Cláudia Medina, Costa Maria do Carmo Esteves da, Cardoso Vânia da Silva, Toledo Ana Lúcia Araújo de, Fernandes Carla Rodrigues. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2004 Dec [cited 2009 Aug 20] ; 20(6): 1617-1626. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000600020.
49. Noronha José Carvalho de. Utilização de Indicadores de Resultados para a Avaliação da Qualidade em Hospitais de Agudos: Mortalidade Hospitalar após

- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio em Hospitais Brasileiros. Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2001.
50. Chaves Lucieli Dias Predeschi. Produção de Internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
 51. Guerra Henrique L, Giatti Luana, Lima-Costa Maria Fernanda. Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso. Minas Gerais. Epidemiologia e Serviços de Saúde • Volume 13 - Nº 4 - out/dez de 2004.
 52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA CONJUNTA DO SECRETÁRIO DE 21 DE MAIO DE 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-23CJ.htm>.
 53. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA PRT/GM 2817 de 29 DE MAIO DE 1998. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2817.htm>.
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 69, DE 22 DE JUNHO DE 1998. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aih/SAS_P69_98aih.doc.
 55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual Técnico Operacional do SISAIH01. Módulo II. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
 56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 321 DE 08 DE FEVEREIRO DE 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/Portaria%20GM-321.pdf>.
 57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels_04/U_PT-SAS-719_281207.pdf.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA SAS Nº 743, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria743_22_12_05.pdf.
 59. Brasil. Comitê Técnico do PRC. Conjunto Essencial de Informações do Prontuário para Integração da Informação em Saúde. Novembro de 1999.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 84, DE 24 DE JUNHO DE 1997. Disponível. em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=278>.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 312 DE 02 DE MAIO DE 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA N.º 1969/GM EM 25 DE OUTUBRO DE 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1969.htm>.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. PORTARIA Nº 85, DE 15 DE MARÇO DE 1999. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/tab_sih/SAS_P85_99tab_sih.doc.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA GM nº 938, DE 20 DE MAIO DE 2002. Disponível. em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-938.htm>.
65. Lima Claudia Risso de Araújo, Leal Carlos Dias, Dias Ezequiel Pinto, Gonzalez Francisco Lois, Santos Haroldo Lopes dos, Silva Márcia Elizabeth Marinho da, Serpa Nilo Sylvio Costa. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. A Experiência de Disseminação de Informações em Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, vol 1, p.109- 128.
66. Possas CA, Bortoletto ME, Albuquerque DTC, Marques MB. Intoxicações e envenenamentos acidentais no Brasil: uma questão de saúde pública. Revista Previdência em Dados, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-18, jan./mar. 1988.
67. Buss Paulo. Assistência hospitalar no Brasil (1994-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Inf Epidemiol SUS 1993; 2:5-17.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 118 DE 29 DE JANEIRO DE 1993 Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/idisalegis/visualiza_conteudo.php?sub=325&cont=1654&cat=23.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tab para Windows versão 2. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabwin/TabWin.pdf>.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Manual do TabNet. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/doc/ManualTabnet.pdf>.
71. Mathias Thais A.de F., Soboll Maria Lúcia de M.S.. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1998 Dec [cited 2009 Sep 01] ; 32(6): 526-532. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600005&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89101998000600005.
72. Escosteguy Claudia Caminha, Portela Margareth Crisóstomo, Medronho Roberto de Andrade, Vasconcellos Maurício Teixeira Leite de. O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2002 Aug [cited 2009 Sep 01] ; 36(4): 491-499. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400016&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102002000400016.
73. Pinto MFT. O sistema de pagamento prospectivo por procedimento no Hospital Universitário de Juiz de Fora [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
74. Mathias Tania A Freitas, Jorge Maria Helena Prado de Mello. Diabetes Mellitus na População Idosa em Município da Região Sul do Brasil: Um Estudo da Mortalidade e Morbidade Hospitalar. São Paulo. Arq Bras Endocrinol Metab 2004; 48/4:505-512.
75. Kilsztajn Samuel, Lopes Erika de Souza, Lima Luciana Zilles, Rocha Patrícia Avanzini Ferreira da, Carmo Manuela Santos Nunes do. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Oct [cited 2009 Aug 28] ; 24(10): 2354-2362. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008001000016.
76. Castro Hermano Albuquerque de, Silva Carolina Gimenes da, Vicentin Genésio. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1984-2003. Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 150-60.
77. Oliveira Evangelina X. G. de, Travassos Cláudia, Carvalho Marília Sá. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. [cited 2009 Aug 19]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800023&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800023.
78. Castro Mônica Silva Monteiro de. A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

79. Façanha Mônica Cardoso. Casos de cisticercose em pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde: distribuição no Estado do Ceará. Ceará. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 39(5):484-487, set-out, 2006.
80. Oliveira Evangelina X. G. de, Carvalho Marília Sá, Travassos Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2004 Apr [cited 2009 Aug 21] ; 20(2): 386-402. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200006.
81. Pinheiro Rejane Sobrino, Travassos Cláudia, Gamerman Dani. Desigualdade no tratamento à fratura proximal de fêmur no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 374-383.
82. Oliveira Alessandra Coelho de. Ensaio sobre atenção pública à saúde em Minas Gerais. [Dissertação de Mestrado]. Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
83. Peixoto Sergio Viana, Gatti Luana, Alfradique Maria Emília, Lima-Costa Maria Fernanda. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004; 13(4) : 239 – 246. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5artigo_custo_internacoes_%20idosos.pdf.
84. Jorge Maria Helena Prado de Mello, Koizumi Maria Sumie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. Rev. bras. epidemiol. [serial on the Internet]. 2004 June [cited 2009 Aug 18] ; 7(2): 228-238. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000200012&lng=en. doi: 10.1590/S1415-790X2004000200012.
85. Mendonça Roberto Natanael da Silva, Alves João Guilherme Bezerra. Custos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de traumatismos no Estado de Pernambuco em 1999. Pernambuco, Brasil. ACTA ORTOP BRAS 12(3) - JUL/SET, 2004.
86. Melione Luís Paulo Rodrigues, Mello-Jorge Maria Helena Prado de. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Aug [cited 2009 Aug 28] ; 24(8): 1814-1824. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800010&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000800010.
87. Berenstein Cláudia Koepfel, Wajnman Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Oct [cited 2009 Aug 27] ; 24(10): 2301-2313. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000011&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008001000011.

88. Gouveia Mariana de Carvalho Leal, Lessa Fábio José Delgado, Rodrigues Mirella Bezerra, Neto Silvio da Silva Caldas. Perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico. Brasil, 2003. Pernambuco. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 71 (6) Parte 1 Novembro/Dezembro 2005.
89. Sapata Maria da Penha M., Soares Darli Antônio, Souza Regina Kazue Tanno de. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002. Paraná. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(2) : 57 – 67.
90. Cesconetto André, Lapa Jair dos Santos, Calvo Maria Cristina Marino. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Oct [cited 2009 Aug 27] ; 24(10): 2407-2417. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000021&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008001000021.
91. Silva Edilaine Cristina da, Costa Junior Moacyr Lobo da. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(2):196-202.
92. Felisbino Giselli Aparecida. Sistemas de informação e suas interferências na gestão do Hospital de 2008 Clínicas da Universidade Federal do Paraná e na saúde pública de Curitiba. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008.
93. Souza Doriane Patrícia Ferraz de. Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
94. López Elaine Machado. Uma Revisão do Papel dos Hospitais de Pequeno Porte no Sistema Único de Saúde (SUS). [Dissertação de Mestrado]. Brasília. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
95. Di Colli Leonardo. A gestão plena do sistema municipal: uma avaliação em Apucarana- PR. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.
96. Ferreira Celma Lúcia Rocha Alves. Características epidemiológicas, internações e óbitos de portadores de diabetes de Cuiabá/MT atendidos na rede pública de saúde: uma análise a partir dos Sistemas HiperDia, SIH-SUS e SIM. [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.

97. Rosa Roger dos Santos, Schmidt Maria Inês, Duncan Bruce Bartholow, Souza Maria de Fátima Marinho de, Lima André Klafke de, Moura Lenildo de. Internações por *Diabetes Mellitus* como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. Rio Grande do Sul. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(4): 465-478.
98. Francisco Priscila Maria Stolses Bergamo, Donalisio Maria Rita, Lattorre Maria do Rosário Dias de Oliveira. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 7, Nº 2:220-227; 2004.
99. Daufenbach Luciane Zappelini Morbidade Hospitalar por causas relacionadas à influenza em idoso. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, 2008.
100. Ferrer Ana Lucia Mendes. Vacinação contra a influenza e a redução na hospitalização e óbitos por doença respiratória em idosos. [Dissertação Mestrado]. Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2008.
101. Loureiro Monique Morgado, Rozenfeld Suely. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. Rev Saúde Pública 2005;39(3):943-949.
102. Mieli Maurício Paulo Agnelo, Aldrighi José Mendes. Tétano no Climatério. São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(4): 229-231.
103. Borges Myrlena Regina Machado Mescouto. Leishmaniose Visceral: uma endemia em Expansão no Brasil e emergente no estado do Tocantins. [Dissertação Mestrado]. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Goiás, 2004.
104. Silveira Claudia Cabral de Aguiar. Mutirão de Catarata: uma Estratégia nacional de atenção à Saúde. [Dissertação Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.
105. Oliveira Ligia Regina. Subsídios para a Implantação de um Sistema de Vigilância de Causas Externas no Município de Cuiabá/MT. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.
106. Melione Luis Paulo. Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP. [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.
107. Tuono Vanessa Luiza. Trauma de coluna no Brasil: análise das internações hospitalares. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Universidade de São Paulo, 2008.
108. Souza Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2005 Mar [cited 2009 Aug 21] ; 10(1): 59-70. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000100012.

109. Souza Rômulo Cristovão. Estudo dos fatores preditores da mortalidade após fratura proximal de fêmur em idosos, da aplicação de diferentes índices para ajuste de risco e o uso do ICC para a AIH. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005.
110. Oliveira Thais Claudia Roma de. Tendências das internações e da mortalidade por diarreia em crianças menores de um ano: Brasil e suas capitais, 1995 a 2005. [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2008.
111. Carmo Tatiane Almeida. Asma em municípios do Paraná: Análise de internações hospitalares e avaliação de um programa de atenção à saúde. Londrina, Paraná. [Dissertação Mestrado] – Universidade Estadual de Londrina, 2008.
112. Mafra Adriana de Azevedo. Impacto das doenças infecciosas nas internações em hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte - MG, Brasil. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de medicina, 2007.
113. Matos Guacira Corrêa de, Rozenfeld Suely, Martins Mônica. Albumina Humana Prescrita para casos de Desnutrição em Hospitais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(3): 220-224.
114. Rozenfeld Suely. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2007 Feb [cited 2009 Aug 08] ; 41(1): 108-115. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100015&lng=en. Epub Nov 28, 2006. doi: 10.1590/S0034-89102006005000012.
115. Toyoshima Marcos Tadashi Kakitani, Ito Gláucia Munemasa, Gouveia Nelson. Morbidade Por Doenças Respiratórias em Pacientes Hospitalizados em São Paulo/SP. São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(4): 209-213.
116. Oliveira Gláucia Maria Moraes de, Klein Carlos Henrique, Silva Nelson Albuquerque de Souza e, Godoy Paulo Henrique, Fonseca Tânia Maria Peixoto. Letalidade por Doenças Isquêmicas do Coração no Estado do Rio de Janeiro no Período de 1999 a 2003. Rio de Janeiro. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 86, Nº 2, Fevereiro 2006.
117. Noronha José Carvalho de, Martins Mônica, Travassos Claudia, Campos Mônica R., Maia Paula, Panezzuti Rogério. Aplicação da mortalidade hospitalar após a realização de cirurgia de revascularização do miocárdio para monitoramento do cuidado hospitalar. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. [cited 2009 Aug 19]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800025&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800025.

118. Gomes Flávia Azevedo, Mamede Marli Vilela, Costa Júnior Moacyr Lobo da, Nakano Ana Márcia Spanó. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. São Paulo. Acta Paul Enferm 2006; 19(4): 387-393.
119. Gomes Andréa Silveira. Mortalidade Hospitalar: Modelos Preditivos de Risco Usando os dados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
120. Amaral Ana Claudia Santos, Coeli Cláudia Medina, Costa Maria do Carmo Esteves da, Cardoso Vânia da Silva, Toledo Ana Lúcia Araújo de, Fernandes Carla Rodrigues. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2004 Dec [cited 2009 Aug 20] ; 20(6): 1617-1626. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000600020.
121. Santos Juliana Siqueira, Barros Maria Dilma de Alencar. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. Pernambuco. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 17(3):177-186, jul-set 2008.
122. Tomimatsu Maria Fátima Akemi Iwakura. Internações por acidentes e violências Financiadas pelo setor público em Londrina, Paraná: análise dos registros, gastos e causas. [Dissertação de Mestrado]. Londrina. Universidade Estadual de Londrina, 2006.
123. Dias Maria Amélia Costa. Acidente de transporte terrestre em Bauru-SP: características da morbidade em 2004. [Dissertação Mestrado]. Universidade do Sagrado Coração. Bauru, São Paulo, 2007.
124. Soares Beatriz Alves de Castro. Morbidade e mortalidade por acidentes e violências na Grande Cuiabá - MT [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.
125. Santos Claudia Araújo. Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências – a experiência do estado do Amapá. [Dissertação Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.
126. Oliveira Jônia Franco de. A forma grave de Dengue no município do Rio de Janeiro: análise dos dados registrados nos sistemas de informações do SUS entre 2001 a 2003. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
127. Soares Benedita Rodrigues. Avaliação da notificação dos óbitos infantis em quatorze municípios do Ceará, com relatos de um ou nenhum óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2005. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008.

128. Kale Pauline Lorena, Fernandes Cristiano, Nobre Flávio Fonseca. Padrão temporal das internações e óbitos por diarreia em crianças, 1995 a 1998, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2004; 38(1):30-37.
129. Gawryszewski Vilma Pinheiro, Jorge Maria Helena Prado de Mello, Koizumi Maria Sumie. Mortes e Internações por Causas Externas entre os Idosos no Brasil: O Desafio de Integrar a Saúde Coletiva e a Atenção Individual. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(1): 97-103.
130. Melo Enirtes Caetano Prates, Travassos Claudia, Carvalho Marilia Sá. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2004; 38(3):385-391.
131. Resendes Ana Paula da Costa. Internação Hospitalar e Mortalidade por Esquistossomose Mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
132. Teixeira Claudio Luiz dos Santos, Klein Carlos Henrique, Bloch Kátia Vergetti, Coeli Claudia Medina. Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2009 Aug 24] ; 22(6): 1315-1324. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600020&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600020.
133. Cavalini Luciana Tricai, Leon Antonio Carlos Monteiro Ponce de. Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas. Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2007; 41(1):85-93.
134. Campos Deise, Loschi Rosangela Helena, França Elisabeth. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. Minas Gerais. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(2): 223-238.
135. Sousa Maria Helena de, Cecatti José Guilherme, Hardy Ellen Elizabeth, Serruya Suzanne Jacob. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. São Paulo. Rev Saúde Pública 2007;41(2):181-189.
136. Maia-Elkhoury Ana Nilce Silveira, Carmo Eduardo Hage, Sousa-Gomes Marcia Leite, Mota Eduardo. Análise dos registros de leishmaniose visceral pelo método de captura-recaptura. Bahia. Rev Saúde Pública 2007; 41(6):931-937.
137. Drumond Eliane de Freitas, Machado Carla Jorge, França Elisabeth. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. Minas Gerais. Rev Saúde Pública 2008;42(1):55-63.
138. Bittencourt Sonia Azevedo, Camacho Luiz Antonio Bastos, Leal Maria do Carmo. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações

- Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2009 Aug 26] ; 24(6): 1344-1354. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600015&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000600015.
139. Monteiro Rosane Aparecida. Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados. [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, 2008.
140. Melione Luís Paulo Rodrigues, Mello Jorge Maria Helena Prado de. Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(3): 379-392.
141. Escosteguy Claudia Caminha, Portela Margareth Crisóstomo, Medronho Roberto de Andrade, Vasconcellos Mauricio Teixeira Leite de. AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 Aug [cited 2009 Aug 21] ; 21(4): 1065-1076. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400009&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400009.
142. Noronha Marina Ferreira de, Portela Margareth Crisóstomo, Lebrão Maria Lúcia. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. [cited 2009 Aug 18]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800019&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800019.
143. Tomimatsu Maria Fátima Akemi Iwakura, Andrade Selma Maffei de, Soares Darli Antonio, Mathias Thais Aidar de Freitas, Sapata Maria da Penha Marques, Soares Dorotéia Fátima Pelissari de Paula et al . Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2009 Sep 01] ; 43(3): 413-420. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300004&lng=en. Epub Apr 03, 2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000019.
144. Sousa Maria Helena de, Cecatti José Guilherme, Hardy Ellen Elizabeth, Amaral Eliana, Souza João Paulo Dias de, Serruya Suzanne. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 6 (2): 161-168, abr. / jun., 2006.

Anexos



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR


45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

| | | | |
|--|---|---|------------------|
|  SUS | Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2 - CNES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | |
| Identificação do Paciente | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO | |
| | | 15 - UF | |
| | | 16 - CEP | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | 19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | 23 - CID 10 PRINCIPAL | |
| | | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO | |
| | | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | 27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | | |
| <input type="checkbox"/> DIARIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI TIPO III | | | |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | |
| | | 37 - QTDE. | |
| | | 34 - QTDE. | |
| | | 31 - QTDE. | |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | |
| | | | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO | |
| 41 - DOCUMENTO | | 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| () CNS () CPF | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR | |
| 47 - DOCUMENTO | | 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| () CNS () CPF | | | |



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

| | | |
|---|------------------------------------|---------|
| 50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 51 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 52-QTDE |
| 53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 54 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 55-QTDE |
| 56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 57 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 58-QTDE |
| 59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 60 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 61-QTDE |
| 62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 63 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 64-QTDE |
| 65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 66 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 67-QTDE |
| 68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 69 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 70-QTDE |
| 71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 72 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 73-QTDE |
| 74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 75 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 76-QTDE |
| 77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 78 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 79-QTDE |
| 80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 81 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 82-QTDE |
| 83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 84 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 85-QTDE |
| 86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 87 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 88-QTDE |
| 89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 90 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 91-QTDE |
| 92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 93 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 94-QTDE |
| 95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 96 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 97-QTDE |

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Anexo III – Críticas do sistema realizadas no módulo de Produção

As principais críticas são:

- Número da AIH;
- Verificação do CPF com o CBO;
- Dados cadastrais;
- Equipe cirúrgica;
- Idade mínima e idade máxima permitida pelo procedimento realizado;
- Leitos hospitalares;
- Longa permanência para AIH do tipo 1;
- Longa permanência para AIH do tipo 5;
- Dados de Órtese e Prótese de Material;
- Valor da prévia (gerado no SISAIH01);
- Procedimentos Secundários;
- Diárias de UTI;
- Validação dos procedimentos que utilizam UTI;
- Quantidade limite de utilização de registros de OPM para o procedimento realizado;
- Procedimento com o CID-10;
- Habilitação do Hospital para realização do procedimento;
- Faixas de AIH para CNRAC;
- Informação de permanência maior;
- Validação do CNES do hospital e do terceiro que presta serviço;
- Validação do documento do Gestor;

Anexo IV

Layout do arquivo texto do SISAIH01 que alimenta o SIHD-SUS

| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
|-----|-----------------|-----|-----|-----|------------|--|
| 1 | NU_LOTE | 008 | 1 | 8 | | Número do Lote |
| 2 | QT_LOTE | 003 | 9 | 11 | | Quantidade de AIHs no Lote |
| 3 | APRES_LOTE | 006 | 12 | 17 | | Ano/Mes de Apresentação |
| 4 | SEQ_LOTE | 003 | 18 | 20 | | Seqüencial da AIH no Lote |
| 5 | ORG_EMITS_AIH | 010 | 21 | 30 | | Órgão Emissor da AIH |
| 6 | CNES_HOSP | 007 | 31 | 37 | | CNES do Hospital |
| 7 | MUN_HOSP | 006 | 38 | 43 | | Município do Hospital |
| 8 | NU_AIH | 013 | 44 | 56 | | Número da AIH |
| 9 | IDENT_AIH | 002 | 57 | 58 | | Identificação da AIH |
| 11 | Espaço | 045 | 61 | 105 | | Zeros |
| 12 | MOD-INTERN | 002 | 106 | 107 | | Modalidade da AIH |
| 13 | SEQ_AIH5 | 003 | 108 | 110 | | Seqüencial da AIH5 |
| 14 | AIH_PROX | 013 | 111 | 123 | | Número da AIH Próxima |
| 15 | AIH_ANT | 013 | 124 | 136 | | Número da AIH Anterior |
| 16 | DT_EMISSAO | 008 | 137 | 144 | | Data de emissão da AIH |
| 17 | DT_INTERN | 008 | 145 | 152 | | Data de Internação |
| 18 | DT_SAIDA | 008 | 153 | 160 | | Data de Saída |
| 19 | PROC_SOLICITADO | 010 | 161 | 170 | | Procedimento Solicitado |
| 20 | ST_MUDAPROC | 001 | 171 | 171 | | Mudança de Procedimento |
| 21 | PROC_REALIZADO | 010 | 172 | 181 | | Procedimento Realizado |
| 22 | CAR_INTERN | 002 | 182 | 183 | | Caráter de Atendimento |
| 24 | IDENT_MED_SOL | 001 | 186 | 186 | | Identificador do Documento do Médico Solicitante |
| 25 | DOC_MED_SOL | 015 | 187 | 201 | | Documento do Médico Solicitante CPF/CNS |
| 26 | IDENT_MED_RESP | 001 | 202 | 202 | | Identificador do Documento do Médico Responsável |

| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
|-----|------------------|-----|-----|-----|------------|--|
| 27 | DOC_MED_RESP | 015 | 203 | 217 | | Documento do Médico Responsável CPF/CNS |
| 28 | IDENT_DIRCLINICO | 001 | 218 | 218 | | Identificador do Documento do Diretor Clínico |
| 29 | DOC_DIRCLINICO | 015 | 219 | 233 | | Documento do Diretor Clínico CPF/CNS |
| 30 | IDENT_AUTORIZ | 001 | 234 | 234 | | Identificador do Documento do Médico Autorizador |
| 31 | DOC_AUTORIZ | 015 | 235 | 249 | | Documento Médico Autorizador CPF/CNS |
| 32 | DIAG_PRIN | 004 | 250 | 253 | | Diagnóstico Principal CID10 |
| 33 | DIAG_SEC | 004 | 254 | 257 | | Diagnóstico Secundário CID10 |
| 34 | DIAG_COMPL | 004 | 258 | 261 | | Diagnóstico Causas Complementares CID10 |
| 35 | DIAG_OBITO | 004 | 262 | 265 | | Diagnóstico causa da Morte CID10 |
| 36 | COD_SOL_LIB | 003 | 266 | 268 | | Código da Solicitação de Liberação |
| 37 | NM_PACIENTE | 070 | 269 | 338 | | Nome do Paciente |
| 38 | DT_NASC_PAC | 008 | 339 | 346 | | Data de Nascimento Paciente |
| 39 | SEXO_PAC | 001 | 347 | 347 | | Sexo do Paciente |
| 40 | RACA_COR | 002 | 348 | 349 | | Raça / Cor do Paciente |
| 41 | NM_MAE_PAC | 070 | 350 | 419 | | Nome da Mãe do Paciente |
| 42 | NM_RESP_PAC | 070 | 420 | 489 | | Nome do Responsável pelo Paciente |
| 43 | TP_DOC_PAC | 001 | 490 | 490 | | Tipo de Documento Paciente |
| 44 | NU_DOC_PAC | 011 | 491 | 501 | | Número do Documento do Paciente |
| 45 | NU_CNS | 015 | 502 | 516 | | Numero do Cartão Nac. de Saude |
| 46 | NAC_PAC | 003 | 517 | 519 | | Nacionalidade do Paciente |
| 47 | TP_LOGRADOURO | 003 | 520 | 522 | | Código do Tipo de Logradouro |

| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
|-----|-----------------|-----|------|------|------------|---|
| 48 | LOGR_PAC | 050 | 523 | 572 | | Logradouro Paciente |
| 49 | NU_END_PAC | 007 | 573 | 579 | | Numero Logradouro Paciente |
| 50 | COMPL_END_PAC | 015 | 580 | 594 | | Complemento Endereço Paciente |
| 51 | BAIRRO_PAC | 030 | 595 | 624 | | Bairro |
| 52 | COD_MUN_END_PAC | 006 | 625 | 630 | | Município Endereço Paciente Código IBGE sem DV |
| 53 | UF_PAC | 002 | 631 | 632 | | UF Endereço Paciente |
| 54 | CEP_PAC | 008 | 633 | 640 | | CEP Endereço Paciente |
| 55 | NU_PRONTUARIO | 015 | 641 | 655 | | Número do Prontuário |
| 56 | NU_ENFERMARIA | 004 | 656 | 659 | | Número da Enfermaria |
| 57 | NU_LEITO | 004 | 660 | 663 | | Número do Leito |
| 58 | | | | | 010 | Proc. Secundários/Especiais |
| 59 | IN_PROF | 001 | | | | Indicador Documento Profissional |
| 60 | IDENT_PROF | 015 | | | | Identificação do Profissional CPF/ CNS |
| 61 | CBO_PROF | 006 | | | | Código do CBO 2002 |
| 62 | IN_EQUIPE | 001 | | | | Indicador da Equipe |
| 63 | IN_SERVICO | 001 | | | | Indicador do Prestador do Serviço |
| 64 | IDENT_SERVICO | 014 | | | | Identificação do Prestador do Serviço CNPJ/CNES |
| 65 | IN_EXECUTOR | 001 | | | | Indicador do Documento do Executor |
| 66 | IDENT_EXECUTOR | 015 | | | | Documento que identifica o executor do Serviço (quem efetivamente recebe o credito) |
| 67 | COD_PROCED | 010 | | | | Código do Procedimento |
| 68 | QTD_PROCED | 003 | | | | Quantidade de Procedimentos |
| 69 | CMPT | 006 | | | | Competência (UTI/Acompanhante) |
| 70 | SAÍDA_UTINEO | 001 | 1394 | 1394 | | Saída de UTI Neonatal |
| 71 | PESO_UTINEO | 004 | 1399 | 1398 | | Peso ao Nascer EM |

| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
|-----|----------------|-----|------|------|------------|--|
| | | | | | | GRAMAS |
| 72 | MESGEST_UTINEO | 001 | 1399 | 1399 | | Número de Meses de Gestação |
| 73 | CNPJ_EMPREG | 014 | 1400 | 1413 | | CNPJ do empregador |
| 74 | CBOR | 006 | 1414 | 1419 | | Código do CBOR |
| 75 | CNAER | 003 | 1420 | 1422 | | Código do CNAER |
| 76 | TP_VINCPREV | 001 | 1423 | 1423 | | Tipo de Vinculo com a Previdência |
| 77 | QT_VIVOS | 001 | 1424 | 1424 | | Quantidade de Nascidos Vivos |
| 78 | QT_MORTOS | 001 | 1425 | 1425 | | Quantidade de Nascidos Mortos |
| 79 | QT_ALTA | 001 | 1426 | 1426 | | Quantidade de Saídas por Alta |
| 80 | QT_TRANSF | 001 | 1427 | 1427 | | Quantidade de Saídas por Transferência |
| 81 | QT_OBITO | 001 | 1428 | 1428 | | Quantidade de Saídas por Óbito |
| 82 | Espaço | 010 | 1429 | 1438 | | ZEROS |
| 83 | QT_FILHOS | 002 | 1439 | 1440 | | Número de Filhos |
| 84 | GRAU_INSTRU | 001 | 1441 | 1441 | | Grau de Instrução |
| 85 | CID_INDICAÇÃO | 004 | 1442 | 1445 | | CID de Notificação/Indicação |
| 86 | TP_CONTRACEP1 | 002 | 1446 | 1447 | | Tipo de Método Contraceptivo |
| 87 | TP_CONTRACEP2 | 002 | 1448 | 1449 | | Tipo de Método Contraceptivo Somente para Laqueadura |
| 88 | ST_GESTRISCO | 001 | 1450 | 1450 | | Gestação de Alto Risco |
| 89 | RESERVADO | 035 | 1451 | 1485 | | RESERVADO |
| 90 | NU_PRENATAL | 011 | 1486 | 1496 | | Número de Inscrição da Gestante no Pré-Natal (SISPRENATAL) |
| 91 | Espaço | 104 | 1497 | 1600 | | ZEROS |
| | | | | | | AIH – 04 Dados de Registro Civil |
| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
| 1 | NU_LOTE | 008 | 1 | 8 | | Número do Lote |
| 2 | QT_LOTE | 003 | 9 | 11 | | Quantidade de AIHs no Lote |

| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
|-----|---------------|-----|------|------|------------|--|
| 3 | APRES_LOTE | 006 | 12 | 17 | | Ano/Mes de Apresentação |
| 4 | SEQ_LOTE | 003 | 18 | 20 | | Seqüencial da AIH no Lote |
| 5 | ORG_EMITS_AIH | 010 | 21 | 30 | | Órgão Emissor da AIH |
| 6 | CNES_HOSP | 007 | 31 | 37 | | CNES do Hospital |
| 7 | MUN_HOSP | 006 | 38 | 43 | | Município do Hospital |
| 8 | NU_AIH | 013 | 44 | 56 | | Número da AIH |
| 9 | IDENT_AIH | 002 | 57 | 58 | | Identificação da AIH |
| 11 | Espaço | 045 | 61 | 105 | | Zeros |
| 12 | | | | | 008 | Registro Civil de Nascimento |
| 13 | NUMERO_DN | 011 | | | | Número da DN |
| 14 | NOME_RN | 070 | | | | Nome Recém Nato |
| 15 | RS_CART | 020 | | | | Razão Social Cartório |
| 16 | LIVRO_RN | 008 | | | | Livro |
| 17 | FOLHA_RN | 004 | | | | Folha |
| 18 | TERMO_RN | 008 | | | | Termo |
| 19 | DT_EMITS_RN | 008 | | | | Data da Emissão |
| 20 | LINHA | 003 | | | | Linha correspondente Procedimentos Especiais/Secundários |
| 21 | Espaço | 439 | 1162 | 1600 | | Zeros |
| | | | | | | AIH – 07 Dados de OPM |
| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
| 1 | NU_LOTE | 008 | 1 | 8 | | Número do Lote |
| 2 | QT_LOTE | 003 | 9 | 11 | | Quantidade de AIHs no Lote |
| 3 | APRES_LOTE | 006 | 12 | 17 | | Ano/Mes de Apresentação |
| 4 | SEQ_LOTE | 003 | 18 | 20 | | Seqüencial da AIH no Lote |
| 5 | ORG_EMITS_AIH | 010 | 21 | 30 | | Órgão Emissor da AIH |
| 6 | CNES_HOSP | 007 | 31 | 37 | | CNES do Hospital |
| 7 | MUN_HOSP | 006 | 38 | 43 | | Município do Hospital |
| 8 | NU_AIH | 013 | 44 | 56 | | Número da AIH |
| 9 | IDENT_AIH | 002 | 57 | 58 | | Identificação da AIH |
| 11 | Espaço | 045 | 61 | 105 | | Zeros |
| 12 | | | | | 010 | OPM |

| Seq | Nome | Tam | Ini | Fim | Ocorrência | Descrição |
|-----|-------------|-----|------|------|------------|--|
| 13 | COD_OPM | 010 | | | | Código do OPM |
| 14 | LINHA | 003 | | | | Linha correspondente Procedimentos Especiais/Secundários |
| 15 | REG_ANVISA | 020 | | | | Registro na ANVISA |
| 16 | SÉRIE | 020 | | | | Número de Série |
| 17 | LOTE | 020 | | | | Lote do Produto |
| 18 | NOTA_FISCAL | 020 | | | | Número da Nota Fiscal |
| 19 | CNPJ_FORN | 014 | | | | CNPJ do Fornecedor |
| 20 | CNPJ_FABRIC | 014 | | | | CNPJ do Fabricante |
| 21 | Espaço | 285 | 1316 | 1600 | | Zeros |

Anexo V

Layout do arquivo reduzido – RD

| Campo | Nome | Tam | Descrição |
|-------|------------|-----|--|
| 01 | UF_ZI | 002 | Código da unidade da federação com cuja superintendência regional o hospital mantém vinculação formal, conforme a Tabela de Unidades da Federação. |
| 02 | ANO_CMPT | 004 | Ano de competência da AIH, no formato aaaa |
| 03 | MÊS_CMPT | 002 | Mês de competência da AIH, no formato mm |
| 04 | ESPÊC | 002 | Especialidade da AIH, conforme a Tabela de especialidades |
| 05 | CGC_HOSP | 014 | CGC do hospital |
| 06 | N_AIH | 010 | Número da AIH |
| 07 | IDENT | 001 | Identificação da AIH, conforme a Tabela de tipos de AIH |
| 08 | CEP | 008 | CEP do paciente |
| 09 | MUNIC_RES | 006 | Código do município de residência do paciente; veja a Descrição da tabela de Municípios |
| 10 | NASC | 008 | Data de nascimento do paciente, no formato aaaammdd |
| 11 | SEXO | 001 | Sexo do paciente: 0: Ignorado 1: Masculino 3: Feminino |
| 12 | UTI_MES_IN | 002 | Dias de UTI no mês em que se iniciou a internação em UTI |
| 13 | UTI_MES_AN | 002 | Dias na UTI no mês anterior ao da alta |
| 14 | UTI_MES_AL | 002 | Dias na UTI no mês da alta |
| 15 | UTI_MES_TO | 002 | Total de dias de UTI durante a internação |
| 16 | MARCA_UTI | 002 | Indica qual o tipo de UTI utilizado pelo paciente desta AIH, conforme Tabela de Tipos de UTI utilizada |
| 17 | UTI_INT_IN | 002 | Dias de UTI no mês em que se iniciou a internação em UTI intermediária |
| 18 | UTI_INT_AN | 002 | Dias na UTI intermediária no mês anterior ao da alta |
| 19 | UTI_INT_AL | 002 | Dias na UTI intermediária no mês da alta |
| 20 | DIAR_ACOM | 002 | Número de diárias de acompanhante |
| 21 | PROC_SOLIC | 010 | Procedimento Solicitado; veja a Descrição da Tabela de Procedimentos |
| 22 | PROC_REA | 010 | Procedimento realizado; veja a Descrição da Tabela de Procedimentos |
| 23 | VAL_SH | 8,2 | Valor de serviços hospitalares |
| 24 | VAL_SP | 8,2 | Valor de serviços profissionais |
| 25 | VAL_SADT | 8,2 | Valor de SADT (serviços auxiliares de diagnose e terapia) |

| Campo | Nome | Tam | Descrição |
|-------|------------|-----|--|
| 26 | VAL_RN | 8,2 | Valor de recém-nato (a partir de dezembro de 1994) |
| 27 | VAL_ACOMP | 8,2 | Valor de diárias de acompanhante |
| 28 | VAL_ORTP | 8,2 | Valor de órtese e prótese |
| 29 | VAL_SANGUE | 8,2 | Valor de sangue; nos arquivos de 1992, este valor está somado em VAL_SADT |
| 30 | VAL_SADTSR | 8,2 | Valor de Valor referente a tomografias e ressonância nuclear magnética pagas diretamente a terceiros, sem rateio Observação: este valor está somado em VAL_TOT, mas não em VAL_SADT |
| 31 | VAL_TRANSP | 8,2 | Valor referente a transplantes (retirada de órgãos), incluindo: taxa de sala cirúrgica (SH) retirada de órgão (SP) exames no cadáver (SADT) avaliação auditiva (SADT) exames dos transplantados (SADT) Observação: este valor está somado em VAL_TOT, mas não em VAL_SH, VAL_SP e VAL_SADT |
| 32 | VAL_OBSANG | 8,2 | Valor de analgesia obstétrica |
| 33 | VAL_PEDIAC | 8,2 | Valor de pediatria – primeira consulta |
| 34 | VAL_TOT | 9,2 | Valor total da AIH: VAL_SH + VAL_SP + VAL_SADT + VAL_RN + VAL_ORTP + VAL_SANGUE + VAL_SADTSR + VAL_TRANSP + VAL_OBSANG + VAL_PEDIAC |
| 35 | VAL_UTI | 8,2 | Valor referente aos gastos em UTI |
| 36 | US_TOT | 8,2 | Valor total da AIH (VAL_TOT), convertido para dólares. |
| 37 | DT_INTER | 008 | Data de internação (zerado nos arquivos de 1992) no formato aaammdd |
| 38 | DT_SAIDA | 008 | Data de saída, no formato aaaammdd |
| 39 | DIAG_PRINC | 004 | Diagnóstico principal, segundo a CID-10; veja a Descrição da Tabela da Classificação Internacional de Doenças |
| 40 | DIAG_SECUN | 004 | Diagnóstico principal, segundo a CID-10; veja a Descrição da Tabela da Classificação Internacional de Doenças |
| 41 | COBRANCA | 002 | Motivo da cobrança, conforme a Tabela de motivos de cobrança |
| 42 | NATUREZA | 002 | Natureza da relação do hospital com o SUS, conforme a Tabela de naturezas |
| 43 | GESTAO | 001 | Indica o tipo de gestão do hospital: 0: Gestão estadual 1: Gestão plena municipal 2: Gestão plena estadual |

| Campo | Nome | Tam | Descrição |
|-------|------------|------|---|
| 44 | RUBRICA | 004 | Número da Rubrica |
| 45 | IND_VDRL | 001 | |
| 46 | MUNIC_MOV | 006 | Código do município onde se localiza o hospital; veja a Descrição da Tabela de Municípios |
| 47 | COD_IDADE | 001 | Unidade de medida da idade: 0: ignorada 2: dias 3: meses 4: anos |
| 48 | IDADE | 02,0 | Idade, na unidade do campo COD_IDADE; veja o Cálculo da idade do paciente |
| 49 | DIAS_PERM | 05,0 | Dias de Permanência; veja o Cálculo dos dias de permanência |
| 50 | MORTE | 01,0 | Indica se o paciente teve saída com morte: 0: Não 1: Sim |
| 51 | NACIONAL | 002 | Nacionalidade do paciente, conforme a Tabela de Nacionalidades |
| 52 | NUM_PROC | 004 | Número do processamento |
| 53 | CAR_INT | 002 | Caráter da internação, conforme a Tabela de caráter de internação |
| 54 | TOT_PT_SP | 006 | Número de pontos de Serviços Profissionais nesta AIH |
| 55 | HOMONIMO | 001 | Indicador se o paciente da AIH é homônimo do paciente de outra AIH: em branco: não é homônimo 1: é homônimo |
| 56 | NUM_FILHOS | 002 | Número de filhos |
| 57 | INSTRU | 001 | Grau de instrução, conforme a Tabela de Grau de Instrução |
| 58 | CID_NOTIF | 004 | CID de indicação para realização de laqueadura, conforme a Tabela da Classificação Internacional de Doenças. Não utilizado em caso de vasectomia. |
| 59 | CONTRACEP1 | 001 | Tipo de contraceptivo utilizado, conforme a Tabela de Contraceptivos |
| 60 | CONTRACEP2 | 002 | Segundo tipo de contraceptivo utilizado, conforme a Tabela de Contraceptivos |
| 61 | GESTRISCO | 002 | Indicador se é gestante de risco: 0: não é gestante de risco 1: é gestante de risco |
| 62 | INSC_PN | 010 | Inscrição Pré-natal |
| 63 | SEQ_AIH5 | 003 | Seqüencial de longa permanência (AIH de tipo 5) |
| 64 | CBOR | 003 | Ocupação do paciente, segundo a Tabela da Classificação Brasileira de Ocupações Resumida - CBO-R, nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho |
| 65 | CNAER | 003 | Atividade econômica, segundo a Tabela da Classificação Nacional de Atividades Econômicas |

| | | | Resumida - CNAE-R, referente ao empregador nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho |
|-------|------------|-----|--|
| Campo | Nome | Tam | Descrição |
| 66 | VINCPREV | 001 | Vínculo com a Previdência em relação à atividade formal, conforme a Tabela de Vínculos Previdenciários nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho |
| 67 | GESTOR_COD | 002 | Motivo de autorização da AIH pelo gestor, segundo os códigos:00: não se aplica01: AIH autorizada - tempo de permanência menor que o permitido para o procedimento02: AIH autorizada - idade abaixo da permitida para o procedimento03: AIH autorizada - idade acima da permitida para o procedimento99: AIH autorizada - motivo não disponível |
| 68 | GESTOR_TP | 001 | |
| 69 | GESTOR_CPF | 011 | CPF do Gestor |
| 70 | GESTOR_DT | 008 | Data de autorização dada pelo Gestor |
| 71 | CNES | 007 | Código do CNES do estabelecimento |
| 72 | CNPJ_MANT | 014 | CNPJ da Mantenedora |
| 73 | INFEHOSP | 001 | Status de Infecção Hospitalar 0- não 1-sim |
| 74 | CID_ASSO | 004 | CID Associado |
| 75 | CID_MORTE | 004 | CID Causa Morte |
| 76 | NOME | 070 | Nome do Paciente |

Anexo VI

Layout do arquivo texto para o Financeiro – SGIF

| Campo | Tamanho | Observação |
|----------------------------|---------|--|
| Competência | 006 | |
| Município do Hospital | 006 | |
| Versão do Sistema | 004 | |
| Identificação do Documento | 001 | 1- CPF; 2- CNS; 3- CNPJ; 5- CNES; |
| Documento | 015 | |
| Complexidade | 002 | |
| Financiamento | 002 | |
| Sub tipo de Financiamento | 002 | |
| Valor | 16,2 | |
| Código de Segurança | 015 | |

Anexo VII

Artigos publicados a partir de 2004 (em ordem de apresentação no texto).

Quadro 2 – Trabalhos que foram publicados a partir de 2004 (em ordem de apresentação no texto)

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|--|--|-----------------------|--|-------------------------|
| Diabetes Mellitus na População Idosa em Município da Região Sul do Brasil: Um Estudo da Mortalidade e Morbidade Hospitalar. | Tania A Freitas Mathias e Maria Helena Prado de Mello Jorge | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares e Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 74 |
| Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil | Samuel Kilsztajn, Erika de Souza Lopes, Luciana Zilles Lima, Patrícia Avanzini Ferreira da Rocha e Manuela Santos Nunes do Carmo | 2008 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 75 |
| Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1984-2003 | Hermano Albuquerque de Castro, Carolina Gimenes da Silva e Genésio Vicentin | 2005 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares e Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 76 |
| Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde | Evangelina X. G. de Oliveira, Cláudia Travassos e Marília Sá Carvalho | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 77 |
| A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso. [Tese de Doutorado] | Mônica Silva Monteiro de Castro | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 78 |
| Casos de cisticercose em pacientes | Mônica Cardoso Façanha | 2006 | Avaliação e Organização dos | 79 |

| | | | | |
|---|--|-----------------------|---|-------------------------|
| internados pelo Sistema Único de Saúde: distribuição no Estado do Ceará | | | Serviços Hospitalares | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar | Evangelina X. G. de Oliveira, Marília Sá Carvalho e Cláudia Travassos | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 80 |
| Desigualdade no tratamento à fratura proximal de fêmur no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro | Rejane Sobrino Pinheiro, Cláudia Travassos e Dani Gamerman | 2006 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 81 |
| Ensaio sobre atenção pública à saúde em Minas Gerais. [Dissertação de Mestrado] | Alessandra Coelho de Oliveira | 2007 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 82 |
| Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde | Sergio Viana Peixoto, Luana Gatti, Maria Emília Alfradique e Maria Fernanda Lima-Costa | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 83 |
| Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000 | Maria Helena Prado de Mello Jorge e Maria Sumie Koizumi | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 84 |
| Custos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de traumatismos no Estado de Pernambuco em 1999 | Roberto Natanael da Silva Mendonça e João Guilherme Bezerra Alves | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 85 |
| Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil | Luís Paulo Rodrigues Melione, Maria Helena Prado de Mello-Jorge | 2008 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 86 |
| Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no | Cláudia Koeppel Berenstein e | 2008 | Avaliação e Organização dos Serviços | 87 |

| | | | | |
|---|--|-----------------------|---|-------------------------|
| Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras | Simone Wajnman | | Hospitalares | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| Perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico | Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Fábio José Delgado Lessa, Mirella Bezerra Rodrigues, Silvio da Silva Caldas Neto | 2005 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 88 |
| Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002 | Maria da Penha M. Sapata, Darli Antônio Soares e Regina Kazue Tanno de Souza | 2006 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 89 |
| Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil | André Cesconetto, Jair dos Santos Lapa, Maria Cristina Marino Calvo | 2008 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 90 |
| O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS | Kátia Rejane de Medeiros, Heleny de Oliveira Pena Machado, Paulette Cavalcante de Albuquerque e Garibaldi Dantas Gurgel Junior | 2005 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 21 |
| Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem | Edilaine Cristina da Silva e Moacyr Lobo da Costa Junior | 2006 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 91 |

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|---|---|-----------------------|---|-------------------------|
| Sistemas de informação e suas interferências na gestão do Hospital de 2008 Clínicas da Universidade Federal do Paraná e na saúde pública de Curitiba. [Dissertação de Mestrado] | Giselli Aparecida Felisbino | 2008 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 92 |
| Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso | Henrique L Guerra, Luana Giatti e Maria Fernanda Lima-Costa | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 51 |
| Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde. [Dissertação de Mestrado] | Doriane Patrícia Ferraz de Souza | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 93 |
| Uma Revisão do Papel dos Hospitais de Pequeno Porte no Sistema Único de Saúde (SUS). [Dissertação de Mestrado] | Elaine Machado López | 2004 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 94 |
| Produção de Internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003. [Tese de Doutorado] | Lucieli Dias Predeschi Chaves | 2005 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 50 |
| A gestão plena do sistema municipal: uma avaliação em Apucarana- PR. 2005. [Dissertação de Mestrado] | Leonardo Di Colli | 2006 | Avaliação e Organização dos Serviços Hospitalares | 95 |

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|---|--|-----------------------|---|-------------------------|
| Características epidemiológicas, internações e óbitos de portadores de diabetes de Cuiabá/MT atendidos na rede pública de saúde: uma análise a partir dos Sistemas HiperDia, SIH-SUS e SIM. [Dissertação de Mestrado] | Celma Lúcia Rocha Alves Ferreira | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar e Qualidade das Informações do SIH-SUS | 96 |
| Internações por <i>Diabetes Mellitus</i> como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001 | Roger dos Santos Rosa, Maria Inês Schmidt, Bruce Bartholow Duncan, Maria de Fátima Marinho de Souza, André Klafke de Lima e Lenildo de Moura | 2007 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 97 |
| Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo | Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, Maria Rita Donalisio e Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre | 2004 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 98 |
| Morbidade Hospitalar por causas relacionadas à influenza em idoso. [Dissertação Mestrado] | Luciane Zappelini Daufenbach | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 99 |
| Vacinação contra a influenza e a redução na hospitalização e óbitos por doença respiratória em | Ana Lucia Mendes Ferrer | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 100 |

| | | | | |
|--|--|-----------------------|---|-------------------------|
| idosos. [Dissertação Mestrado] | | | | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil | Monique Morgado Loureiro e Suely Rozenfeld | 2005 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar e Qualidade das Informações do SIH-SUS | 101 |
| Tétano no Climatério | Maurício Paulo Agnelo Mieli e José Mendes Aldrighi | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 102 |
| Leishmaniose Visceral: uma endemia em Expansão no Brasil e emergente no estado do Tocantins. [Dissertação Mestrado] | Myrlena Regina Machado Mescouto Borges | 2004 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 103 |
| Mutirão de Catarata: uma Estratégia nacional de atenção à Saúde. [Dissertação Mestrado] | Claudia Cabral de Aguiar Silveira | 2004 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 104 |
| Subsídios para a Implantação de um Sistema de Vigilância de Causas Externas no Município de Cuiabá/MT. [Tese de Doutorado] | Ligia Regina Oliveira | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 105 |
| Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP. [Dissertação Mestrado] | Luis Paulo Melione | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 106 |
| Trauma de coluna no Brasil: análise das internações hospitalares. [Dissertação de | Vanessa Luiza Tuono | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 107 |

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|--|--|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde | Edinilsa Ramos de Souza | 2005 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 108 |
| Estudo dos fatores preditores da mortalidade após fratura proximal de fêmur em idosos, da aplicação de diferentes índices para ajuste de risco e o uso do ICC para a AIH. [Dissertação Mestrado] | Rômulo Cristovão Souza | 2005 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 109 |
| Tendências das internações e da mortalidade por diarreia em crianças menores de um ano: Brasil e suas capitais, 1995 a 2005. [Dissertação Mestrado] | Thais Claudia Roma de Oliveira | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 110 |
| Asma em municípios do Paraná: Análise de internações hospitalares e avaliação de um programa de atenção à saúde. Londrina, Paraná. [Dissertação Mestrado] | Tatiane Almeida Carmo | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 111 |
| Impacto das doenças infecciosas nas internações em hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte - MG, Brasil. [Dissertação Mestrado] | Adriana de Azevedo Mafra | 2007 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 112 |
| Albumina Humana Prescrita para casos de Desnutrição em Hospitais do Rio de | Guacira Corrêa de Matos, Suely Rozenfeld e | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 113 |

| | | | | |
|---|--|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Janeiro | Mônica Martins | | | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil | Suely Rozenfeld | 2007 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 114 |
| Morbidade Por Doenças Respiratórias em Pacientes Hospitalizados em São Paulo/SP | Marcos Tadashi Kakitani Toyoshima, Gláucia Munemasa Ito e Nelson Gouveia | 2005 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 115 |
| Letalidade por Doenças Isquêmicas do Coração no Estado do Rio de Janeiro no Período de 1999 a 2003 | Gláucia Maria Moraes de Oliveira, Carlos Henrique Klein, Nelson Albuquerque de Souza e Silva, Paulo Henrique Godoy e Tânia Maria Peixoto Fonseca | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 116 |
| Aplicação da mortalidade hospitalar após a realização de cirurgia de revascularização do miocárdio para monitoramento do cuidado hospitalar | José Carvalho de Noronha, Mônica Martins, Claudia Travassos, Mônica R. Campos, Paula Maia e Rogério Panezzuti | 2004 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 117 |
| Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação | Flávia Azevedo Gomes, Marli Vilela Mamede, Moacyr Lobo da Costa Júnior e Ana Márcia Spanó Nakano | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 118 |

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|--|--|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Mortalidade Hospitalar: Modelos Preditivos de Risco Usando os dados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS. [Tese de Doutorado] | Andréa Silveira Gomes | 2009 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 119 |
| Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados | Ana Claudia Santos Amaral, Cláudia Medina Coeli, Maria do Carmo Esteves da Costa, Vânia da Silva Cardoso, Ana Lúcia Araújo de Toledo e Carla Rodrigues Fernandes | 2004 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 120 |
| Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar | Juliana Siqueira Santos, Maria Dilma de Alencar Barros | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 121 |
| Internações por acidentes e violências Financiadas pelo setor público em Londrina, Paraná: análise dos registros, gastos e causas. [Dissertação de Mestrado] | Maria Fátima Akemi Iwakura Tomimatsu | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 122 |
| Acidente de transporte terrestre em Bauru-SP: características da morbidade em 2004. [Dissertação Mestrado] | Maria Amélia Costa Dias | 2007 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 123 |

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|--|---|-----------------------|---|-------------------------|
| Morbidade e mortalidade por acidentes e violências na Grande Cuiabá - MT [Dissertação de Mestrado] | Beatriz Alves de Castro Soares | 2008 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 124 |
| Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências – a experiência do estado do Amapá. [Dissertação Mestrado] | Claudia Araújo Santos | 2004 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar | 125 |
| A forma grave de Dengue no município do Rio de Janeiro: análise dos dados registrados nos sistemas de informações do SUS entre 2001 a 2003. [Dissertação de Mestrado] | Jônia Franco de Oliveira | 2006 | Mortalidade e Morbidade Hospitalar e Qualidade das Informações do SIH-SUS | 126 |
| Avaliação da notificação dos óbitos infantis em quatorze municípios do Ceará, com relatos de um ou nenhum óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2005. [Dissertação de Mestrado] | Benedita Rodrigues Soares | 2008 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 127 |
| Padrão temporal das internações e óbitos por diarreia em crianças, 1995 a 1998, Rio de Janeiro | Pauline Lorena Kale, Cristiano Fernandes e Flávio Fonseca Nobre | 2004 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 128 |
| Mortes e Internações por Causas Externas entre os Idosos no | Vilma Pinheiro Gawryszewski, Maria Helena | 2004 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 129 |

| | | | | |
|---|--|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| Brasil: O Desafio de Integrar a Saúde Coletiva e a Atenção Individual | Prado de Mello Jorge e Maria Sumie Koizumi | | | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro | Enirtes Caetano Prates Melo, Claudia Travassos e Marília Sá Carvalho | 2004 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 130 |
| Internação Hospitalar e Mortalidade por Esquistossomose Mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil. [Dissertação de Mestrado] | Ana Paula da Costa Resendes | 2004 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 131 |
| Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internaçaõ Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil | Claudio Luiz dos Santos Teixeira, Carlos Henrique Klein, Kátia Vergetti Bloch e Claudia Medina Coeli | 2006 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 132 |
| Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas | Luciana Tricai Cavalini e Antonio Carlos Monteiro Ponce de Leon | 2007 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 133 |
| Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação | Deise Campos, Rosangela Helena Loschi e Elisabeth França | 2007 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 134 |
| Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de | Maria Helena de Sousa, José Guilherme Cecatti, Ellen | 2007 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 135 |

| | | | | |
|---|---|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| informações em saúde | Elizabeth Hardy e Suzanne Jacob Serruya | | | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| Análise dos registros de leishmaniose visceral pelo método de captura-recaptura | Ana Nilce Silveira Maia-Elkhoury, Eduardo Hage Carmo, Marcia Leite Sousa-Gomes e Eduardo Mota | 2007 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 136 |
| Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar | Eliane de Freitas Drumond, Carla Jorge Machado, Elisabeth França | 2008 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 137 |
| A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001 | Sonia Azevedo Bittencourt, Luiz Antonio Bastos Camacho, Maria do Carmo Leal | 2008 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 138 |
| Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados. [Dissertação Mestrado] | Rosane Aparecida Monteiro | 2008 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 139 |
| Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos. | Luís Paulo Rodrigues Melione e Maria Helena Prado de Mello Jorge | 2008 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 140 |

| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
|---|--|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil | Claudia Caminha Escosteguy, Margareth Crisóstomo Portela, Roberto de Andrade Medronho e Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos | 2005 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 141 |
| Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D) | Gustavo Lobato, Michael Eduardo Reichenheim e Claudia Medina Coeli | 2008 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 8 |
| Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares | Marina Ferreira de Noronha, Margareth Crisóstomo Portela e Maria Lúcia Lebrão | 2004 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 142 |
| Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares | Maria Fátima Akemi Iwakura Tomimatsu, Selma Maffei de Andrade, Darli Antonio Soares, Thais Aidar de Freitas Mathias, Maria da Penha Marques Sapata, Dorotéia Fátima Pelissari de | 2009 | Qualidade das Informações do SIH-SUS | 143 |

| | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-------------------------|
| | Paula Soares et al | | | |
| Título | Autor | Ano publicação | Área temática | Nº da Referência |
| A Influência das Políticas de Saúde nos Indicadores gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS. [Dissertação de Mestrado] | Jacques Levin | 2005 | Limites e Recomendações de Melhoria para o SIH-SUS | 36 |
| Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna | Maria Helena de Sousa, José Guilherme Cecatti, Ellen Elizabeth Hardy, Eliana Amaral, João Paulo Dias de Souza, Suzanne Serruya | 2006 | Limites e Recomendações de Melhoria para o SIH-SUS | 144 |

Anexo VII - continuação

Resumo da literatura consultada

O artigo **Diabetes Mellitus na População Idosa em Município da Região Sul do Brasil: Um Estudo da Mortalidade e Morbidade Hospitalar**⁷⁴ analisou as internações, cujos dados foram obtidos do CD-ROM disponibilizado pelo DATASUS, com base no diagnóstico principal (Diabete Mellitus) para observar a saúde da população no referido município. Porém as autoras deixaram claro que as informações podiam estar subestimadas. Houve diminuição da utilização de leitos hospitalares, cuja causa da internação seja a Diabete Mellitus. Isto pode significar um avanço, pois representa um sinal de que programas de atendimento primário podem estar sendo eficazes na luta contra esta doença. Mas as autoras alertam para que os dados de internações sejam melhores estudados/apropriados, pois eles podem auxiliar na política de saúde local.

Este estudo **Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil**⁷⁵ usou os dados do SIH-SUS para quantificar os leitos ocupados pela psiquiatria e levantar os valores pagos pelo SUS para trazer para reflexão o programa Reforma Psiquiátrica, isto é, de posse dos valores médios gastos pelo SUS na manutenção de pacientes deste agravo, comparar este custo com o proposto pela reforma. Para o levantamento das informações, foram utilizados os CD-ROM do AIH.

No artigo **Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil**⁷⁶ foi feita uma análise das internações ocorridas por este agravo em dois períodos (1984-1997 e 1998-2003) e verificou-se que a forma de coleta dos dados da AIH junto com a utilização de critérios diagnósticos usados pode explicar a diferença encontrada nas taxas de internação. Levaram-se em consideração, no estudo das taxas, os diferentes modos de acesso aos serviços de saúde e os processos de trabalho locais. Outra função do estudo foi mostrar a como os dados podem provocar a tomada de decisão e formulação de políticas que ajam no controle das ações e prevenção da pneumoconioses nos ambientes de trabalho. Os autores destacaram que a partir deste estudo pode se formar um panorama epidemiológico deste agravo. Os dados da AIH foram oriundos do CD-ROM oferecido pelo DATASUS.

O artigo **Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde**⁷⁷ pesquisou o número de internações

hospitalares, no âmbito SUS, com as maiores frequências (procedimento) nos municípios brasileiros. Determinados fatores ambientais foram padronizados para que grupos fossem formados com os mesmos pré-requisitos. As autoras destacam que a procura por serviços aumenta conforme a relação números de estabelecimentos/leitos e diminui por causa da distância no acesso da população a assistência à saúde. Para a pesquisa foram utilizados dados da AIH disponibilizados pelo DATASUS, na forma de CD-ROM.

A tese **A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, Reinternações e efeito da oferta de serviços Sobre o uso**⁷⁸ procurou descrever: os fatores determinantes que levaram à internação após a implantação do SUS; as características dos pacientes que se reinternaram e a forma de como eram utilizados os atendimentos hospitalares para dimensionar a oferta de serviços de saúde. Para o levantamento destas informações, principalmente na parte que estudou as reinternações, foram utilizados os dados do SIH-SUS.

O artigo **Casos de cisticercose em pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde: distribuição no Estado do Ceará**⁷⁹ utilizou os dados do SIH-SUS, captados através do TabWin, para explicar a movimentação de pacientes que são internados por conta deste agravo pelos municípios do estado do Ceará, isto acontece porque em muitos pacientes a doença é identificada e ele então é encaminhado para um centro de referência, fazendo com que a notificação do caso não represente o local de ocorrência do fato. Chegar a um número próximo do exato deste agravo não é possível, porque segundo a autora a não totalidade da cobertura do SUS é um fator e o erro na codificação da doença no instante da entrada de dados pode representar perdas no número de ocorrências.

O estudo **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar**⁸⁰, através dos dados disponibilizados do SIH-SUS, trata de uma amostragem das redes do SUS existentes, os seus níveis e a forma como elas são utilizadas no atendimento médico durante a internação e os procedimentos de alta complexidade. Uma conclusão chegada pelos autores deste estudo foi a de que o acesso aos serviços mais complexos é marcado pela desigualdade regional. Os dados do SIH-SUS que são disponibilizados pelo DATASUS foram a fonte de origem para este estudo.

O estudo **Desigualdade no tratamento à fratura proximal de fêmur no Rio de Janeiro**⁸¹ neste trabalho foi demonstrado a utilização da rede hospitalar no

tratamento deste agravo, traçando um perfil dos pacientes assistidos e o do tipo de atendimento feito pelos hospitais. As autoras destacam que apesar deste sistema conter subregistro de notificação e limites de confiabilidade nas informações, o uso das suas informações habilita para o auxílio no planejamento de ações para o setor saúde. Outro destaque dado é o da abrangência deste sistema, do tempo reduzido do fluxo das informações, o amplo, o fácil e o baixo custo na obtenção desses dados. A falta de indicadores comuns com outros sistemas de informação em saúde faz com que a comparação entre eles seja mais difícil, pois somente com a agregação de dados esta tarefa pode ser realizada. Com relação aos dados, foi verificada que a ausência de padrão na codificação do endereço dificulta a localização dos pacientes. Os dados estudados foram obtidos através do CD-ROM disponibilizados pelo DATASUS.

A dissertação **Ensaio sobre atenção pública à saúde em Minas Gerais**⁸² é constituída de dois artigos, no primeiro o estudo se concentra na atenção primária à saúde e sobre o resultado deste tipo de atendimento nas internações hospitalares. No segundo artigo usou dados do SIH-SUS para analisar o deslocamento feito por pacientes, que necessitam de atendimento de alta ou média complexidade, para os municípios pólos. Foi constatado que a população mais pobre é a que sofre mais para ter este tipo de atendimento, pois normalmente se encontram mais distantes.

O artigo **Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde**⁸³ estuda o número de internações entre idosos e os custos relativos, comparando com as ocorrências dos adultos mais jovens, para isto analisou as informações de sexo, faixa etária, região de residência e diagnóstico. O resultado deste estudo possibilitou verificar as distribuições dos recursos pagos pelo SUS, conforme o diagnóstico que justificou a hospitalização.

Na pesquisa realizada pelo artigo **Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000**⁸⁴ com os dados do SIH-SUS consegue-se identificar os tipos de internações e seus custos com base nos procedimentos e diagnósticos. Os gastos variam de acordo com os seguintes critérios: causa da internação externa ou natural; tempo de permanência; tipo de saída e gasto médio (relação entre gasto médio e custo dia). Os dados utilizados na pesquisa foram tirados do CD-ROM das AIH.

No artigo **Custos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de traumatismos no Estado de Pernambuco em 1999**⁸⁵ os dados da AIH foram usados para computar os valores médios dos custos das internações com crianças e adolescentes

vítimas de traumatismos identificando os maiores eventos. Os autores chegaram a conclusão de que os gastos do SUS com este tipo de internação aumentou. A base de dados utilizada nesta pesquisa foi obtida no CD-ROM disponibilizado pelo DATASUS.

No artigo **Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos**⁸⁶ os autores destacaram que as internações hospitalares não refletem todo o universo de morbidade por causas externas, haja vista que muitos atendimentos são feitos na emergência e depois liberados, onde somente ficam internados os que são considerados casos graves, e isto é uma limitação da fonte de informação para o estudo, além de somente estarem registradas internações feitas pelo SUS, excluindo deste universo as feitas no âmbito particular. Outro ponto que vale salientar é o de que os valores disponibilizados pelo SIH-SUS correspondem a uma parte dos gastos com a internação, pois os valores que compõem a tabela de procedimentos estão defasados, cabendo aos hospitais completar com recursos próprios para atingir a totalidade dos custos. Com a obrigatoriedade no momento da digitação da AIH, dos campos diagnóstico principal (referente a natureza da lesão) e secundário (causa externa), o SIH-SUS possibilitou que a sua base de dados disponibilizasse um consistente material para o estudo da morbidade hospitalar, com o objetivo epidemiológico, e não apenas administrativo. Os autores destacaram que para este estudo, os campos de diagnóstico principal e secundário e valores foram o suficiente para chegar a conclusão especificada neste estudo, mas que o campo procedimento realizado esclareceria mais detalhes a cerca do motivo da pesquisa. Os dados de AIH foram obtidos pelo programa SISAIH01 no hospital local.

No artigo **Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras**⁸⁷ os autores realizaram um estudo de comparação das internações hospitalares entre duas cidades do Brasil, Curitiba e Belém. A escolha destas duas localidades se deu por se tratarem de áreas bem distintas no tocante ao desenvolvimento humano. Verificou-se que os gastos médios em Curitiba são maiores com a população idosa, fato que não aconteceu em Belém, onde os gastos aumentam conforme a idade decresce. Um acontecimento que pode explicar o alto custo em internação com idosos que é o uso de procedimentos invasivos, apesar de que outros estudos avaliaram que conforme a idade aumenta, diminui a utilização deste tipo de procedimentos dando lugar aos mais simples. Este trabalho alerta para o aumento da população idosa, o que representará um acréscimo no gasto com internações, cabendo

ao Ministério da Saúde adotar medidas que possa melhorar a saúde deste segmento da população. Os dados utilizados nesta pesquisa foram os disponibilizados pelo DATASUS na forma de CD-ROM.

O artigo **Perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico**⁸⁸ salienta a baixa notificação de cirurgias da área de otorrinolaringologia (ORL), devido ao valor baixo pago neste procedimento em relação a outros, fazendo com que o hospital dê preferência aos de maior valor. Na época do estudo outro fator evidenciado foi a falta de procedimentos nesta área, fazendo com que exista baixa notificação. A maioria dos procedimentos de ORL é executada nas regiões sul e sudeste, por falta de profissionais qualificados para tais eventos em outras áreas. Este fato fere um dos princípios do SUS que é a Universalidade, pois como existe uma concentração maior de profissionais na região sudeste, fazendo com que os usuários, que precisariam passar por este procedimento, tenham que se deslocar ou deixar de fazer. Os dados analisados foram obtidos através do uso do software TabWin.

O estudo **Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002**⁸⁹ destaca que mesmo sendo um sistema de informações disponíveis em saúde com vista ao faturamento das contas hospitalares, o SIH-SUS tem uma cobertura e confiabilidade bastante superior aos outros. Por conta das informações que disponibiliza, o SIH-SUS tornou-se um importante instrumento de avaliação das pesquisas epidemiológicas no que tange aos agravos ocorridos na população e na gestão do serviço de saúde. É destacado o baixo valor de remuneração dos procedimentos, onde aquele mais simples normalmente é feito em unidades particulares que não participam do SUS, resultando daí uma baixa taxa de internação. Já os procedimentos de alta complexidade usualmente são executados pela rede do SUS, devido aos valores ressarcidos por estes. O estudo chegou a conclusão que os leitos disponíveis nesta região não atendiam a demanda. Foram utilizados dados do sistema na forma de CD-ROM e estes foram manipulados pela ferramenta TabWin.

O presente estudo **Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina**⁹⁰ avaliou a eficiência dos hospitais conveniados ao SUS em relação aos seus recursos. O estudo procurou comparar cada hospital com o que tivesse a melhor avaliação. Para esta apreciação, dados do hospital foram buscados no SCNES e os de valor foram captados no CD-ROM das AIH. Foi constatado que, dentre o universo analisado, a maioria dos hospitais eficientes é filantrópico e de pequeno porte.

O artigo **O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS**²¹ destaca que além de possuir campos que são disponibilizados tais como: “*identificação do paciente; caracterização do hospital e gestor (número de leitos, clínicas disponíveis, meios diagnósticos e terapêuticos)*” é a única fonte de dados de morbidade disponível no País. O SIH-SUS é relevante no tocante a criação de indicadores de desempenho da rede assistencial, na avaliação de outros sistemas de saúde, na identificação de gastos, ofertas, demandas e coberturas da rede existentes. O TabNet foi uma importante ferramenta para o desenvolvimento deste trabalho.

No artigo **Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem**⁹¹ os autores destacaram que as informações disponibilizadas pelo SIH-SUS, informações estas procedentes do site do DATASUS, foram indispensáveis para a apropriação do que se tem a cerca da realidade assistencial dos transtornos mentais e comportamentais, possibilitando mudanças na parte de gerência dos serviços tendo em vista a melhora da qualidade da assistência a saúde mental e psiquiatria.

A dissertação **Sistemas de informação e suas interferências na gestão do Hospital de clínicas da universidade federal do Paraná e na saúde pública de Curitiba**⁹² estudou as informações disponibilizadas pelo SIH-SUS que auxiliam na gestão hospitalar e procurou analisar as mudanças e agilidade nos processos hospitalares após a implantação do sistema. O estudo verificou que quando o SIH-SUS foi implementado no hospital analisado, conseguia suprir a necessidade deste, mas com o passar do tempo e aumento de demanda e processos, o sistema já não se apresentou tão efetivo quanto antes.

O estudo **Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso**⁵¹ analisou as internações hospitalares em idoso cujo motivo seja o de cuidado prolongado, comparando a taxa de morte entre hospitais, para uma avaliação do atendimento prestado para possibilitar a tomada de decisão por parte do gestor. Foram utilizadas as seguintes variáveis: identificação do hospital, sexo, idade, motivo de saída, data de saída e diagnóstico principal. Por se tratar de idosos com cuidados prolongados, teve a preocupação de verificar a continuidade da internação ao analisar as AIH de identificação 5 e as reinternações. Limites quanto às análises devem ser considerados, pois os dados

estudados são considerados secundários. O estudo utilizou o TabWin para captar os dados para as avaliações e comparações.

A dissertação **Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde**⁹³ estudou as internações ocorridas em hospitais do SUS capacitados para procedimentos de alta complexidade e descreveu não só a distribuição da oferta, como a forma de utilização dos serviços por pacientes SUS. Para chegar aos resultados do estudo, a autora utilizou dados do SIH-SUS disponíveis no CD-ROM liberado pelo DATASUS.

A dissertação **Uma Revisão do Papel dos Hospitais de Pequeno Porte no Sistema Único de Saúde (SUS)**⁹⁴ estudou os hospitais de pequeno porte para traçar um perfil do tipo de atendimento realizado por estes. Esta pesquisa chegou a conclusão de que este tipo de hospital representa grande parte das unidades hospitalares do SUS e que se uma possível reforma do sistema de atenção à saúde vir à tona, o exemplo destes podem servir de subsídios para tal mudança.

A tese **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003**⁵⁰ estudou as informações físicas e financeiras das internações hospitalares de Ribeirão Preto para “*identificar os fatores explicativos para a variação desta produção*”, com o objetivo de auxiliar o gestor na tomada de decisão.

A dissertação **A gestão plena do sistema municipal: uma avaliação em Apucarana-PR**⁹⁵ utilizou dados do CD-ROM no TabWin para construir indicadores que mostrassem o quadro das internações após a implantação da NOB SUS 01/96 que habilitou os municípios para gestão plena, ou seja, a análise do instante que os municípios de passaram gerir os seus recursos.

A dissertação **Características epidemiológicas, internações e óbitos de portadores de diabetes de Cuiabá/MT atendidos na rede pública de saúde: uma análise a partir dos Sistemas HiperDia, SIH-SUS e SIM**⁹⁶ pesquisou os pacientes portadores de Diabete Mellitus para traçar um perfil da assistência prestada a este grupo, fazendo um cruzamento dos dados entre os três sistemas. A autora verificou que houve redução tanto nas taxas de morbidade, quanto na de mortalidade, e isto pode ter ocorrido devido a implantação de políticas assistenciais no nível da prevenção. Foram utilizados, na parte de internação dados disponibilizados do SIH-SUS.

O Artigo **Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001**⁹⁷ destaca que as diferentes formas de registro das internações no nível nacional dificultam os estudos e pesquisas relacionadas

às informações do SIH-SUS. Outro ponto salientado foi o da obrigatoriedade do preenchimento da variável diagnóstico principal no formulário da AIH, possibilitando estudos sobre a morbidade hospitalar. O uso apenas dos valores de uma variável não trazem toda a grandeza do impacto da doença na sociedade. Outras variáveis deveriam ser incluídas para poder explicar as diferenças regionais ou ocorrências de óbitos, tais como: índice de massa corporal, raça, escolaridade, gravidade da condição clínica no momento da internação, grau de utilização dos serviços, reinternações e outras. No artigo foram utilizados dados do CD-ROM do movimento da AIH para o levantamento dos dados.

O estudo **Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo**⁹⁸ relata a dificuldade de estudar morbidade por meio de dados secundários. O controle, mesmo que parcial, da razão entre a doença respiratória (influenza) com a internação e a quantidade de leitos, pode apresentar distorções, pois vários fatores podem influenciar nesta análise, tais como: a implementação de novas políticas para a internação; mudança nas regras de financiamento da assistência hospitalar e a variabilidade das informações coletadas. Porém os autores destacam que os dados da internação, analisados de forma detalhada podem traçar um perfil dos grupos de maior risco para este agravo e que a diminuição das internações para este caso podem ter ocorrido em função da intervenção vacinal contra a influenza, podendo numa análise futura mostrar os benefícios trazidos pela campanha de vacinação. Os dados coletados para o estudo foram oriundos do CD-ROM e os totais das AIH foram buscados no site do DATASUS.

A dissertação **Morbidade Hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: Situação atual, tendências e Impacto de Vacinação**⁹⁹ traçou um perfil das internações ocorridas por este agravo e verificou-se que após a implementação da campanha de vacinação contra influenza, principalmente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste houve uma diminuição dos registros de internação.

A dissertação **Vacinação contra a influenza e a redução na hospitalização e óbitos por doença respiratória em idosos**¹⁰⁰ traçou um perfil do pacientes idosos que internaram por este agravo para avaliar os efeitos da campanha de vacinação tanto na cobertura quanto no impacto das hospitalizações. Para este estudo foram utilizados dados do SIH-SUS, SIM, Sistema de informações do Programa

Nacional de Imunizações e IBGE. A cobertura da campanha de vacinação foi considerada boa diminuindo assim, o risco de morrer para a população assistida.

O artigo **Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil**¹⁰¹ buscou analisar as internações ocorridas, em três estados do Brasil (Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo), para este agravo. Foi traçado um perfil clínico e epidemiológico, usando os dados da AIH (dados do CD-ROM), tais como diagnóstico (principal ou secundário), óbito e tempo de permanência, para os pacientes que internaram por esta doença. Num determinado ponto do estudo, foi verificada a baixa frequência nas internações realizadas na Bahia, isto se deveu a provável subregistros dos casos onde houve a necessidade de internação, isto pode ter ocorrido por: *“a permanência no setor de emergência durante todo o período de cuidados hospitalares, situação que não leva à emissão de AIH e registro no SIH/SUS, ou pelo uso incorreto da CID nos casos internados”*. Outro ponto destacado foi a diferença entre o número de óbitos entre o SIH-SUS e o SIM, e este problema pode ter sido provocado pelo preenchimento inadequado da AIH, interferindo na qualidade das informações do sistema. Segundo as autoras, *“A lógica contábil-financeira, na qual a AIH e o SIH-SUS se baseiam, é fator limitante das informações do sistema (característica de bancos de dados administrativos em geral). Por outro lado, a abrangência nacional das internações hospitalares e o relativo acesso fácil a essa base de dados são atrativos para seu uso como fonte de informação na área da saúde. O uso crítico e continuado desse sistema por profissionais de saúde com interesses diversos certamente levará ao seu aperfeiçoamento”*.

O artigo **Tétano no Climatério**¹⁰² utiliza os dados do SIH-SUS para a pesquisa de mulheres que tenham sido internadas por tétano no período do Climatério. Utilizou como dados de pesquisa as variáveis de procedimento e diagnóstico principal que estavam disponíveis no site do DATASUS.

A dissertação **Leishmaniose Visceral: uma endemia em Expansão no Brasil e emergente no estado do Tocantins**¹⁰³ buscou nos dados do SIH-SUS as internações ocorridas por este agravo. Este levantamento permitiu que verificasse o fluxo da doença pelo Brasil, para que medidas de prevenção sejam adotadas para a erradicação desta doença emergente.

A dissertação **Mutirão de Catarata: uma Estratégia nacional de atenção à Saúde**¹⁰⁴ utilizou os dados do SIH-SUS para fazer um levantamento de todas as cirurgias de catarata realizadas no Brasil no período de 1998 até 2003. A autora

explicou como se deu este processo de mutirão para este agravo e comparou os dados de antes e depois da realização desta campanha.

A tese **Subsídios para a Implantação de um Sistema de Vigilância de Causas Externas no Município de Cuiabá/MT**¹⁰⁵ traçou um perfil dos pacientes internados por causa externa comparando os números apresentados com o Brasil e apresentando as principais causas para este tipo de hospitalização. Foi feito estudo em cima de outros sistemas para englobar todas as áreas que possam trazer informações para a criação de um sistema de vigilância de causas externas.

A dissertação **Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos**¹⁰⁶ fez um levantamento das internações ocorridas por causa externa, onde procurou analisar os motivos que levaram a internação, os custos relativos, o grau de confiabilidade dos dados registrados, a formulação de indicadores epidemiológicos e a comparação da causa básica do óbito com os dados de diagnóstico secundário, chegando a conclusão que os dados do SIH-SUS ganham em qualidade quando o motivo da causa externa foi acidentes de transporte, mas os dados de óbito expressam melhor quando a internação foi originada por uma agressão.

A dissertação **Trauma de coluna no Brasil: análise das internações hospitalares**¹⁰⁷ utilizou dados do SIH-SUS disponíveis na internet e no CD-ROM para o levantamento das internações motivadas por este agravo e dos pacientes, identificando as causas que mais ocorreram nas hospitalizações e as principais lesões com o objetivo de dar subsídios para que programas de prevenção possam ser elaborados.

O artigo **Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde**¹⁰⁸ fez um estudo nos dados da AIH (CD-ROM disponibilizado pelo DATASUS) para evidenciar os motivos que levaram à internação homens cujo diagnóstico foi causas externas. Com os dados levantados, verificou-se que os homens adolescentes e adultos jovens são os que mais internam por agressão e isto é um reflexo do padrão de violência, e resulta numa demanda crescente de atendimento.

A dissertação **Estudo dos fatores preditores da mortalidade após fratura proximal de fêmur em idosos, da aplicação de diferentes índices para ajuste de risco e o uso do ICC para a AIH**¹⁰⁹ estudou as internações de idosos para este agravo por se tratar de um fator importante de causa de mortalidade e morbidade para esta população específica. Utilizou o índice de comorbidade charlson (ICC) para

atribuir o grau de morbidade em relação ao risco de óbito, e o índice ASA (American Society of Anesthesiologists) para “*expressar a gravidade da condição do paciente*”.

A dissertação **Tendências das internações e da mortalidade por diarreia em crianças menores de um ano: Brasil e suas capitais, 1995 a 2005**¹¹⁰ utilizou dados do SIH-SUS junto com os do SIM para traçar um perfil das ocorrências de diarreia e que conseqüências estas tiveram. A autora concluiu que houve uma redução no número tanto de mortes quanto de internações para este agravo. Ações de prevenção e controle resultaram na diminuição das ocorrências de diarreia, mas estas precisam ser mais incentivadas para que a redução tenha efeito positivo na saúde desta parte da população.

A dissertação **Asma em municípios do Paraná: Análise de internações hospitalares e avaliação de um programa de atenção à saúde**¹¹¹ utilizou os dados do SIH-SUS para avaliar os programas de prevenção para este agravo. A autora concluiu que a aplicação de programas de controle trouxe como resultado uma redução no número de ocorrências.

A dissertação **Impacto das doenças infecciosas nas internações em hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte - MG, Brasil**¹¹² analisou dados secundários do SIH-SUS para avaliar a ocorrência de doenças contagiosas apresentadas nas internações. Para estas ocorrências os custos despendidos na internação, a permanência em leito e o número de óbitos foram estudados para avaliar o impacto que estas internações poderiam causar no sistema público de saúde.

No estudo **Albumina Humana Prescrita para casos de Desnutrição em Hospitais do Rio de Janeiro**¹¹³ sobre a utilização de albumina humana para casos de internação, os dados do SIH-SUS disponibilizados pelo DATASUS na forma de CD-ROM, por serem oficiais, de fácil acesso, gratuito e de abrangência nacional, possibilitaram a composição de um banco de dados coerente (confiável), mesmo os dados sendo secundários para este tipo de estudo. Alguns limites foram percebidos pela pesquisa, tais como: “*a falta de informações sobre parâmetros laboratoriais; mais diagnósticos, que subsidiassem a avaliação da adequação das indicações com base em protocolos de tratamento; carência de estudos de validação que pudessem sustentar o uso do SIH como fonte de informação sobre medicamentos; à disponibilidade de informações clínicas*”. No decorrer da pesquisa, foi verificado o cuidado que deve ter com a “*extração*” de todos os campos possíveis que servem de base para a análise, pois neste caso foi notado o seguinte que “*as condições clínicas ligadas à desnutrição*

aparecem, em 14% das internações, apenas no campo do procedimento realizado, em 25% apenas nos campos do diagnóstico, e em 61% em ambos os campos”.

O artigo **Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro**¹¹⁴ destaca que as informações disponibilizadas pelo SIH-SUS não tinham sido usadas, até então, para pesquisa na área de reações adversas. Para o presente artigo houve dificuldade em associar medicamentos, que pudessem gerar agravos com os dados do sistema, isto porque o SIH-SUS não registra o uso de medicamentos, salvo alguns que estão registrados como procedimentos especiais. O estudo salienta que a inclusão do registro de medicamentos no sistema seria de grande valia para os estudos de farmacovigilância. A autora destaca que *“possível sub-registro dos casos está relacionado a fatores como falhas no ensino médico; ação pouco expressiva dos conselhos de classe na vigilância da qualidade da prescrição; e inércia dos pacientes e seus familiares na luta por direitos frente à iatrogenia”*. Os dados do sistema estudados foram os do CD-ROM concedidos pelo DATASUS.

O artigo **Morbidade Por Doenças Respiratórias em Pacientes Hospitalizados em São Paulo/SP**¹¹⁵ estuda as internações por este agravo e os seus números em relação à época do ano, pois bem se sabe que a incidência de doenças respiratórias tem um aumento nos períodos de outono e inverno. Os autores destacaram, também, que houve uma diminuição no número de internações por pneumonia, o que podem ter ocorrido por inúmeros fatores, tais quais o subregistro nas AIH com a mudança do CID, a melhora na atenção primária e outros fatores determinantes para o risco de contrair pneumonia. Os autores salientaram que as informações do sistema, que foram extraídos do CD-ROM ofertado pelo DATASUS, podem vir a auxiliar no planejamento de ações do serviço de saúde local.

O artigo **Letalidade por Doenças Isquêmicas do Coração no Estado do Rio de Janeiro**¹¹⁶ teve como objetivo estimar as mortes ocorridas por este agravo estudando os procedimentos de alta complexidade mais utilizados registrados nas internações da rede hospitalar do SUS. Segundo os autores, os dados da AIH são as melhores fontes de informações para a avaliação das internações nas unidades de saúde, além de serem os únicos existentes. Eles alegam que quando os profissionais de saúde se apropriar do que informam/coletam ao sistema, a qualidade deste melhorará. Eles destacam que a confiabilidade das informações contidas nas AIH nos campos de procedimento e óbitos provavelmente podem ser maiores que as do campo diagnóstico. Os autores utilizaram os dados do CD-ROM ofertados pelo DATASUS para a pesquisa.

No artigo **Aplicação da mortalidade hospitalar após a realização de cirurgia de revascularização do miocárdio para monitoramento do cuidado hospitalar**¹¹⁷ os autores expõem uma pesquisa com o objetivo de classificar os hospitais vinculados ao SUS que realizaram cirurgias de revascularização do miocárdio analisando as taxas de mortalidade. Os autores destacam também que os dados que estão disponibilizados pelos bancos de dados administrativos podem ter sua qualidade aprimorada com *“a incorporação de um pequeno número de variáveis”*. Outra recomendação é a de que *“os hospitais sejam encorajados a preencher adequadamente os campos já atualmente existentes nas AIHs, como a natureza da internação e diagnósticos principal e secundário”*, pois *“a padronização dos documentos de internação, o estabelecimento de rotinas para seu preenchimento e a implantação de formulários de resumos de alta apropriados são de grande relevância para a melhoria da qualidade dos nossos serviços de saúde”*. Foram obtidos dados do SIH-SUS na forma de CD-ROM para a pesquisa.

No artigo **Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação**¹¹⁸ as informações do sistema, captadas do CD-ROM do movimento da AIH, foram usadas como fonte complementar para a apresentação de estudos sobre a morte materna não informada. Para este estudo foram utilizadas três variáveis da AIH para a comparação entre elas e a compatibilidade das informações, sendo que partiram do diagnóstico secundário e confrontaram com o diagnóstico principal e procedimento realizado na tentativa de explicar o não registro destas mortes como maternas, pois os autores receavam que por constar no diagnóstico principal uma informação que não pertencia ao capítulo da CID que englobava este tipo de agravo, estudos para uma melhor avaliação da situação nos lugares analisados, ficariam incorretos.

A tese **Mortalidade Hospitalar: Modelos Preditivos de Risco Usando os dados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS**¹¹⁹ estudou os óbitos hospitalares com o intuito de criar um índice de risco que auxilie na comparação de desempenho dos hospitais. No primeiro artigo foi proposto um modelo preditivo de probabilidade risco de óbito hospitalar. Neste modelo, a partir das características das internações, pode *“indicar a gravidade do paciente”*. No segundo artigo o perfil dos hospitais foi estudado para avaliar a morbidade hospitalar através da análise multinível. O terceiro artigo faz uma comparação da eficiência entre os hospitais através do índice de risco.

O artigo **Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados**¹²⁰ utilizou os dados da AIH, captados no CD-ROM disponibilizado pelo DATASUS, para analisar as internações de idosos em alguns hospitais para comparar as taxas de mortalidade, considerando as particularidades entre as unidades de saúde. Foram destacados os principais agravos que ocasionaram as internações. Os autores salientaram que o uso de dados administrativos, tal qual a AIH neste tipo de estudo pode fornecer informações de grande valia para o planejamento e realização de eventos que possam melhorar a qualidade da assistência hospitalar.

O estudo **Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar**¹²¹ destaca que através das informações disponibilizadas pelo SIH-SUS podem-se fazer monitorações e avaliações da assistência à saúde, por meio da utilização de indicadores, além do acompanhamento do desempenho e dos valores das unidades hospitalares e a avaliação da cobertura feita por estas. Este estudo utilizou as informações do SIH das AIH tipo 1 para distinguir as internações e os óbitos em idosos ocorridos nas unidades hospitalares do SUS. Os autores chegaram a conclusão de que mesmo sendo uma base de dados administrativa, com suas limitações, ela serve para esboçar o modelo de internação do idoso apresentando os custos, cobertura e perfil da população de idosos assistidas. Os dados utilizados forma disponibilizados pelo DATASUS em CD-ROM.

A dissertação **Internações por acidentes e violências Financiadas pelo setor público em Londrina, Paraná: análise dos registros, gastos e causas**¹²² utilizou os laudos médicos das AIH e os dados disponibilizados pelo DATASUS na internet como base para o estudo para o levantamento das internações que tiveram como causa os acidentes e violências (causas externas), com o objetivo de traçar um perfil epidemiológico destes agravos. Vale destacar que por apresentar problemas de qualidade de informação, a autora sugere que treinamentos sejam dados às pessoas que lidam com a AIH nos hospitais.

A dissertação **Acidente de transporte terrestre em Bauru-SP: características da morbidade em 2004**¹²³ buscou dimensionar as internações por causa externa ocorridas por uma das principais categorias dentro deste grupo que é acidentes de transporte terrestres, destacando os custos por serem bastante alto em relação à outras causas externas. A autora concluiu que quando se tem noção da importância do registro deste agravo e suas dimensões, podem-se adotar medidas de prevenção para a redução das hospitalizações.

A dissertação **Morbidade e mortalidade por acidentes e violências na Grande Cuiabá**¹²⁴ estudou as causas externas buscando dimensionar todas as ocorrências prováveis (morbidade, mortalidade, atendimentos de urgência e emergência) em uma hospitalização para estes agravos. No levantamento feito pela autora os acidentes são os que mais internam por causa externas, apesar das agressões representarem um número maior de morte. A autora sugere que *“a implantação de políticas de saúde e sistemas específicos de informação é alternativa para se enfrentar e conhecer melhor este problema”*.

A dissertação **Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências – a experiência do estado do Amapá**¹²⁵ utilizou de várias fontes de dados, entre elas o SIH-SUS e o SIM para avaliar a implantação Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde.

A dissertação **A forma grave de Dengue no município do Rio de Janeiro: análise dos dados registrados nos sistemas de informações do SUS entre 2001 a 2003**¹²⁶ pesquisou os dados do SIH-SUS do município analisado para comparar junto aos dados do SIM e SINAN as ocorrências de Dengue traçando um perfil deste evento. A falta de um identificador único entre os sistemas tornou o processo de comparação mais complexo, mas foi possível analisar os dados e chegar a números tais que possam vir a auxiliar numa política de vigilância sobre a Dengue.

A dissertação **Avaliação da notificação dos óbitos infantis em quatorze municípios do Ceará, com relatos de um ou nenhum óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2005**¹²⁷ estudou os óbitos infantis ocorridos em alguns municípios do Ceará. Para esta busca todas as possíveis fontes de dados foram analisadas, tais como registros de óbitos nos sistemas SIH-SUS e SIAB, cemitérios, funerárias, unidades de saúde, cartórios e até rezadeiras. A subnotificação dos óbitos no SIM foi acima de 90% e a maioria destes registros ocorreu em hospitais apesar de terem sido emitidas DO para estes casos.

O artigo **Padrão temporal das internações e óbitos por diarreia em crianças, 1995 a 1998, Rio de Janeiro**¹²⁸ apresentou um estudo comparando as informações entre o SIM e o SIH-SUS, utilizando os dados de mortalidade cuja causa básica foi a diarreia e no caso da morbidade hospitalar o diagnóstico (principal ou secundário) se referia ao mesmo agravo. Destaca que a partir de 1995 houve redução no número de internações para este agravo, mas muito se deveu à implementação de

políticas, tais como a redução do percentual de distribuição de AIH que era de 10% e passou a 9%, a redução do número de leitos devido a estadualização dos hospitais que eram do INAMPS, a introdução de críticas no SIH-SUS para o bloqueio de internações sem necessidade ou fraudulentas e um aumento na utilização de planos de saúde particulares, diminuindo este atendimento na rede do SUS.

O artigo **Mortes e Internações por Causas Externas entre os Idosos no Brasil: O Desafio de Integrar a Saúde Coletiva e a Atenção Individual**¹²⁹ fez um estudo sobre as informações do SIM para a morte decorrente de causa externa e comparou as internações registradas no SIH-SUS para o mesmo evento, destacando as principais ocorrências para o acontecimento deste agravo, que são: quedas, acidentes de transporte, suicídios e homicídios. Este estudo pretendia servir como parâmetro para a formulação de políticas no cuidado ao idoso.

O artigo **Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio**¹³⁰ compara dados do SIH-SUS com o SIM, onde fica claro que a subnotificação é o maior problema na qualidade e confiabilidade dos dados. O SIM possui muito mais notificação deste agravo em relação ao SIH. O estudo pontifica três itens que causam esta diferença entre os valores apresentados pelos sistemas são eles: *“ausência de emissão da AIH, diagnóstico diferente de IAM no campo diagnóstico principal na AIH e subnotificação da ocorrência de óbito”*. As autoras relatam que a falta de critérios na emissão da AIH afetam não só a qualidade das informações quanto ao faturamento, pois as unidades estudadas deixam de notificar as AIH no sistema. Para que haja uma melhora na qualidade das informações do sistema, as autoras sugerem: *“padronização de critérios para emissão da AIH nas emergências; adoção de estratégias focadas na qualidade do preenchimento dos prontuários médicos e da AIH; melhoria do registro do diagnóstico secundário na AIH, que deve ser utilizado para melhorar as informações de óbitos por IAM no SIH-SUS; treinamento das equipes dos sistemas de registro; definição de critérios claros de classificação em casos de PCR”*.

O trabalho **Internação Hospitalar e Mortalidade por Esquistossomose Mansônica no Estado de Pernambuco**¹³¹ usou os dados da internação e do SIM para traçar o perfil do paciente que é internado por este agravo e do óbito ocorrido. Neste artigo a autora destaca que os dados do SIH-SUS, que foram coletados no CD-ROM disponibilizado pelo DATASUS, não são os mais adequados para o estudo a que ela se propõe, mas estes dados demonstram estarem bem próximos da realidade. É destacado também que apesar das limitações dos dados, estes são fontes de estimativas de

ocorrências desta enfermidade na população. Segundo a autora mais discussões devem ser realizadas para que os sistemas de informação em saúde possam aprimorar as suas informações para que elas se tornem valiosas para o controle das ações em saúde. A Autora conclui que apesar das limitações das informações geradas pelo SIH-SUS, somente haverá melhoras se o sistema for usado, seja por gestores, acadêmicos e usuários.

O estudo **Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar**¹³² por se tratar de uma comparação das informações entre o SIM e o SIH-SUS, destaca a dificuldade em se fazer esta confrontação, pois não existe uma chave identificadora que possa ligar os óbitos informados no SIM com as internações hospitalares especificadas no SIH-SUS. Foi mencionado que o SIH-SUS não pode ser considerado como uma boa fonte de dados para os óbitos ocorridos de causa mal definida, pois muitas destes óbitos ocorrem em hospitais não pertencentes ao SUS, portanto, estas informações acabam ficando fora da base de dados do sistema. Os autores destacam que *“A qualidade das informações em saúde deve ser melhorada para que a utilização destas possa subsidiar a implementação de ações voltadas para o aperfeiçoamento da atenção à saúde. Essa melhora pode ser obtida estimulando-se as escolas médicas a incluir no currículo disciplinas sobre sistemas de informação em saúde e concentrando esforços na monitorização da qualidade da informação nas unidades de saúde com maior volume de problemas na identificação das causas de óbito”*.

O artigo **Correção de sub-registros de óbitos e proporção de internações por causas mal definidas**¹³³ destaca o uso das informações do SIH-SUS, que são utilizadas em: estudos sobre a assistência hospitalar pública brasileira; análises econômicas em saúde; como ferramenta auxiliar na estimativa de indicadores de mortalidade; de incidência de doenças e além de ser um respeitado instrumento de vigilância à saúde. O estudo percebeu que não ocorreram grandes modificações no perfil epidemiológico do indicador de causas mal definidas de internação, e os autores destacam que isto aconteceu porque no SIH-SUS não ocorreu sub-registro no universo estudado e que a comparação entre o óbito no SIM e a internação no SIH-SUS para causas mal definidas mostra que a proporção do segundo caso é bem inferior ao do primeiro. Os informações do sistema foram obtidas através do CD-ROM e manipuladas pelo TabWin.

Na pesquisa **Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação**¹³⁴ verificou-se que o SIH-SUS possuía uma melhor notificação de óbitos no período neonatal que o SIM para a região estudada. O estudo sugere que para minimizar as informações que podem ocasionar subregistros que estão relacionadas com os erros ocorridos durante a passagem dos dados do prontuário para a digitação da AIH, seja feito um treinamento pessoal e adotado padrões no preenchimento da AIH. O estudo destaca que quanto mais utiliza o SIH-SUS para pesquisa, melhor fica a qualidade da sua informação.

O artigo **Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde**¹³⁵ o estudo chama os principais SIS de sistemas de rotina e relata que eles não interagem, isto é, não atuam da mesma forma quando pesquisa-se um determinado assunto que pode ser comum a eles. O estudo salienta que o seu objetivo principal foi o de provar que as informações dos bancos de dados dos SIS podem ser usadas como fonte principal desta informação, apesar de apresentarem informações inconsistentes.

No artigo **Análise dos registros de Leishmaniose Visceral pelo método de captura-recaptura**¹³⁶ destaca que o método captura e recaptura é utilizado, mais recentemente, em pesquisas epidemiológicas, para poder avaliar os SIS que tratam do mesmo agravo ou doença. Segundo a autora “*Esse método permite avaliar a cobertura dos sistemas, estimar a subnotificação e assim calcular e corrigir indicadores epidemiológicos*”. O estudo avaliou e comparou as informações do SIM, SIH-SUS e SINAN para verificar as subnotificações de Leishmaniose Visceral, bem como a cobertura destes para este agravo. Para as informações que são disponibilizadas pelo SIH-SUS, este método encontra limitações, pois como a variável diagnóstico não é alterada ao longo da internação, a investigação precisa ser feitas em conjunto com outras variáveis.

O artigo **Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar**¹³⁷ utilizou dados de parto do SIH-SUS para comparar as notificações de nascidos vivos com os dados do SINASC. Ao fazer esta comparação, espera-se encontrar mais registros de notificação de nascidos vivos no SINASC do que no SIH-SUS, isto porque o segundo sistema não cobre a totalidade de partos no Brasil, haja vista que os foram realizados por parteiras, ou ocorridos em unidades de saúde pagos por particulares ou assistência complementar,

não contemplam as informações do SIH-SUS. Caso esta comparação apresente um número maior de ocorrência no SIH-SUS indica que houve subnotificação de nascidos no SINASC. Os autores mencionam outros estudos com o mesmo objetivo, e concluem que o SIH-SUS é “*uma fonte alternativa viável para captação de nascidos vivos em áreas de baixa cobertura do SINASC*”.

O artigo **A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro**¹³⁸ considera os dados disponibilizados pelo sistema de grande utilidade, pois:

- (a) *“a ocorrência quase que exclusivamente de partos em hospitais, sendo que em torno de 70% destes são realizados em hospitais conveniados ao SUS;*
- (b) *a disponibilidade de variáveis – como os diagnósticos principal e secundário e o valor pago da internação;*
- (c) *uma pequena margem de erro da informação fornecida, tanto da paciente como do médico, sobre o tipo de parto realizado;*
- (d) *a possibilidade de desagregação das informações disponíveis no banco até o código de endereçamento postal da parturiente e;*
- (e) *a oportunidade dos dados processados, devido ao intervalo de apenas dois meses entre a internação e a disponibilidade de dados”.*

O estudo destaca que o SIH-SUS disponibiliza informações válidas e confiáveis, para o parto, que auxiliem na tomada de ações no que tange uma melhora neste assunto na área de saúde.

A dissertação **Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados**¹³⁹ comparou os dados dos campos de diagnóstico do registro do SIH-SUS e os do Centro de processamento de dados hospitalares com os do prontuário médico para avaliar a qualidade destas informações nas internações ocorridas por causa externa e descreveu o perfil de morbimortalidade destas hospitalizações para identificar os casos de subnotificações. Conclusões foram sugeridas pela autora quando o assunto é a codificação dos dados, isto é, o cuidado que deve ter no instante do preenchimento dos campos, não só da parte dos codificadores como também da parte dos médicos.

O estudo **Confiabilidade da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos**¹⁴⁰ teve como objetivo avaliar a qualidade das informações sobre as internações hospitalares para os

acidentes de causa externa. Para isto houve uma comparação entre 3 fontes de dados, a AIH (SISAIH01), os dados do banco de dados do SIH-SUS e o prontuário médico. As variáveis de estudo foram: número da AIH, número do prontuário, sexo, data de nascimento, idade (calculada em cima da data de nascimento), local de residência, logradouro, bairro e município de residência, data de internação, data de alta, tempo de permanência (em dias, medido a partir da diferença entre a data de internação e a data de alta hospitalar) e tipo de saída hospitalar, diagnóstico principal e secundário. As taxas encontradas foram consideradas de boas para ótimas nas variáveis relativas ao paciente e a internação, já nas variáveis de agravo (diagnóstico principal e secundário) foram encontrados as piores taxas, em relação aos grupos anteriores. Os autores destacam que *“uma explicação para a boa qualidade dos dados relativos à vítima e à internação está na importância de sua exatidão para o correto faturamento das AIHs”*. O artigo destaca que as informações que são passadas para o sistema deveriam passar por um aperfeiçoamento no que tange os dados epidemiológicos, pois o SIH-SUS é uma importante fonte de informação para a análise de fatos na sociedade que intervém nas ações de saúde.

O artigo **AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro**¹⁴¹ analisou os fatores associados ao risco óbito para o infarto agudo do miocárdio, comparando o prontuário médico com os dados da AIH, sendo que a primeira fonte de informação se mostrou mais confiável no controle do objeto estudado. Apesar disto as variáveis da AIH apresentaram valores satisfatórios, levando em consideração as limitações do sistema.

O artigo **Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D)**⁸ analisou a aptidão do SIH-SUS em identificar casos de doença hemolítica perinatal pelo anticorpo anti Rh(D), isto é, comparação dos dados disponibilizados pelo sistema com os registros feitos pela unidade de saúde. O estudo comparou três fontes de dados a saber: dados da AIH consolidadas, dados do Departamento de Neonatologia do Instituto Fernandes Figueira e dados do chamado “Arquivo Médico” do Departamento de Informação e Documentação do referida instituição. As variáveis comparadas foram os diagnósticos principal e secundário e o procedimento. O estudo destaca que na maioria das AIH de obstetrícia, esta responde por dois indivíduos (mãe e recém nascido), daí a complexidade em

registrar o agravo do recém nascido, limitando a utilização do sistema para acompanhar este tipo de internação.

O artigo **Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares**¹⁴² analisa o estudo dos DRG tendo como base os dados das hospitalizações de Ribeirão Preto. Apesar de não existir comparação deste sistema de classificação com os dados do SIH-SUS, algumas limitações por parte do SIH-SUS são visíveis, porém as autoras destacam que é possível fazer uma adaptação nos dados de procedimento que são armazenados no banco de dados da AIH para classificá-los em DRG, mesmo não comportando todos os registros de pacientes que apresentaram uma maior complexidade no seu tratamento. Os dados do SIH-SUS foram captados no local, por meio das informações digitadas no hospital (SISAIH01).

O artigo **Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares**¹⁴³ analisou as informações da AIH para causas externas nos municípios de Londrina e Maringá, para avaliar a cobertura e a qualidade destas. Os autores destacaram que este estudo foi um dos primeiros, sobre qualidade dos dados, a ser realizado após a implantação da obrigatoriedade do registro na variável diagnóstico secundário do código da causa externa. A ocorrência de subregistro foi considerada alta, e para os autores isto se deve a: *“baixa valorização e pouca utilização, ainda que crescente, da informação produzida para estudos epidemiológicos e de avaliação; falta de ou treinamento insuficiente dos codificadores dessas causas; conformação principal do Sistema para atuar na remuneração dos hospitais; entre outros”*. Segundo outros estudos referenciados no texto, o SIH-SUS apresentou melhora na cobertura e qualidade dos dados no que tange o SIM e SINASC, mas ainda precisa se aprimorar na questão da morbidade hospitalar. Os dados do CD-ROM do sistema possibilitaram a montagem do banco de dados para a pesquisa realizada.

A dissertação **A Influência das Políticas de Saúde nos Indicadores Gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS**³⁶, pesquisou, desde a criação do SIH-SUS, *“as políticas públicas na área de atenção à saúde”* que influenciasses diretamente o sistema. Estas políticas provocam suspensão e *“vieses”* na execução do sistema implicando no resultado esperado. O autor sugere que ao se examinar dados que perpassam pela história do SIH-SUS, tem que ser levada em consideração as alterações para que *“conclusões mais precisas”* sejam alcançadas.

O artigo **Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna**¹⁴⁴ os autores, com a utilização em

pesquisa, das bases de dados do SUS, propuseram uma nova abordagem no diagnóstico da situação das ações em saúde realizadas e o modo de como administrá-las. Outro aspecto abordado pelos autores foi em relação aos dados dos sistemas de informações do SUS (entre os SIS o do SIH-SUS), eles mencionam que, nos instantes de coleta, inserção, análise e interpretação, se estas ações forem bem feitas, as informações podem se transformar em importante ferramenta para a implementação de ações de vigilância e até mudanças de políticas, pois como estas estão disponibilizadas para todo o território de forma rotineira, possibilitando a criação de um sistema vigilante para, no instante necessário, provocar intervenções para a ocorrência do óbito materno.

Anexo VIII – Portarias Referenciadas no Texto

PORTARIA Nº 821/GM Em 4 de maio de 2004.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar - SIH para os gestores Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal;

Considerando que a centralização do processamento do SIH dificulta a gestão local no tocante ao controle dos seus Tetos Financeiros de Assistência mensais, a relação com os prestadores, bem como a correta previsão financeira do faturamento hospitalar;

Considerando a necessidade da descentralização da emissão e distribuição do relatório discriminativo de pagamento da produção do SIH para os gestores estaduais e municipais;

Considerando a necessidade de constar dos relatórios discriminativos de pagamento emitidos pelo sistema financeiro local todas as deduções e descontos previstos em lei, permitindo assim a sua coerência com o valor creditado ao prestador;

Considerando as análises e propostas apresentadas pelo grupo técnico, coordenado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS que está elaborando o projeto da descentralização do Sistema de Informação Hospitalar/SIH;

Considerando a descentralização das críticas do SIH que vem sendo implementada de forma gradativa nos aplicativos SISAIH-01, SISAIH02 e SGAIH, objetivando minimizar as rejeições no processamento final da produção hospitalar; e

Considerando o papel do gestor federal de viabilizar instrumentos para subsidiar os gestores estaduais/municipais nas ações de planejamento, regulação, controle e avaliação,

R E S O L V E:

Art. 1º Determinar a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar - SIH, facilitando o controle do teto financeiro da assistência pelos gestores estaduais/municipais, conforme estabelecido na Programação Pactuada Integrada - PPI, aprovada e monitorada pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB.

Parágrafo único. As diretrizes gerais para subsidiar o desenvolvimento do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado estão descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 2º Estabelecer que caberá ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, em conjunto com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, apresentar o Projeto de Descentralização do SIH para representantes dos gestores federal, estaduais e municipais e prestadores de serviços do SUS, no mês de maio de 2004.

Art. 3º Definir que os gestores municipais e estaduais e prestadores de serviços ao SUS poderão encaminhar suas contribuições ao Projeto de Descentralização do SIH, por meio do endereço eletrônico descentralização.sih@saude.gov.br, até o dia 30 de junho de 2004.

Art. 4º Estabelecer que cabe ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, por intermédio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação/CGSI, coordenar o Projeto de Descentralização do SIH, articulando com o DATASUS o desenvolvimento do Sistema.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO

DIRETRIZES PARA A DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR - SIH

JUSTIFICATIVA

A descentralização é uma estratégia básica para a organização do Sistema Único de Saúde.

O Sistema de Informação Hospitalar - SIH foi desenvolvido em plataformas tecnológicas existentes na década de 1980. Desde então, grandes e significativas modificações ocorreram no sistema

de saúde e os avanços da tecnologia da informação propiciaram agilidade, integridade e potência aos softwares, ao mesmo tempo, massificaram o uso dos microcomputadores, sendo hoje a rede mundial de comunicação instrumento de trabalho indispensável.

Em que pese a constante introdução de críticas e atualização de versões com o intuito de garantir o cumprimento das normas que regem o SUS, o SIH continuou centralizado e com tecnologia que impede o processamento da produção hospitalar em microcomputadores tipo PC.

Entre outros problemas, o processamento centralizado do SIH dificulta a gestão local no tocante ao controle dos seus tetos físicos e financeiros mensais, na relação com os prestadores, impõe previsão de faturamento discordante dos valores finais e a conseqüente emissão de discriminativo de pagamento da produção com valor líquido diferente do real creditado pelo gestor. A gerência e autonomia do gestor no processo são bastante limitadas. Ainda continua sendo processado em nível nacional, pelo DATASUS, trazendo transtornos que fogem do alcance dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

O Ministério da Saúde tomou a decisão política de promover a descentralização do processamento do SIH e com participação de gestores, técnicos e prestadores põe um novo marco para os sistemas de informação em saúde.

OBJETIVO GERAL

Descentralizar o Sistema de Informação Hospitalar para os níveis estadual e municipal de acordo com o princípio da autonomia e da gestão local no Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Garantir maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares, desde o cadastramento até o pagamento das Autorizações de Internação Hospitalares - AIH em cada competência.

Disponibilizar aos gestores estaduais e municipais instrumentos tecnologicamente atualizados que contribuam para as atividades de planejamento, acompanhamento, regulação, controle e avaliação.

Permitir aos gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar aos usuários do SUS, amplo conhecimento das regras do sistema, possibilitando interferir e interpretar o processamento da produção mensal.

PREMISSAS

A descentralização do SIH deve:

- garantir a série histórica por competência, da produção, das habilitações, dos fornecedores, dos terceiros e do cadastro do estabelecimento;
- garantir que as regras essenciais do sistema sejam preservadas e que outras julgadas pertinentes sejam incluídas;
- garantir que o banco de dados nacional mantenha-se íntegro e atualizado, sem solução de continuidade;
- permitir que o gestor configure e informe o teto financeiro definido para cada estabelecimento no total ou por especialidade, assim como o acompanhamento de seu desempenho;
- disponibilizar para o gestor local, como resultado do processamento, a produção bruta, sendo o discriminativo emitido localmente pelo setor financeiro, a quem caberá efetuar os descontos previstos em lei;
- continuar, sob a responsabilidade do DATASUS, o suporte ao novo sistema, atualizando tabelas nacionais e novas regras definidas pela SAS/MS;
- calcular a capacidade instalada dos leitos, levando em consideração apenas os leitos contratados/conveniados com o SUS;
- disponibilizar as tabelas nacionais criptografadas para alimentar o sistema e no formato texto para consulta;
- disponibilizar, além da tabela de procedimentos com os valores nacionais, oferecer a possibilidade de campo para adicionar valores complementares, para permitir ao gestor aportar recursos adicionais oriundos de receitas próprias, e
- incluir, na versão inicial do Sistema, tabela com números de AIH pagas no ano de 2004 e ainda tabelas de AIH de longa permanência para cruzamento com as AIH apresentadas até aquela competência.

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA

O Sistema será desenvolvido por técnicos do DATASUS e de municípios parceiros em linguagem Delfhi, com um banco de dados adequado aos diferentes portes de municípios.

Todas as críticas relativas aos dados coletados no atendimento e aos procedimentos da tabela serão feitas no nível do prestador, tais como: relacionamentos incompatíveis entre atributos e os procedimentos (idade, sexo); códigos inválidos, relacionamentos incompatíveis entre os procedimentos, AIH inválida (código ou série numérica), AIH bloqueada (pelo auditor/gestor), rejeitada, já apresentada, entre outros

As críticas relativas ao cadastro serão realizadas no nível do gestor municipal ou estadual, tais como: leitos não cadastrados na especialidade, nível de hierarquia incompatível com o procedimento, procedimento exige habilitação, profissional ou terceiro não cadastrado, esta AIH extrapola a capacidade instalada no estabelecimento ou na especialidade, leito de UTI não cadastrado, a gestão do atendimento prestado pertence a outro gestor, autorizador não cadastrado pelo gestor.

A tabela de procedimentos deverá explicitar os seguintes atributos inerentes a cada procedimento:

- valor por componente,
- quantidade de pontos do ato,
- especialidade do leito;
- nível de hierarquia exigido para o estabelecimento,
- habilitação exigida,
- permissão ou não de AIH 5;
- caráter da internação
- compatibilidades com as CID-10, materiais de órtese e prótese, procedimentos especiais, sexo, idade, leito de UTI;
- média de permanência
- permissão ou não de: diária de acompanhante; permanência a maior, ato profissional, mudança de procedimento;
- definição de quantidade ou dose máxima permitida;
- complexidade;
- tipo de financiamento.

FUNCIONALIDADES

O SIH Descentralizado deverá:

- ter acesso ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES para fazer as críticas relativas a cadastro;
- traduzir as especialidades dos leitos do CNES para as 09 (nove) reconhecidas pelo SIH;
- permitir atualização de tabela da série numérica das AIH válidas para o gestor;
- calcular a capacidade instalada total dos leitos pelo total de leitos contratados/conveniados para o SUS;
- permitir configuração do gestor para regra do teto financeiro: total de internação, total para cada estabelecimento ou por especialidade;
- cadastrar autorizadores, auditores e ou supervisores, órgãos emissores de autorização ambulatorial ou hospitalar (APAC e AIH), pensionistas, outros;
- conferir se o movimento das AIH está com o lay out definido pelo Ministério da Saúde.
- armazenar banco de dados reduzido de seis meses para confrontar com o movimento vigente (já pagas, bloqueadas, rejeitadas, outras);
- conferir se o código do CNES pertence a um estabelecimento com internação sob gestão deste gestor;
- verificar a existência de leitos cadastrados na especialidade exigida pelo procedimento;
- verificar se o nível hierárquico cadastrado permite a cobrança do procedimento;
- verificar se o autorizador está cadastrado;
- verificar se existe o terceiro cadastrado no Terceiro Brasil, e
- verificar se existe fornecedor cadastrado na tabela própria, fornecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

MÓDULOS PREVISTOS

Módulo Captação do Atendimento – Destinado ao prestador, com a funcionalidade de registrar o atendimento prestado, consistir as informações digitadas com todas as regras expressas na tabela de procedimentos e calcular uma previsão bruta do faturamento. Este módulo será o próprio aplicativo SISAIH01 com as atualizações que estão sendo providenciadas desde o início de 2004, visando

implementar consistências já existentes no nível federal não relacionadas ao cadastro e ao controle de série numérica. Este módulo já está disponível e constantemente atualizado.

Módulo Controle de Autorização – Destinado aos órgãos emissores de AIH e APAC, definidos pelo gestor com a funcionalidade de cadastrar o órgão emissor, seus autorizadores, a série numérica sob sua gestão, os estabelecimentos sob sua gestão, fornecer o número da autorização, substituir o formulário/impresso, emitir comprovante da autorização, confrontar os procedimentos realizados com os autorizados no momento da apresentação da produção pelos prestadores. Este módulo está em construção e será disponibilizado no mês de junho/2004.

Módulo Processamento – Destinado à área de regulação, avaliação e controle do gestor que pode ser centralizado na secretaria de saúde ou descentralizado em regionais, núcleos ou distritos. Esse módulo substituirá o processamento realizado no nível nacional no DATASUS/MS.

Esse módulo terá as funcionalidades de:

- importar os dados do CNES necessários ao processamento;
- conferir o layout e a segurança do arquivo da produção;
- importar os arquivos do módulo captação do atendimento;
- consistir os registros da captação e fazer consistências com os dados cadastrais do CNES;
- identificar as AIH com suspeita de duplicidade (homônimos), com inconsistências apresentadas no módulo captação, quanto à faixa etária ou média de permanência, com procedimentos realizados diferentes dos autorizados, relação percentual entre cesáreas e o total de partos para análise do gestor;
- realizar o processamento da produção;
- emitir relatórios de produção bruta por prestador individual e por mantenedora com seus mantidos, comparativo entre o programado e o realizado, percentual de cesáreas no total de partos por estabelecimento e total, relação de AIH pagas, bloqueadas e outros, e
- calcular o percentual de laqueaduras em relação ao total de cesáreas, discriminado se por risco de vida, gestação de alto risco ou se em Hospital Amigo da Criança

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do SIH Descentralizado será realizado durante o ano de 2004, devendo estar totalmente implantado em todos os municípios brasileiros até o mês de dezembro.

Os gestores estaduais, municipais, prestadores e profissionais de saúde poderão sugerir ou propor funcionalidades, que serão avaliadas pelo grupo técnico do Ministério da Saúde, podendo ser incorporadas ao processo de desenvolvimento.

As sugestões poderão ser enviadas por meio do endereço eletrônico: descentralizacao.sih@saude.gov.br

LEI Nº 6.125 - DE 4 DE NOVEMBRO DE 1974 - DOU DE 5/11/74

Autoriza o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a constituir nos termos do artigo 5º, item II, do [Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967](#), uma empresa pública, sob a denominação de Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, com personalidade jurídica de direito privado, patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira.

Parágrafo único. A DATAPREV terá sede e foro na Cidade de Rio de Janeiro, Estado da Guanabara, ação em todo o território nacional e dependências onde for julgado necessário para o bom desempenho de suas finalidades.

Art. 2º Constituem finalidades da DATAPREV a análise de sistemas, a programação e execução

de serviços tratamento da informação e o processamento de dados através de computação eletrônica, bem como a prestação de outros serviços correlatos.

Art. 3º O capital inicial da DATAPREV, que será de Cr\$ 1.000.000,00 (hum milhão de cruzeiros), tem a seguinte constituição:

I - 51% (cinquenta e um por cento), pelo menos, serão de propriedade da União;
II - o restante pertencerá ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), na proporção do valor dos bens imóveis, móveis equipamentos e instalações do domínio de cada uma dessas entidades, que por elas venham a ser destinados para aquele fim.

§ 1º Para efeito do disposto neste artigo, o valor dos bens do INPS e do IPASE será fixado por comissão designada pelo Ministro da Previdência e Assistência Social, da qual participarão representantes das duas entidades.

§ 2º Observado o disposto no Art. 5º do Decreto- Lei nº 900 de 29 de setembro de 1969, o capital da DATAPREV, por ato do Poder Executivo, poderá ser aumentada mediante incorporação de reservas e reinversão do lucros na forma do que dispuserem os Estatutos, assim como de outros recursos que, a título de acréscimo do capital, lhe forem destinados, pela União, pelo INPS, pelo IPASE ou por outras entidades subordinadas ou vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social cuja participação for julgada conveniente, a juízo do Ministro de Estado.

Art. 4º Constituem recursos da DATAPREV :

I - as receitas operacionais;
II - as receitas patrimoniais;
III - as receitas eventuais;
IV - as doações;
V - o produto de operações de crédito;
VI - os de outras origem, inclusive orçamentários

Art. 5º A DATAPREV será regida por esta Lei pelos Estatutos de serem aprovados por decreto, no prazo de 90 (noventa) dias da data da vigência desta Lei, e pelas normas de direito aplicáveis.

Parágrafo único. Dos Estatutos de que trata este artigo constarão, além das finalidades do capital e dos recursos, na forma do disposto nesta Lei, a composição da administração e do órgão de fiscalização da DATAPREV, as respectivas atribuições, e a competência de seus dirigentes.

Art. 6º O regime jurídico do pessoal da DATAPREV será o da legislação trabalhista.

Parágrafo único. Os servidores do INPS e do IPASE que prestem serviços nos setores de processamento de dados deles desmembrados e incorporados à DATAPREV por força do disposto nesta Lei, terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados de sua vigência, para ingressarem no quadro do pessoal da empresa mediante expressa opção, ficando-lhes assegurada, neste caso, a contagem do respectivo tempo de serviço prestado sob o regime estatutário.

Art. 7º A prestação de contas da Administração da DATAPREV será submetida ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social que, com seu pronunciamento e a documentação de que trata o artigo 42 do Decreto-Lei nº 199, de 25 de fevereiro de 1967, a enviará ao tribunal de Contas da União até 31 de maio do exercício subsequente ao da prestação.

Art. 8º Fica o Poder Executivo autorizado a abrir ao Ministério da Previdência e Assistência Social crédito especial de até Cr\$ 510.000,00 (quinhentos e dez mil cruzeiros) para atender à participação da União no capital inicial da DATAPREV.

Parágrafo único. A despesa autorizada nesta artigo será compensada mediante anulação de dotação orçamentária.

Art. 9º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 4 de novembro de 1974; 153º da Independência e 86º da República.

ERNESTO GEISEL
Mário Henrique Simonsen
João Paulo dos Reis Velloso
L. G. do Nascimento e Silva

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I
Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II **Dos Princípios e Diretrizes**

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III **Da Organização, da Direção e da Gestão**

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV **Da Competência e das Atribuições**

Seção I **Das Atribuições Comuns**

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Exceção do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II **Da Gestão Financeira**

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste

artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III **Do Planejamento e do Orçamento**

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

PORTARIA N.º 896, DE 29 DE JUNHO DE 1990

DO 122, de 2/7/90

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições:

- Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição, o qual estabelece que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;
- Considerando a necessidade de se estabelecer um sistema único de informações assistenciais que permita adequado planejamento, controle e avaliação das ações de saúde;
- Considerando a necessidade de se estabelecer um sistema único de repasses financeiros que retribua com os mesmos critérios os serviços públicos, contratados e conveniados;
- Considerando a necessidade de, para isso, adotarem-se métodos gerenciais modernos:

RESOLVE:

1. Fica o INAMPS incumbido de implantar o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

1.1. A implantação do SIH-SUS dar-se-á a partir de 1º/07/90, tendo como base inicial:

- c) O Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMPS) e seu instrumento, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que, com

- valores de tabela específicos, será aplicado aos hospitais da rede própria, estaduais e municipais: e
- d) a redefinição das quotas de AIH para os Estados, tomando como ponto de partida a média do total de internações efetivamente realizadas nos últimos 12 (doze) meses, e como limite, os parâmetros consignados na Portaria 3046, de 20/07/82.
- 1.2. A implantação do SIH-SUS dar-se-á a partir de 1º/10/90 tendo como base inicial:
 - a) os estudos já desenvolvidos na elaboração do Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (SICAPS).
 - b) o cadastramento da rede ambulatorial e a definição da programação física-orçamentária para cada unidade da federação.
 - c) projeto piloto a ser previamente desenvolvido em uma unidade da federação.
 2. A implantação do SIH-SUS e do SIA-SUS somente será efetivadas nos sistemas municipais e estaduais que atendam aos seguintes requisitos:
 - 2.1. rede de serviços ambulatoriais e hospitalares regionalizada, hierarquizada e articulada através de mecanismos formais de referência e contra-referência, com fluxo facilitado aos usuários.
 - 2.2. Sistema de atendimento de Urgências/Emergências integrado a rede, de fácil acesso a população, com mecanismos de comunicação e transporte específicos para seu uso.
 - 2.3. Garantia de provimento das internações hospitalares necessárias através de central de controle de vagas.
 - 2.4. Mecanismos de controle e avaliação que permitam aferir o desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade.
 - 2.5. Participação da comunidade através dos Conselhos Municipais e Estaduais de saúde.

ALCENI GUERRA

PORTARIA Nº 567, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que estima a cobertura de internação hospitalar de 7 a 9% da população/ano;

Considerando a Portaria Conjunta SE/SAS nº 23, de 21 de maio de 2004, que disponibilizou o Módulo Autorizador, como instrumento de Controle com informatização das autorizações hospitalares e dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo ?APAC;

Considerando a Portaria GM nº 510, de 30 de setembro de 2005, que estabelece a implantação do processamento descentralizado do Sistema de Informação hospitalar ? SIHD, a partir da competência novembro de 2005;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 492 de 26 de agosto de 1999, que define que a confecção e distribuição da APAC-I formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001, que institui, no âmbito da [Secretaria de Atenção à Saúde](#), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC; e

Considerando a Portaria GM/MS nº 486, de 31 de março de 2005, que instituiu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Médica Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que a partir da competência janeiro 2006, a definição da série numérica para as autorizações de internações hospitalares - AIH, deverá ser de responsabilidade dos gestores estaduais e do Distrito Federal.

Parágrafo Único ? As séries numéricas referentes aos procedimentos regulados pela CNRAC e das cirurgias eletivas de média complexidade, são definidas pelo Ministério da Saúde.

Art 2º - Definir que as séries numéricas citadas no art. 1º desta Portaria e as referentes às autorizações dos procedimentos de alta complexidade/Custo - APAC deverão, a partir de janeiro/2006, constituir-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 ambulatorial e de internação específicas da CNRAC, que iniciarão com o número 99 indicando que corresponde a todo Brasil, sem divisão por unidade federada.

- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 06 para 2006).

- O quinto dígito deverá ser o número:

a) 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral;

b) 2 (dois) para identificar que a autorização é ambulatorial (APAC);

c) 3 (três) para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC;

d) 4 (quatro) para identificar que a autorização é ambulatorial(APAC) específica da CNRAC.

E) 5 (cinco) para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, relacionados no anexo I da Portaria GM/MS nº 486, de 31 de março de 2005; e

- 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?.

Art. 3º - Caberá aos gestores estaduais e do Distrito Federal distribuírem as AIH e APAC por faixa numérica, aos seus municípios, com base na Programação Pactuada e Integrada.

Parágrafo Único - As Secretarias Municipais de Saúde em gestão plena, a partir do intervalo da faixa numérica que lhe couber, deverá também definir o intervalo de AIH e APAC para os seus órgãos de autorização locais.

Art. 4º - Estabelecer a série numérica nacional para os procedimentos de internação que integram a CNRAC, conforme anexo I desta portaria.

Art. 5º - Definir a série numérica nacional para os procedimentos ambulatoriais que integram a CNRAC, conforme anexo II desta portaria.

Art. 6º - Estabelecer a série numérica nacional para os procedimentos das cirurgias eletivas conforme anexo III desta portaria.

Art. 7º - Recomendar que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem a sistemática de distribuição das AIH e APAC por meio eletrônico, evitando custos adicionais com a impressão das folhas numeradas e carbonadas para cada AIH ou APAC.

Parágrafo Único ? É possível a geração dos números de AIH e APAC a partir do módulo autorizador disponível no *site* do DATASUS, ou a partir de sistema desenvolvido pela própria secretaria de saúde.

Art. 8º - Definir que as AIH e APAC apresentadas em fevereiro/2006, somente serão aceitas nos sistemas SIA e SIH, com a nova série numérica estabelecida nesta Portaria.

Art. 9º - Definir que é de responsabilidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS/MS providenciar as adequações necessárias nos sistemas SIA e SIH/SUS ao que dispõe esta Portaria.

Art. 10- Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Secretário

ANEXO I

Série numérica de AIH para Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade ? CNRAC.

| Nº inicial da Faixa | Nº final da Faixa |
|---------------------|---------------------|
| 99.06.3.0.000.001-X | 99.06.3.0.020.153-X |

ANEXO II

Série numérica de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo-APAC

| | |
|---------------------|---------------------|
| Nº inicial da Faixa | Nº final da Faixa |
| 99.06.4.0.000.001-X | 99.06.4.0.005.123-X |

ANEXO III

FAIXA NUMÉRICA DE AIH PARA CIRURGIAS ELETIVAS

| UF | Quantidade | Nº inicial da Faixa | Nº final da Faixa |
|----|------------|---------------------|---------------------|
| AC | 1.380 | 12.06.5.0.000.001-x | 12.06.5.0.001.380-x |
| AL | 16.106 | 27.06.5.0.000.001-x | 27.06.5.0.016.106-x |
| AP | 1.226 | 16.06.5.0.000.001-x | 16.06.5.0.001.226-x |
| AM | 7.344 | 13.06.5.0.000.001-x | 13.06.5.0.007.344-x |
| BA | 68.546 | 29.06.5.0.000.001-x | 29.06.5.0.068.546-x |
| CE | 27.503 | 23.06.5.0.000.001-x | 23.06.5.0.027.503-x |
| DF | 4.490 | 53.06.5.0.000.001-x | 53.06.5.0.004.490-x |
| ES | 15.770 | 32.06.5.0.000.001-x | 32.06.5.0.015.770-x |
| GO | 20.712 | 52.06.5.0.000.001-x | 52.06.5.0.020.712-x |
| MA | 20.002 | 21.06.5.0.000.001-x | 21.06.5.0.020.002-x |
| MS | 7.578 | 50.06.5.0.000.001-x | 50.06.5.0.007.578-x |

| | | | |
|----|--------|---------------------|---------------------|
| MT | 8.976 | 51.06.5.0.000.001-x | 51.06.5.0.008.976-x |
| MG | 64.792 | 31.06.5.0.000.001-x | 31.06.5.0.064.792-x |
| PA | 22.976 | 15.06.5.0.000.001-x | 15.06.5.0.022.976-x |
| PB | 12.580 | 25.06.5.0.000.001-x | 25.06.5.0.012.580-x |
| PR | 30.038 | 41.06.5.0.000.001-x | 41.06.5.0.030.038-x |
| PE | 32.518 | 26.06.5.0.000.001-x | 26.06.5.0.032.518-x |
| PI | 14.378 | 22.06.5.0.000.001-x | 22.06.5.0.014.378-x |
| RJ | 40.672 | 33.06.5.0.000.001-x | 33.06.5.0.040.672-x |
| RN | 12.130 | 24.06.5.0.000.001-x | 24.06.5.0.012.130-x |
| RS | 35.650 | 43.06.5.0.000.001-x | 43.06.5.0.035.650-x |
| RO | 3.558 | 11.06.5.0.000.001-x | 11.06.5.0.003.558-x |
| RR | 682 | 14.06.5.0.000.001-x | 14.06.5.0.000.682-x |
| SC | 18.996 | 42.06.5.0.000.001-x | 42.06.5.0.018.996-x |
| SP | 94.156 | 35.06.5.0.000.001-x | 35.06.5.0.094.156-x |
| SE | 7.760 | 28.06.5.0.000.001-x | 28.06.5.0.007.760-x |
| TO | 3.286 | 17.06.5.0.000.001-x | 17.06.5.0.003.286-x |

PORTARIA Nº 51 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000.

1.1. DO 31-E, de 14/2/00

O Secretário de Assistência à Saúde - Substituto, no uso de suas atribuições legais,
 Considerando a necessidade de um constante acompanhamento, com conseqüentes
 alterações no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 117, de 01 de setembro de 1997, que descentralizou a elaboração dos formulários Autorização de Internação Hospitalar - AIH;

Considerando o avanço na informatização e as dificuldades operacionais para a confecção e distribuição dos formulários AIH, e

Considerando a frequência com que os estados vêm confeccionando e utilizando formulários de AIH com numeração fora da sua série numérica, estabelecida pelo Ministério da Saúde, causando sérios transtornos de ordem financeira e operacional, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que, a partir de fevereiro de 2000, como forma alternativa, as séries numéricas de AIH dos estados e Distrito Federal poderão ser distribuídas, também, por meio eletrônico.

Parágrafo único. O disposto neste Artigo não impede a confecção dos formulários, se julgada necessária.

Art. 2º - Determinar que as séries numéricas destinadas pelo Ministério da Saúde aos estados e Distrito Federal deverão ser rigorosamente obedecidas.

§ 1º - Cada Estado da Federação só poderá utilizar AIH de sua série numérica.

§ 2º - A utilização de AIH fora da série numérica estabelecida para o estado acarretará na rejeição da mesma.

Art. 3º - Determinar que o dígito verificador da AIH deverá ser calculado pelo Programa DR System, conforme as normas vigentes.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

PORTARIA CONJUNTA Nº23 DO SECRETÁRIO DE 21 DE MAIO DE 2004.

O Secretário Executivo e o Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições;

Considerando a política de informação e informática em saúde do SUS, implementada pela Secretaria Executiva e a política de descentralização do SUS, implementada pela Secretaria de Atenção à Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 821, de 05 de maio de 2004, que determina a implantação do Projeto da Descentralização do Processamento do Sistema de Informação Hospitalar - SIH, subsidiando o controle do teto financeiro da assistência pelos gestores estaduais/municipais e do Distrito Federal;

Considerando a necessidade de avançar no processo de descentralização do controle das autorizações prévias de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de dotar os municípios e os estados de instrumentos para exercer a gestão descentralizada, e

Considerando a necessidade de modernizar os instrumentos de autorização e permitir uma maior qualidade e controle com a informatização das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo - APAC, resolvem:

Art. 1º Disponibilizar o Módulo Autorizador para os gestores locais.

Parágrafo Único - Esse aplicativo permitirá o cadastramento do Órgão Emissor/Autorizador de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e o controle da numeração das autorizações com geração automática, de acordo com a série numérica válida para a Unidade da Federação.

Art. 2º Estabelecer que o Módulo Autorizador será constituído dos seguintes itens:

I. CADASTRO DE ÓRGÃO EMISSOR – Identifica o órgão emissor por meio de código específico, cuja composição está descrita no Anexo I desta Portaria.

- Para cada órgão emissor será criada tabela com: relação dos autorizadores/supervisores/auditores do órgão, estabelecimentos sob gestão de cada órgão emissor e a série numérica das autorizações pré-definida pelo gestor.

II. CADASTRO DE AUTORIZADORES – Constando de nome completo dos profissionais autorizadores/supervisores/auditores, número do CNS - Cartão Nacional de Saúde (obrigatório), número do CPF e do registro no Conselho de Classe.

III. GERAÇÃO INFORMATIZADA DO NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO - Geração do número da autorização, obedecendo à série válida, para AIH e APAC respectivamente, para o estado no ano, e as pré-definidas para o órgão emissor/autorizador;

- a) Em 2004, a numeração da autorização seguirá a regra atual de série numérica para ambulatorio (APAC) e série/ano para hospitalar (AIH).
- b) Para 2005, o Ministério da Saúde definirá uma única série numérica de autorização por estado.

IV. CRÍTICAS DE COMPATIBILIDADE DE PROCEDIMENTOS - Implantação de crítica de compatibilidade de procedimento com CID-10, faixa etária e sexo. Detectadas inconsistências, apenas será possível a autorização pelos profissionais autorizadores em relação à faixa etária, utilizando senha, de acordo com o controle de acesso.

V. VALIDAÇÃO DAS AUTORIZAÇÕES – Permite a comparação entre o procedimento autorizado x realizado, marcando as divergências encontradas no mesmo arquivo contido no meio magnético de apresentação do movimento hospitalar. As divergências entre os procedimentos autorizados e realizados e as de numeração definidas para aquele órgão emissor, implicarão em bloqueio.

VI. IMPORTAÇÃO PARA O SGAIH – O arquivo referido no item V, pós-comparação, será importado para o SGAIH, onde serão analisadas as divergências, as críticas de homônimos, faixa etária e média de permanência. Após esta análise, os profissionais autorizadores poderão efetuar o desbloqueio com a utilização de senhas de acordo com o controle de acesso.

Art. 3º Definir os dados que constarão no "Módulo Autorizador", a saber:

- SÉRIE NUMÉRICA - Faixa numérica das autorizações (AIH e APAC) válida para o estado e órgão emissor/autorizador;
- DADOS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR - Nome completo, número do CPF, número do CNS e número do registro no conselho de classe;
- TABELA DO CNES - Tabela atualizada mensalmente, contendo os códigos do CNES referentes aos estabelecimentos sob gestão do respectivo órgão emissor, permitindo a seleção dos mesmos com nome fantasia e código do CNES, no ato da autorização;
- DADOS DO PACIENTE - Sendo obrigatório o nome completo do paciente, número do CNS - Cartão Nacional de Saúde, sexo, data de nascimento; código do IBGE e CEP do município de residência, e nome da mãe ou responsável;
- PROCEDIMENTO - Procedimento solicitado e o autorizado, CID, data de autorização/emissão, CNES/CNPJ da unidade solicitante e da unidade executante, identificação da modalidade: hospitalar ou ambulatorial.

Parágrafo Único - Os códigos do CNES, o número do CPF, do CNS, a série numérica de autorização, o código do IBGE e CEP dos municípios serão submetidos à crítica de validação.

Art. 4º Determinar que o Módulo Autorizador emitirá comprovante, por autorização, contendo os campos discriminados no Anexo II desta Portaria.

Parágrafo Único - O comprovante será emitido pelo gestor em uma via, que deverá ser entregue ao estabelecimento solicitante ou ao paciente ou seu responsável, devendo o mesmo ser anexado ao laudo para emissão de autorização, junto ao prontuário do paciente, para fins de auditoria.

Art. 5º Definir que a utilização do Módulo Autorizador exigirá senha de acesso, a qual é de responsabilidade e conhecimento exclusivos dos profissionais autorizadores, devendo ser alterada trimestralmente com vistas à segurança do sistema e do responsável pela autorização.

Parágrafo Único - O aplicativo deverá induzir à alteração periódica de senhas, exigindo a identificação do usuário, onde o número de CNS e CPF será obrigatório.

Art 6º Estabelecer que são considerados órgão emissor/ autorizador o nível central das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seus órgãos administrativos e hospitais públicos.

Art. 7º Definir que o gestor é o responsável pelo cadastro dos órgãos emissores, dos profissionais autorizadores e/ou auditores e da série numérica destinada a cada órgão emissor, devendo emitir relatório com os dados de cada órgão emissor delegado.

Art. 8º Estabelecer que a partir da publicação desta Portaria, fica extinta a Ficha de Cadastro de Órgão Emissor de AIH/FCOE.

Art. 9º Definir que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS deverá disponibilizar, até 18 de junho, a 1ª versão do Módulo Autorizador.

Art. 10 Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
Secretário Executivo

JORGE SOLLA
Secretário

PORTARIA Nº 2.816 DE 29 DE MAIO DE 1998.

GABINETE DO MINISTRO

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal;

Considerando que a maior parte dos óbitos maternos e perinatais ocorrem por problemas relacionados à qualidade da assistência pré-natal e ao parto, em sua maioria evitáveis, e Considerando as elevadas taxas de cesárea no Brasil, fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal; e com o propósito de melhorar à qualidade da assistência obstétrica, resolve:

1 - Determinar que no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar, SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital, na seguinte conformidade:

Limite de 40% - para o segundo semestre de 1998

Limite de 37% - para o primeiro semestre de 1999

Limite de 35% - para o segundo semestre de 1999

Limite de 30% - para o primeiro semestre de 2000

2 - A Secretaria de Assistência à Saúde em conjunto com o DATASUS, adotará as providências necessárias no sentido de efetivar o cumprimento dos limites de realização de cesarianas estabelecidos nesta portaria;

3 - Cabe ao gestor estadual e municipal divulgar esta portaria e assessorar os prestadores de serviços para implementação de medidas que visem a redução das taxas de cesárea e acompanhar os resultados, incluindo o preparo de equipes para assistência ao parto;

4 - Cabe ao gestor municipal qualificar as ações básicas de atenção pré-natal visando a prevenção de fatores de risco gestacional e o preparo adequado da mulher para a realização do parto normal.

5. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Diário Oficial 29/05/98 Seção I Pág.

ANEXO I

O código do órgão emissor obedecerá a seguinte formação:

1) ZXXYYYYYNN

Onde:

Nas secretarias estaduais e municipais:

| CODIGO | SES | SMS |
|--------|-------------------------|---|
| Z | E | M |
| XX | CÓDIGO DA UF NO IBGE | CÓDIGO DA UF NO IBGE |
| YYYYY | 00000 | CÓDIGO (DV) DO MUNICIPIO NO IBGE |
| NN | 01 a 99 | 01 a 99 |

2) ZXXCCCCCCC

Onde:

Nos estabelecimentos estaduais e municipais:

| CODIGO | ESTABELECIMENTO | ESTABELECIMENTO |
|--------|-----------------|-----------------|
|--------|-----------------|-----------------|

| | | |
|--------|----------------------|----------------------|
| | GESTÃO ESTADUAL | GESTÃO MUNICIPAL |
| Z | S | U |
| XX | CÓDIGO DA UF NO IBGE | CÓDIGO DA UF NO IBGE |
| CCCCCC | CÓDIGO DO CNES (DV) | CÓDIGO DO CNES (CD) |

ANEXO II

| | | | |
|---|----------------------|--|----|
| AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO | | | Nº |
| | | Ambulatorial | |
| | | Hospitalar | |
| ÓRGÃO EMISSOR/AUTORIZADOR | | | |
| CÓDIGO | | NOME | |
| | | | |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | |
| 1.2. CNES | NOME FANTASIA | | |
| 1.3. | | | |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | | |
| CNES | NOME FANTASIA | | |
| | | | |
| PACIENTE | | | |
| NOME | | | |
| | | | |
| CNS | | CPF | |
| | | | |
| DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa) | | SEXO | |
| | | | |
| CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | CEP MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | |
| | | | |
| NOME DA MAE | | | |
| | | | |

| PROCEDIMENTO | | |
|-------------------------------------|------------|------------|
| | SOLICITADO | AUTORIZADO |
| CÓDIGO | | |
| DESCRIÇÃO | | |
| CID | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO (DD/MM/AAAA) | | |
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| NOME | | |
| | | |
| CNS | | CPF |
| | | |
| ASSINATURA/CARIMBO | | |

PORTARIA Nº 69, DE 22 DE JUNHO DE 1998

1.4. DO 117-E, de 23/6/98

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando o PRT/GM 2817 de 29 de maio de 1998 que dispõe sobre a importância da vinculação das informações mãe e recém nascido, com a inclusão do campo AIH ANTERIOR, resolve:

1. Alterar a sistemática de apresentação de Autorização de Internação Hospitalar - AIH em meio magnético para os hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH-SUS, que utilizam Sistema próprio de coleta de dados de AIH ou fornecidos por terceiros.

2. Determinar que as AIH apresentadas para cobrança a partir 20 de Junho de 1998 (competência Junho), independente da data de alta do paciente, deverão ser geradas através da versão 8.90.

2.1. A versão 8.90 do programa SISAIH01 apresentará a seguinte característica:

2.1.1. Inclusão do campo Número da AIH Anterior na tela de digitação dos dados do paciente.

2.1.2. Inclusão no lay-out, constante do anexo I, o campo Número da AIH Anterior.

3. Todos os meios magnéticos gerados/entregues nos Órgãos receptores da AIH deverão ser apresentados neste lay-out que estará disponível na rede MS/BBS a partir de 15 de Junho de 1998.

4. O executável do programa SISAIH01 versão 8.90 estará disponível na rede MS/BBS e em todas as regionais do DATASUS/MS em junho de 1998 e será fornecido gratuitamente aos hospitais do SIH-SUS quando da recepção das AIH de junho de 1998.

5. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RENILSON REHEN DE SOUZA

| NOME DO CAMPO | POS. INI. | POS.FI M | OCOR | DESCRIÇÃO |
|---------------|-----------|----------|------|-------------------------|
| DATASUS01 | 0001 | 0001 | | Para uso do DATASUS |
| DCIH | 0002 | 0008 | | Número do DCIH |
| QTD_AIH | 0009 | 0011 | | Quantidade de AIH |
| APRES | 0012 | 0015 | | Mês/Ano de apresentação |
| ESPEC DCIH | 0016 | 0016 | | Especialidade do DCIH |

| | | | | |
|-------------------|------|------|----|-----------------------------------|
| CGC_HOSP | 0017 | 0030 | | CGC do hospital |
| ORG_REC | 0031 | 0037 | | Código do Órgão Receptor |
| PRONT | 0038 | 0044 | | Número do Prontuário |
| SEQ | 0045 | 0047 | | Sequencial da AIH no DCIH |
| IDENT | 0048 | 0048 | | Identificação da AIH |
| ORG_LOC | 0049 | 0055 | | Código do Órgão-Local |
| NOME_PAC | 0056 | 0115 | | Nome do Paciente |
| LOGR | 0116 | 0140 | | Logradouro (Endereço do Paciente) |
| NUMERO | 0141 | 0145 | | Número (Endereço do Paciente) |
| COMPL | 0146 | 0160 | | Complemento(Endereço do Paciente) |
| MUNIC | 0161 | 0180 | | Município(Endereço do Paciente) |
| UF | 0181 | 0182 | | Unid. Feder(Endereço do Paciente) |
| CEP | 0183 | 0190 | | CEP(Endereço do Paciente) |
| DT_NASC | 0191 | 0196 | | Data nascimento do paciente |
| SEXO | 0197 | 0197 | | Sexo do paciente |
| N_AIH | 0198 | 0207 | | Número da AIH |
| ENFER | 0208 | 0210 | | Número da Enfermaria |
| LEITO | 0211 | 0214 | | Número do Leito |
| NOME_RESP | 0215 | 0274 | | Nome do responsável p/ paciente |
| CPF_PAC | 0275 | 0285 | | Cpf do Paciente |
| NUM_CAT | 0286 | 0296 | | Comunicado Acidente de Trabalho |
| CGC_EMPREG | 0297 | 0310 | | CGC do empregador |
| MED_SOL | 0311 | 0321 | | CPF do médico solicitante |
| PROC_SOL | 0322 | 0329 | | Procedimento solicitado |
| CAR_INT | 0330 | 0330 | | Carater de Internação |
| DT_EMISS | 0331 | 0336 | | Data de Emissão |
| MED_RESP | 0337 | 0347 | | CPF do médico responsável |
| | | | 05 | MEDICO AUDITOR |
| PROC_AUTn | 0348 | 0387 | | Procedimento autorizado(8 bytes) |
| MÊS_INIC | 0388 | 0389 | | Dias de UTI mês inicial |
| MÊS_ANT | 0390 | 0391 | | Dias de UTI mês anterior |
| MÊS_ALTA | 0392 | 0393 | | Dias de UTI mês alta |
| TOT_UTI | 0394 | 0395 | | Total de dias de UTI |
| DIA_AC | 0396 | 0397 | | Diarias de acompanhante |
| DT_AUTO | 0398 | 0403 | | Data de autorização |
| CPF_AUD | 0404 | 0414 | | CPF do médico auditor |
| | | | 14 | SERVIÇOS PROFISSIONAIS |
| TIPO | 0415 | - | | Tipo (02 bytes) |
| CGC_CPF | - | - | | CGC/CPF (14 bytes) |
| ATO_PROF | - | - | | Ato Profissional(08 bytes) |
| TIPO_ATO | - | - | | Tipo do ato (02 bytes) |
| QTD_ATO | - | - | | Quantidade de atos(02 bytes) |
| NF | - | 0890 | | Nota fiscal (OPM) (06 bytes) |
| CPF_DC | 0891 | 0901 | | CPF diretor clinico |
| PROC_REAL | 0902 | 0909 | | Procedimento realizado |
| ESPEC | 0910 | 0910 | | Especialidade da AIH |
| DT_INT | 0911 | 0916 | | Data de internação |
| DT_SAI | 0917 | 0922 | | Data de saída |
| DATASUS02 | 0923 | 0924 | | Para uso do DATASUS |
| DIAG_PRI | 0925 | 0928 | | Diagnóstico Principal |

| | | | | |
|----------------------|------|------|--|--------------------------------------|
| DATASUS03 | 0929 | 0930 | | Para uso do DATASUS |
| DIAG_SEC | 0931 | 0934 | | Diagnóstico secundário |
| MOT_COB | 0935 | 0936 | | Motivo de cobrança |
| N_VIVOS | 0937 | 0937 | | Nascidos vivos |
| N_MORTOS | 0938 | 0938 | | Nascidos mortos |
| S_ALTA | 0939 | 0939 | | Saídas por alta |
| S_TRAN | 0940 | 0940 | | Saídas por transferência |
| S_OBITO | 0941 | 0941 | | Saídas por óbito |
| DATASUS04 | 0942 | 1052 | | Para uso do DATASUS |
| PROX_AIH | 1053 | 1062 | | Número da próxima AIH |
| AIH_ANT | 1063 | 1072 | | Número da AIH anterior - versão 8.90 |
| DATASUS05 | 1073 | 1091 | | Para uso do DATASUS |
| MUN_PAC | 1092 | 1097 | | Município origem paciente |
| DATASUS06 | 1098 | 1100 | | Para uso do DATASUS |
| CGC_PRESTADOR | 1101 | 1114 | | CGC do prest. Serviço |
| NACIONALIDADE | 1115 | 1116 | | Nacionalidade do paciente |
| DATASUS07 | 1117 | 1200 | | Para uso do DATASUS |

OBS: Os campos DATASUSxx devem ser preenchidos com zeros

PORTARIA Nº 321 DE 8 DE FEVEREIRO DE 2007.

Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que define a organização de um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território brasileiro, abrangendo aspectos epidemiológicos e de prestação de serviços;

Considerando a necessidade de adequar a tabela de procedimentos para qualificar as informações e subsidiar as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde;

Considerando o participativo trabalho realizado pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, as contribuições de entidades envolvidas na prestação do atendimento aos usuários na esfera pública, filantrópica e privada, os Conselhos de Exercício Profissional, as Sociedades de Especialistas e a participação popular consubstanciados nas proposições apresentadas à Consulta Pública SAS/MS nº 05, de 4 de outubro de 2005;

Considerando que a unificação das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares visa à integração das bases de dados do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar, contribuindo, assim, para a constituição de um Sistema Único de Informações da Atenção à Saúde;

Considerando a cooperação técnica do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS no processo de constituição da Tabela; e

Considerando a aprovação da proposta de implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 14 de dezembro de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da competência julho de 2007.

§ 1º A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS passa a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS e estará disponível no site www.saude.gov.br/sas.

§ 2º A estrutura e a lógica de organização da Tabela instituída no caput deste artigo estão descritas no Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Ficam extintas, a partir da competência julho de 2007, as Tabelas de Procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS.

Parágrafo único. Os estados e os municípios poderão apresentar produção ambulatorial referente a 3 (três) competências anteriores a julho de 2007 e apresentar produção de internação hospitalar com data de alta do paciente referente a 6 (seis) meses anteriores à competência julho de 2007, com os códigos vigentes à época.

Art. 3º O prazo de apresentação da produção hospitalar passa para três competências posteriores ao efetivo atendimento, ficando mantido este prazo para produção ambulatorial.

Parágrafo único. Entende-se como o prazo de competência citado no caput deste artigo para o sistema de informação hospitalar o mês de alta do paciente.

Art. 4º A coordenação técnica e o gerenciamento da Tabela instituída pelo artigo 1º desta Portaria, quanto às alterações, inclusões ou exclusões de procedimentos e os respectivos atributos é de responsabilidade exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC.

Parágrafo único. As alterações decorrentes de decisões das áreas técnicas deste Ministério, que impactam a Tabela e conseqüentemente os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, deverão ser previamente analisadas pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, para efetiva implantação/implementação.

Art. 5º A inclusão de procedimentos na Tabela deverá estar amparada por critérios técnicos

baseados em evidência científica e diretrizes clínicas, bem como de estudo de custo, ficando tais

informações sob a responsabilidade de cada área técnica proponente do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A inclusão ou alteração de valor de procedimento deverá dispor de análise de impacto e viabilidade orçamentário-financeira a ser efetuada pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas –DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 6º O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – GETPROC será o instrumento gerenciador desta Tabela.

§ 1º A coordenação e o gerenciamento do Sistema de que trata este artigo são de responsabilidade da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação - CGSI/DRAC/SAS/MS e toda implementação e guarda do banco de dados é de responsabilidade do Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SE/MS.

§ 2º Este Sistema de Gerenciamento será disponibilizado para consulta dos gestores no site www.saude.gov.br/sas.

Art. 7º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC, realizar estudo quadrimestral da repercussão orçamentária e financeira a partir do banco de dados de produção do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, no período de 1 (um) ano contado a partir da vigência da Tabela.

§ 1º Este estudo será base para revisão e ajustes nos tetos financeiros dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, observando as disponibilidades orçamentário-financeiras do Ministério da Saúde e a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 2º O estudo de que trata este artigo servirá de subsídio para adequações da Programação Pactuada Integrada – PPI dos Estados e dos Municípios.

§ 3º O estudo de impacto financeiro realizado pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS para cálculo inicial da repercussão da implantação da Tabela, baseado na produção ambulatorial e hospitalar de 2005, fonte DATASUS/SE/MS, estará disponível para consulta no site www.saude.gov.br/sas.

Art. 8º Será destinado recurso, no montante de R\$ 132.000.000,00 (cento e trinta e dois milhões de reais), para o impacto financeiro anual da implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão ser objeto de portaria específica.

Art. 9º Com a implantação da Tabela instituída por esta Portaria ficam extintas as classificações de complexidade M1, M2 e M3, previstas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002, Portaria GM/MS nº 373/2002 e na Programação Pactuada e Integrada – PPI.

Art. 10. Compete ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS/SE/MS adotar as medidas técnicas e operacionais necessárias à implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos,

Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS, permitindo a utilização por todos os sistemas de informação da atenção à saúde e os demais sistemas por ele desenvolvidos, que utilizem a Tabela no todo ou em parte.

Parágrafo único. O layout da Tabela a ser utilizado nos sistemas referidos no caput deste artigo será publicado no mês de março de 2007 em portaria específica.

Art. 11. É de responsabilidade do DATASUS/SE/MS manter atualizado o banco de dados de produção nos aplicativos TABWIN e TABNET, inclusive com a preservação da série histórica.

Art. 12. A Tabela com todos os procedimentos, seus atributos e compatibilidades (ex: Procedimento X CID, Procedimento X CBO) será publicada em portaria específica no mês de março de 2007.

Art. 13. A partir da publicação desta Portaria, procedimentos novos somente serão incluídos após adotada a lógica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Processos em tramitação, referentes à inclusão de procedimentos na Tabela instituída por esta Portaria deverão estar concluídos até o mês de março de 2007, sendo efetivados somente para apresentação no SIA/SUS e no SIH/SUS a partir de julho de 2007, devendo ainda atender ao disposto no artigo 5º desta Portaria

Art. 14. Novos procedimentos só poderão ser incluídos 6 (seis) meses após a implantação da Tabela instituída por esta Portaria, a fim de permitir a realização do estudo de que trata o artigo 7º desta Portaria.

Art. 15. O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC/SAS, por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, promoverá, em parceria com o DATASUS/SE/MS, no período de abril a junho/2007, a capacitação dos técnicos das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para a implantação da Tabela de que trata esta Portaria, conforme cronograma acordado previamente com as Secretarias de Estado da Saúde.

Art. 16. É de competência exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde publicar normas complementares referentes à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 17. Fica definido que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0035 - Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 18. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência julho de 2007.

Art. 19. Revogam-se a Portaria nº 1.230/GM, publicada no Diário Oficial da União nº 216-E, de 11 de novembro de 1999, Seção 1, página 8, a Portaria SNAS/MS nº 16, de 8 de janeiro de 1991, publicada no Diário Oficial da União nº 7, de 10 de janeiro de 1991, Seção 1, página 603, e a Portaria SNAS/MS nº 17, de 8 de janeiro de 1991, publicada no Diário Oficial da União nº 7, de 10 de janeiro de 1991, Seção 1, página 627.

ASS JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de unificação dos sistemas de informação e bases de dados na área da saúde é uma antiga evidência. Tal unificação depende essencialmente da adoção de padrão único para entrada de dados e das ferramentas tecnológicas utilizadas. A padronização do registro da informação implica a necessidade de adequar os diferentes sistemas, garantindo a preservação de séries históricas.

Mesmo que atendidas essas premissas, a decisão política de implantação e a ousadia de cumpri-las são os determinantes máximos.

O levantamento retrospectivo dos sistemas de informação da assistência à saúde remonta a estágios diferentes. Na década de 1980 foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS/AIH, com o objetivo principal de efetuar pagamento aos hospitais

contratados pelo INAMPS, estendido, a seguir, aos hospitais filantrópicos e por último aos universitários e de ensino.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde e a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, nasce, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS, e no período de 1990 a 1995, surge o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, ambos com foco principal no pagamento de faturas por produção de serviços.

Os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar nasceram com tabelas de procedimentos próprias e distintas. A duplicidade dessas tabelas para registro de um mesmo procedimento, conforme a modalidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar, com códigos e valores distintos para cada atendimento, tornou difícil, senão impossível, a integração das bases de dados para estudos, análises e planejamento na gestão da saúde.

A decisão política imprescindível para a unificação, no entanto, foi tomada e levada adiante com participação ampla. Hoje, com as possibilidades da tecnologia da informação não só se torna viável a implantação da Tabela de procedimentos, mas, essencialmente, direciona a unificação e seu uso como instrumento para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde.

Iniciativas no sentido da unificação das tabelas de procedimentos do SUS remontam a uma década. O processo não chegou a sua conclusão, foi sempre abortado por motivos diversos. No entanto, a cada tentativa foram alcançados novos estágios e o resultado constituiu arcabouço importante para a construção da Tabela de procedimentos.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Implantar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.

2.2. ESPECÍFICOS

1. Implantar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em todo o País.
2. Substituir as atuais tabelas de procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar – SIA e SIH/SUS, pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
3. Subsidiar os gestores nas ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento dos registros e análises das informações em saúde.
4. Definir a estrutura, a lógica e a organização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
5. Detalhar os atributos associados a cada procedimento.

3. ESTRUTURA DA TABELA

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS está estruturada por níveis de agregação. São 4 (quatro) os níveis, a saber:

3.1. GRUPO – Abrange o maior nível de agregação da tabela – primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas.

3.2. SUBGRUPO – Segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação.

3.3. FORMA DE ORGANIZAÇÃO – Terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: Área Anatômica; Diferentes Sistemas do Corpo Humano; Por Especialidades; Por Tipos de Exame; Por Tipos de Órtese e Prótese; Por Tipos de Cirurgias; outros.

3.4. PROCEDIMENTO – É o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível - É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

3.5. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO PROCEDIMENTO:

ATRIBUTOS - São características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente:

- ao próprio procedimento;
- ao estabelecimento de saúde por meio do SCNES;
- ao usuário do SUS; e
- a forma de financiamento definidas nas Políticas de Saúde do SUS.

Observação - Para cada procedimento da tabela existem atributos definidos, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar.

| 4. TABELA DE DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS | | | |
|---|---|---|--|
| EM RELAÇÃO | ATRIBUTOS | REFERÊNCIA | DEFINIÇÕES |
| PROCEDIMENTO | Código, Nome e Descrição | Código numérico e nome e/ou descrição alfa-numérico | São identificadores dos procedimentos. Obrigatório para todos os procedimentos. |
| | Vigência/Portaria | Vigência inicial e final: Data e número da portaria de origem | Data e portaria a partir da qual o procedimento foi incluído e excluído do sistema. |
| | Modalidade do Atendimento | Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia, Atenção Domiciliar. | Local onde o procedimento pode ser realizado. |
| | Complexidade | Atenção Básica; Média, Alta Complexidade; Não se aplica. | Relaciona o grau de infra-estrutura, especialização, elaboração ou sofisticação que envolve a realização do procedimento. |
| | Classificação Brasileira de Ocupações – CBO | Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego | Especialidades profissionais que estão aptas a realizar o procedimento |
| | Exige Autorização | APAC e AIH 1- Não, 2- Sim, com emissão de APAC 3- Sim, com emissão de AIH, 4- Sim, sem emissão de AIH, 5- Sim, com emissão de APAC e AIH, 6- Sim, com emissão de APAC, sem emissão de AIH (ex: tomografia) | Vincula a necessidade de autorização prévia do gestor para realização do procedimento. Procedimentos de Internação – todos os procedimentos que geram internação e os especiais devem ser autorizados pelo gestor; Procedimentos ambulatoriais – Devem ser autorizados pelo gestor todos os procedimentos que geram APAC, que são procedimentos de alta complexidade, com tratamento contínuo, medicamentos de dispensação excepcional/estratégicos e procedimentos de transplantes, bem como todos os exames de alta complexidade. Obs: Cada gestor, dependendo da necessidade e do processo de regulação, poderá definir outros procedimentos com exigência de autorização. |

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|---|
| ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | Dias de Permanência | Número/quantidade de dias | É o número de dias previstos para aquele procedimento, também chamado de média de permanência. |
| | Admite Tratamento Continuado | Sim ou Não | É o tratamento no qual o paciente não tem a perspectiva da data da alta uma vez que a ação, o cuidado ou a terapia indicada tem característica de continuidade. Ocorre em Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Tuberculose e Hanseníase, Nefrologia, Medicamentos de dispensação excepcional e oncologia. |
| | Total de Pontos do Ato | Quantitativo numérico | É o número de pontos definidos para um procedimento de internação. É a base para cálculo do rateio exclusivo para a fração Serviços Profissionais (SP). |
| | Quantidade Máxima | Quantitativo numérico | Utilizado para procedimentos com quantidade máxima permitida. |
| | Admite Anestesia | Sim ou Não 1- Não, 2- Sim, Anestesia 3-Sim, Analgesia | Informa se o procedimento pode ou não ser realizado sob anestesia. |
| | Órteses, Próteses e Materiais (OPM) | Código dos procedimentos | Explicita a compatibilidade entre OPM e procedimento principal no caso da internação hospitalar. |
| | Valor | Moeda Nacional (Real) | É o valor de referência nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento. - O valor da internação hospitalar compreende: a) Serviços Hospitalares (SH) - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e b) Serviços Profissionais (SP) - correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação. - O valor ambulatorial (SA)-compreende um componente – o SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio. (Não está incluído medicamento de dispensação excepcional). |
| | Serviço/Classificação (S/C) | Tabela de Serviço/Classificação do SCNES | O estabelecimento de saúde deve dispor do serviço/classificação compatível, devidamente cadastrado no CNES. |
| | Habilitação (HB) | Tabela de Habilitação – SCNES | O estabelecimento de saúde deve ter habilitação específica e cadastrada no CNES. |

| | | | |
|---------------|-----------------------------------|--|--|
| | Especialidade do Leito exigida | Tabela de especialidade dos leitos – SCNES | O estabelecimento de saúde deve ter a especialidade do leito cadastrado no CNES. |
| | Tipo de Prestador | Tabela de Prestador – SCNES | O tipo de prestador deve ser compatível e informado no CNES. |
| USUÁRIO | Idade | Em anos de vida – idade mínima: 0 anos Idade máxima: 110 anos | É a idade do paciente em anos para que o mesmo seja submetido ao procedimento. Quando do atendimento a paciente com idade superior, caberá ao gestor avaliar e efetivar a autorização. |
| | Sexo | Masculino ou Feminino | É o sexo do paciente para o qual é possível para a realização do procedimento (Pode ser também “ambos”). |
| | CID Principal | Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 | Corresponde à doença/lesão de base que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação. |
| | CID Secundário | Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 | Corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base; O CID secundário é campo obrigatório para determinados procedimentos. |
| FINANCIAMENTO | Forma de Financiamento de custeio | PAB; MAC, FAEC, Incentivo MAC, Assistência Farmacêutica ou Vigilância em Saúde. | É o tipo de financiamento do procedimento em coerência com o Pacto de Gestão. |
| | Incremento | Percentual | É um percentual que é acrescido ao valor original do procedimento e está vinculado diretamente a uma habilitação do estabelecimento. |

5. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO DA TABELA

O código de procedimento está estruturado da seguinte forma:

- a estrutura de codificação de cada procedimento tem 10 (dez) dígitos de formato numérico;
- o dois primeiros dígitos identificam o grupo;
- o terceiro e o quarto dígitos identificam o subgrupo;
- o quinto e o sexto dígitos identificam a forma de organização;
- o sétimo, o oitavo e o nono dígitos identificam o seqüencial dos procedimentos; e
- o décimo dígito identifica a validação do código do procedimento.

Ou seja, GG.SG.FO.PRO-X, onde:

GG é o grupo

SG é o subgrupo

FO é a forma de organização

PRO é o seqüencial do procedimento

X é o dígito verificador.

6. SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA

A complexidade que envolveu o processo de unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS exigiu o desenvolvimento de um sistema para sua efetivação. O Ministério da Saúde desenvolveu com a participação conjunta de técnicos da CGSI/DRAC/SAS e do DATASUS/SE, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Esse sistema tem por objetivo fazer o gerenciamento da Tabela e proporcionar série histórica das inclusões, alterações e exclusões dos procedimentos. A coordenação e o gerenciamento da referida Tabela por meio desse sistema é de responsabilidade da CGSI/DRAC/SAS/MS, porém, toda implementação e guarda do banco de dados do referido sistema é de responsabilidade do DATASUS/SE/MS.

7. METODOLOGIA DA DEFINIÇÃO DO VALOR UNITÁRIO DOS PROCEDIMENTOS E DO CÁLCULO DE IMPACTO DA TABELA

Diante das possibilidades orçamentárias do MS, foram definidos alguns critérios para diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação. Definiu-se que o grupo de procedimentos de finalidade diagnóstica tivesse o mesmo valor de procedimento para os sistemas ambulatorial e hospitalar, baseado no fato de que a complexidade do exame não se altera por ser este realizada ambulatorialmente ou em regime de internação. Vários procedimentos com finalidade diagnóstica não tinham valor na tabela hospitalar, e sim no rateio de pontos, mesmo os procedimentos passíveis de autorização. Assim, os procedimentos: Tomografia; Endoscopia; Radiologia Intervencionista; Medicina Nuclear in Vivo; Ressonância Magnética; Anatomia Patológica; Coleta por punção ou biopsia; Ultra-sonografia e Diagnóstico em Hemoterapia ficaram com o mesmo valor no ambulatório e no hospital.

7.1. QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DA TABELA QUE TÊM MAIS DE UM CÓDIGO DE ORIGEM

Foi estabelecida média ponderada, com base na produção de 2005, realizada para procedimentos ambulatoriais e hospitalares em separado.

7.2. QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DE FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Foi atribuído valor igual (SIA e SIH) para os Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, sendo adotada a maior média ponderada (ambulatorial ou hospitalar). Para os procedimentos com valores zerados no SIH, nos tipos de exames abaixo, foi adotada a média ponderada ambulatorial:

- Anatomia Patológica;
- Coleta por punção ou biopsia;
- Tomografia;
- Endoscopia;
- Radiologia Intervencionista;
- Medicina Nuclear in Vivo;
- Ressonância Magnética;
- Ultra-sonografia;
- Fisioterapia;
- Diagnóstico em Hemoterapia.

Observação - Com a adequação dos procedimentos com finalidade diagnóstica, permaneceram com valor zerado na internação os procedimentos de radiologia, laboratório clínico e métodos diagnósticos em especialidade (exemplo: ECG), sendo o valor da fração correspondente ao SADT incorporada ao valor do SH.

7.3. QUANTO À DIÁRIA DE UTI, CUJA CÓDIGO NÃO EXISTIA NA TABELA SIH/SUS

Aos procedimentos de Diária de UTI, que na tabela do SIH não tinham códigos (UTI I), foram atribuídos códigos na Tabela UTI adulto, neonatal e pediátrica, Foi adotada a média ponderada, considerando a produção de 2005, no valor de R\$ 95,90.

7.4. QUANTO À DIÁRIA DE ACOMPANHANTE, CUJO NÃO EXISTIA CÓDIGO NA TABELA DO SIH/SUS

Para diária de acompanhante, que na tabela do SIH não tinha código, na Tabela foram atribuídos 2 códigos: a) diária de acompanhante para criança e adolescente; b) diária de acompanhante adulto. Neste caso, foi adotado o valor único com a média fixada em R\$ 4,33 considerando os valores da diária geral de R\$ 2,65 e o da diária para a gestante e idoso de R\$ 6,00.

7.5. SOBRE O ATRIBUTO INCREMENTO

Na Tabela, o critério adotado quando da existência de mais de um procedimento de origem, com valores diferentes por vinculação a uma habilitação como, por exemplo, o procedimento de Parto, foi o de

unificar os procedimentos e estabelecer um % de incremento vinculando à habilitação específica, em conformidade às portarias específicas.

8. QUANTO À COMPOSIÇÃO DO VALOR DOS PROCEDIMENTOS

Na Tabela, o valor do procedimento de internação possui dois componentes: Serviços Hospitalares (SH), incorporando os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) e Serviços Profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um componente, Serviços Ambulatoriais (SA).

- O valor da internação hospitalar compreende:

a) Serviços Hospitalares - SH - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e

b) Serviços Profissionais - SP - Corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.

- O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional.

Observação - Considerando que o Pacto de Gestão estabelece a extinção do Tipo 7, ou seja, exclui a desvinculação de honorários de pessoa física, referente à prestação de serviços hospitalares, é necessário rediscutir no prazo definido naquele instrumento normativo, na Comissão Intergestores Tripartite, a forma de absorver o componente SP no valor hospitalar da Tabela.

9. SOBRE PROCEDIMENTOS CNRAC E DE URGÊNCIAS

Serão identificados na Tabela os procedimentos que integram a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e os que fazem parte do elenco de procedimentos passíveis de urgências, os quais serão necessários para o processamento dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar.

PORTARIA Nº 719, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 321/GM, de 08 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.848/GM, de 06 de novembro de 2007, que define a estrutura organizacional e o detalhamento completo dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a constante necessidade de qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde, buscando compatibiliza-los à implantação de Políticas de Saúde; e

Considerando que em consonância com as políticas públicas e sociais, é de suma importância prover os sistemas de informação ambulatorial e hospitalar com o registro referente à raça/cor, possibilitando identificar o fator de vulnerabilidade para doenças em relação à diferenças raciais, resolve:

Art. 1º - Incluir o campo Raça/Cor, nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar- (SIA/SIH/SUS), para efetivação do registro nos instrumento de coleta de dados de identificação do usuário do SUS, atendendo a classificação expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme a tabela a seguir:

| CÓDIGO | RACA/COR |
|--------|----------|
| 01 | BRANCA |
| 02 | PRETA |
| 03 | PARDA |
| 04 | AMARELA |
| 05 | INDÍGENA |

Art. 2º - Excluir, alterar ou substituir, conforme quadro demonstrativo a seguir, os campos dos instrumentos de coleta do SIA/SUS e SIH/SUS, de acordo com os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

| Formulários/Sistema | Nome do campo (Situação Atual) | CAMPO (Situação Nova) |
|---|--------------------------------|---|
| Sistema de Informação Hospitalar – SIHD e SISAIH01 | Motivo de Cobrança | Motivo de Saída/Permanência |
| | Tipo de Ato | Excluído |
| | Tipo de Vínculo | Regra interna no sistema (Art. 5º), substituindo a atual tabela de tipo de vínculo. |
| | Caráter de Internação | Caráter de Atendimento |
| Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e APAC | Grupo de Atendimento | Excluído |
| | Tipo de Atendimento | Excluído |
| | Faixa Etária | Idade em anos (Obs: < 1 ano, preencher 000) |
| | Atividade Profissional | Classificação Brasileira de Ocupações - CBO |
| | Caráter de Atendimento | Inclusão |
| Laudos de Solicitação/Autorização: Internação Hospitalar; Procedimentos Ambulatoriais e de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Estratégicos. SISAIH01; APAC | Nome da mãe ou responsável | Campos distintos: Nome da Mãe e Nome do Responsável. |
| Laudos de Solicitação/Autorização: Internação Hospitalar; Procedimentos Ambulatoriais e de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Estratégicos, SISAIH01Laudo de AIH, Procedimentos Especiais, SISAIH01; APAC e BPA Individualizado | Raça/cor | Inclusão |

Art. 3º - 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 SIHD, 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.

Art. 4º - Definir a Tabela Auxiliar de Caráter de Atendimento a ser utilizada nos Sistemas de Informação hospitalar e Ambulatorial do SUS – SIH/SIA/SUS e no de Comunicação de Internação Hospitalar -CIH, conforme tabela a seguir:

| Caráter de Atendimento | |
|------------------------|---|
| Código | Descrição |
| 01 | Eletivo |
| 02 | Urgência |
| 03 | Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa |
| 04 | Acidente no trajeto para o trabalho |
| 05 | Outros tipos de Acidente de Trânsito |
| 06 | Outros tipos de Lesões e Envenenamentos por agentes químicos ou físicos |

Art. 5º - Definir a Tabela Auxiliar de Motivo de Saída/Permanência para ser utilizada nos Sistemas de Informação hospitalar e Ambulatorial do SUS – SIH/SIA/SUS e no de Comunicação de Internação Hospitalar -CIH, conforme tabela a seguir:

| | |
|----------------------|--|
| POR ALTA: 1 | |
| 1.1 | Alta Curado |
| 1.2 | Alta Melhorado |
| 1.3 | Alta da Puérpera e permanência do recém-nascido |
| 1.4 | Alta a pedido |
| 1.5 | Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente |
| 1.6 | Alta por Evasão |
| 1.7 | Alta da Puérpera e recém-nascido |
| 1.8 | Alta por Outros motivos |
| POR PERMANÊNCIA: 2 | |
| 2.1 | Por características próprias da doença |
| 2.2. | Por Intercorrência |
| 2.3 | Por impossibilidade sócio-familiar |
| 2.4 | Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo |
| 2.5 | Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto |
| 2.6 | Por mudança de Procedimento |
| 2.7 | Por reoperação |
| 2.8 | Outros motivos |
| POR TRANSFERÊNCIA: 3 | |
| 3.1 | Transferido para outro estabelecimento |
| POR ÓBITO: 4 | |
| 4.1 | Com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente |

| | |
|-----------------------|---|
| 4.2 | Com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML |
| 4.3 | Com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito – SVO. |
| POR OUTROS MOTIVOS: 5 | |
| 5.1 | ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO |

Art. 6º - Definir que os formulários de Laudos de solicitação/autorização relativos: internação hospitalar; mudança de procedimentos; procedimentos especiais; procedimentos ambulatoriais e de medicamentos de dispensação excepcional/estratégico, estarão disponíveis nos sítios <http://sia.datasus.gov.br> e <http://sihd.datasus.gov.br>, com as alterações instituídas por esta Portaria.

Art. 7º - Definir que compete ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS/SE/MS disponibilizar as versões dos sistemas e aplicativos de forma a contemplar as alterações instituídas por esta Portaria.

Art. 8º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos operacionais a partir de janeiro de 2008.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
Secretário

PORTARIA No- 743, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005 (*)

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de qualificar o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde- SIH/SUS,

Considerando a necessidade de adequar o layout e o conteúdo do formulário - LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, visando padronização mínima de informações que possibilite ampliar capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados pelo SUS, resolve:

Art. 1º - Excluir, a partir da competência agosto de 2006, os modelos vigentes de laudos para Emissão/autorização de internação hospitalar, a seguir relacionados:

- Laudo Médico para Emissão de AIH e Laudo Médico para Solicitação de Mudança de Procedimento e de Procedimentos Especiais, constante no Módulo do Hospital, aprovado pela Resolução INAMPS nº 4, de 18 de maio de 1983.

- Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal, definido na Portaria SAS/MS nº 163, de 22 de setembro de 1998;

- Laudo Médico para Comunicação de Agravo Relacionado ao Trabalho, definido pela Portaria GM/MS nº 1.969, de 25 de outubro de 2001.

Art. 2º- Definir novos modelos de Laudos para solicitação/autorização de internação hospitalares/ SUS, a seguir relacionados, e as respectivas orientações de preenchimento constantes do Anexo III desta Portaria:

- LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO I), e

- LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E/OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO II).

§ 1º - Os gestores estaduais/municipais podem definir informações complementares que julguem necessárias, desde que não suprimam informações estabelecidas nos Anexos I e II desta Portaria.

§ 2º - Os modelos de laudos definidos nesta Portaria serão disponibilizados para download no endereço: <http://sihd.datasus.gov.br>, na opção “Documentação”.

Art. 3º - Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra.

§ 1º - Os profissionais especificados no caput deste artigo deverão emitir laudos com procedimentos, em conformidade com suas áreas de atuação reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe.

§ 2º - O laudo deverá ser preenchido de forma legível, sem abreviaturas.

Art. 4º - Definir que os portadores de certificado de obstetrix ou enfermeiro(a) obstetra, são os autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento 35.080.01-9 - Parto normal sem distócia realizado por enfermeiro(a) obstetra da Tabela do SIH/SUS, conforme Portaria SAS/MS nº 163, de 22 de setembro de 1998.

Art. 5º - Definir que caberá ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS, efetivar a adequação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), a fim de atender o disposto nesta Portaria.

Art.6º- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo I e II – ver anexos I e II a partir da página 96.

ANEXO III

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO I)
É o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimento de saúde com internação (públicos federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O Laudo contém informações de identificação do paciente, sobre a anamnese, exame físico, exames complementares, justificativa da solicitação; dados de identificação do profissional solicitante e autorizador; diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, em 02 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor/Autorizador de AIH da SES ou SMS e a segunda, anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

. O laudo de solicitação de internação eletiva deve ser autorizado antes da realização da mesma. O prazo entre a solicitação e a autorização deve ser de até 15 dias. O laudo emitido para internação de urgência, deve ser autorizado no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Campo 01 – Nome do Estabelecimento Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 02 – CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

Campo 03 – Nome Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 – CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 05 – Nome do Paciente: Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.

Campo 06 - Nº do Prontuário: número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 07 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 08 – Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa;

Campo 09 – Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um “X” no quadro indicativo: 1 - Masculino ou 3 - Feminino.

Campo 10 – Nome da Mãe ou Responsável: Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.
Campo 11 – Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado pelo hospital para possíveis contatos com familiares do paciente.
Campo 12 – Endereço: Preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro.
Campo 13 – Município de Residência: Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.
Campo 14 – Código IBGE do Município: Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.
Campo 15 – UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF). Utilizar duas letras.
Campo 16 – CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro. Não deve ser registrado o código genérico.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Campo 17 – Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Preencher com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente. Incluir dados da anamnese e do exame físico.
Campo 18 – Condições que Justificam a Internação: Preencher com as condições clínicas do paciente que justificam a sua internação.
Campo 19 – Principais Resultados de Provas Diagnósticas: Preencher com os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados antes da internação do paciente.
Campo 20 – Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou com a hipótese diagnóstica.
Campo 21 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar (obrigatório);
Campo 22 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base;
Campo 23 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.
Obs: Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 22 e 23 não são obrigatórios, exceto nos casos previstos em normalização específica, estabelecida pelo gestor federal, estadual ou municipal.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 24 – Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme a Tabela do SUS.
Campo 25 – Preencher com o código do procedimento para o qual está sendo solicitada a internação, de acordo com a Tabela do SUS.
Campo 26 – Preencher com a especialidade do leito/clínica.
Campo 27 – Preencher com o código do caráter da internação, de acordo com a tabela especificada no Manual do SIH
Campo 28 – Marcar com um “X” no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo profissional solicitante/assistente.
Campo 29 – Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante/assistente
Campo 30 - Preencher com o nome do profissional que solicita a internação, o qual deve estar cadastrado no CNES.
Campo 31 – Preencher com a data da solicitação, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.
Campo 32 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.
Preencher apenas em caso de CAUSAS EXTERNAS (Acidentes ou Violências)
Campo 33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO – Marcar com um “X”, se for o caso;
Campo 34 – ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO – Marcar com um “X”, se for o caso;
Campo 35 - ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO – Marcar com um “X”, se for o caso;
Campo 36 – Preencher com o CNPJ da Seguradora, em caso de acidente de trânsito.
Campo 37 – Preencher com o número do bilhete do seguro.
Campo 38 – Preencher com o número de série do bilhete.
Campo 39 – Preencher com o CNPJ da empresa empregadora – se acidente de trabalho.
Campo 40 - Preencher com o número do Código Nacional de Atividade Econômica - CNAE da empresa empregadora.
Campo 41 - Preencher com o Código Brasileiro de Ocupação Reduzido/CBOR do acidentado.

Campo 42 – Marcar com um “X” o vínculo com a previdência.

AUTORIZAÇÃO

Campo 43 - Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar

Campo 44 – Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 45 – Marcar com um “X” no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo Autorizador.

Campo 46- Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) (utilizado pelo profissional autorizador).

Campo 47 - Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 48 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 49- Reservado para registrar o número da AIH quando autorizado. O Ministério da Saúde recomenda a utilização de aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das AIH, seja por meio do Módulo Autorizador disponibilizado pelo DATASUS/MS, ou aplicativo próprio que o gestor disponha.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E/OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO II)

É o documento para solicitação de procedimentos especiais e/ou para mudança de procedimento a ser preenchido pelo profissional solicitante/assistente, com autorização do Diretor Clínico e do Gestor Local. A normalização sobre PROCEDIMENTO ESPECIAL e MUDANÇA DE PROCEDIMENTO encontra-se no Manual do Sistema de Internação Hospitalar, disponível para *download* no *site* www.saude.gov.br/sas.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE

Os campos de 01 ao 16 – Seguir as mesmas orientações de preenchimento do Anexo I.

Campo 17 – Preencher com o número da AIH que originou a internação e que necessite do procedimento especial ou que sofrerá mudança de procedimento.

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO (marcar com um X no quadrado ao lado)

Campo 18 – Preencher com o nome/descrição do procedimento principal e que foi inicialmente solicitado/autorizado.

Campo 19 – Preencher com o código do procedimento principal, que foi inicialmente solicitado/autorizado, de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 20 – Preencher com o nome/descrição do novo procedimento para atender à mudança solicitada.

Campo 21 - Preencher com o código do procedimento que está sendo solicitado para atender à mudança de procedimento de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 22 – Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou da hipótese diagnóstica do paciente.

Campo 23 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial (obrigatório).

Campo 24 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 25 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.

Obs: Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 24 e 25 não são obrigatórios, exceto os casos previstos em normalização específica, estabelecido pelo gestor federal, estadual ou municipal.

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS) - (marcar com um X no quadrado ao lado)

Campo 26 - Preencher com o nome/descrição do procedimento principal e que foi inicialmente autorizado.

Campo 27 - Preencher com o código do procedimento principal e que foi inicialmente autorizado.

Campo 28- Havendo necessidade de solicitação de diária de acompanhante ou diária de UTI, marcar um X no quadrado correspondente.

Campos 29, 32 e 35 – Preencher, quando necessário, com o nome/descrição procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade de tratamento do paciente.

Campos 30, 33 e 36 - Preencher com o código do procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campos 31, 34 e 37 – Preencher com as quantidades correspondentes, nos casos em que couber (Ex.: quantidade de exames, OPM, medicamentos, etc).

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O profissional solicitante/assistente deve preencher a justificativa da solicitação de mudança de procedimento e/ou solicitação de procedimento especial que embase com segurança a autorização do gestor.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo 39 - Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança de procedimento e/ ou procedimento especial, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 40 - Preencher com a data da solicitação, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 41 - Marcar com um "X" no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 42 - Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante/assistente

Campo 43 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 44 - Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar.

Campo 45 - Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 46 - Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 47 - Marcar com um "X" no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo Autorizador.

Campo 48 - Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) (utilizado pelo profissional autorizador).

Campo 49 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

VERSO DO LAUDO – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

Somente utilizar se for necessária a solicitação/autorização de mais de 03 procedimentos especiais.

Fica a critério do gestor a impressão destes campos no verso do laudo.

PORTARIA Nº 84, DE 24 DE JUNHO DE 1997

publicado no DOU nº119, Seção I, de 25/06/97, p 16.646

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, e:

Considerando a necessidade de regulamentar o preenchimento de AIH's, em casos excepcionais, quando não for possível obter a identificação completa do paciente, conforme estabelece a PTISAS/MS nº 15/95, resolve:

.I - Permitir a emissão de AIHs para pacientes sem documento de identificação, sem condições de prestar informações ou na ausência de responsável que o identifique nos seguintes casos:

-Pacientes acidentados graves

-Pacientes psiquiátricos encontrados em vias públicas.

-Pacientes com problemas neurológicos graves ou comatosos.

-Pacientes incapacitados por motivos sociais e/ou culturais.

2 - Nos casos acima descritos os campos de identificação do pacientes na AIH, deverão ser preenchidos da seguinte forma:

- Dados do paciente: Ignorados

- Residência Habitual: não preencher, com exceção do CEP que deverá ser informado o do hospital

- Data do nascimento: deverão ser colocados zeros nos dígitos relativos a dia e mês, sendo ano de nascimento preenchido com a idade aproximada obtida através da avaliação clínica do paciente.

3 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação

ANTÔNIO JOAQUIM WERNECK DE CASTRO

Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o crescente uso de parâmetros de assistência e cobertura no planejamento das ações do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a necessidade de obtenção de dados confiáveis sobre a disponibilidade e utilização de leitos hospitalares em todo o País;

Considerando a importância do censo hospitalar diário como fonte primária destes dados e para a obtenção de indicadores correlatos;

Considerando que a variedade de termos utilizados para designação de situações comuns a todos os hospitais e a não uniformização da nomenclatura usada nos censos dificultam a formulação das pesquisas, a interpretação das informações geradas e a realização de estudos comparativos entre os diversos serviços existentes no País;

Considerando a desejável padronização das definições/nomenclaturas a serem utilizadas na realização dos censos hospitalares, e

Considerando a Consulta Pública nº 04, de 17 de setembro de 2001, e as contribuições recebidas nesta consulta, resolve:

Art. 1º - Estabelecer, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar constante do Anexo desta Portaria.

Parágrafo Único – a Nomenclatura ora padronizada bem como os conceitos nela definidos devem ser utilizados pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde na elaboração de seus respectivos Censos Hospitalares e na apresentação de dados estatísticos ao Ministério da Saúde.

Art.2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

ANEXO

PADRONIZAÇÃO DA NOMENCLATURA NO CENSO HOSPITALAR

1.5. 1 - INTRODUÇÃO

As estatísticas hospitalares são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Estas estatísticas, no entanto, podem ser distorcidas em virtude da variedade de definições/nomenclaturas utilizadas pelos diversos hospitais integrantes do SUS e que são empregadas ao se preencher o censo hospitalar. A não unificação da nomenclatura utilizada dificulta a formulação das pesquisas, a interpretação das informações geradas e a realização de estudos comparativos entre os diversos serviços existentes no País.

O presente documento é fruto de trabalho desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, do Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Gestão Hospitalar, do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, e tem como objetivo padronizar a linguagem utilizada na confecção de censos hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde em todo o País.

Vários hospitais brasileiros desenvolveram, isoladamente, esforços no sentido de adotar sua nomenclatura padrão – para uso interno - a ser empregada na confecção de seus respectivos censos hospitalares. Na formulação deste trabalho estas experiências foram levadas em conta, assim como experiências anteriores do próprio Ministério da Saúde sobre o assunto, o Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do Mercosul, o Glossário para Produção de Estatísticas em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal e outras referências disponíveis sobre censo hospitalar.

Em setembro de 2001, uma versão inicial desta padronização foi, durante 60 (sessenta) dias, submetida à Consulta Pública nº 04 de 17, que teve como objetivo promover uma ampla discussão do tema, possibilitando a participação dos gestores do SUS, hospitais, profissionais da saúde e demais interessados no assunto, na elaboração do texto final desta Padronização. A versão final levou em conta as sugestões encaminhadas por diversos hospitais e instituições de saúde brasileiras.

A Secretaria de Assistência à Saúde, tem a expectativa de que as definições apresentadas auxiliem na formulação de indicadores a serem utilizados por diversos setores do hospital, por entender que a análise de dados resultantes de indicadores claramente definidos é uma poderosa ferramenta de gestão.

1.6. 2 - GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

1.7. 2.1 - Movimento de pacientes

1.8. 2.1.1 - Observação hospitalar

Pacientes que permanecem no hospital sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

Termos relacionados: internação hospitalar.

1.9. Notas técnicas: O limite de 24 horas é o limite máximo para a observação hospitalar. Idealmente um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento, ou seja, tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo. Os leitos de observação em geral oferecem menos condições de conforto e privacidade para os paciente e por razões humanitárias deve-

se manter o período de observação restrito ao necessário para a segurança do paciente e para a tomada da decisão clínica.

1.10. 2.1.2 - Internação hospitalar

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Termos equivalentes: admissão hospitalar.

Termos relacionados: observação hospitalar.

Notas técnicas (1): Todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Notas técnicas (2): Os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma e evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.

1.11. 2.1.3 Censo hospitalar diário

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Termos relacionados: Dia hospitalar

Notas técnicas (1): deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras, bem como a contagem e o registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistência do tratamento ocorridas nas 24 horas relativas ao censo. Para efeito de censo, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação.

Notas técnicas (2): Considerando-se a realidade de muitos hospitais brasileiros, em que muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

1.12. 2.1.4 - Entrada

1.13. É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências externas, ou por transferência interna.

1.14. Termos relacionados: internação, transferência interna, transferência externa.

1.15. 2.1.5 - Saída

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As Transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.

Termos relacionados: alta, evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa, óbito hospitalar, óbito institucional.

Notas técnicas: as saídas por alta ou transferência são consideradas saídas com parecer médico favorável e as saídas por evasão ou desistência do tratamento são consideradas saídas com parecer médico desfavorável.

1.16. 2.1.6 - Alta

Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.

Termos relacionados: saída.

1.17. 2.1.7 - Evasão

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

Termos relacionados: saída.

1.18. 2.1.8 - Desistência do tratamento

É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.

Termos equivalentes: alta a pedido.

Termos relacionados: saída.

Notas técnicas: alta a pedido foi considerada sinônimo do desistência do tratamento, tendo em vista que, visando a melhor utilização dos recursos hospitalares, todo paciente que se encontra internado em hospital deve estar internado por alguma condição médica que exija tratamento ou observação hospitalar. Logo, se o paciente pede alta, ele está desistindo do tratamento proposto para a condição médica que motivou a internação.

1.19. 2.1.9 - Transferência interna

Mudança de um paciente de uma unidade de internação para outra dentro do mesmo hospital. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação.

Termos relacionados: saída, transferência externa.

Notas técnicas: As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.

1.20. 2.1.10 - Transferência externa

Mudança de um paciente de um hospital para outro.

Termos relacionados: saída, transferência interna.

1.21. 2.1.11 - Óbito hospitalar

É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

Termos relacionados: saída, óbito institucional.

1.22. Notas técnicas: os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.

1.23. 2.1.12 - Óbito institucional

É aquele que ocorre em até 24 horas após a admissão hospitalar do paciente.

Termos relacionados: saída, óbito hospitalar.

Notas técnicas: Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital seja efetivada.

2.1.13 - Hospital Dia

Unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.

Notas técnicas: Não confundir os leitos de Hospital Dia, que são leitos hospitalares de observação, com a unidade de medida leitos-dia.

2.1.14 - Reinternação

É a internação de um paciente num hospital dentro de um período de tempo definido após a alta deste paciente do mesmo hospital.

Notas técnicas: A definição do período de tempo dentro do qual uma nova internação é chamada de reinternação pode variar dependendo do objetivo com que esse evento é medido.

1.24.

1.25. 2.2 - Classificação de leitos

1.26. 2.2.1 - Leito hospitalar de internação

É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

Termos equivalentes: leito.

Termos relacionados: leito hospitalar de observação, leito auxiliar reversível, leitos planejados, leitos instalados, leitos desativados, leitos operacionais, leitos bloqueados, leito ocupado, leito vago, leitos extras, leitos de isolamento, leitos de isolamento reverso, leitos de pré-parto, leitos de recuperação pós-

cirúrgica e pós-anestésica, leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), leitos de unidade de tratamento semi-intensivo, leito especializado, leito indiferenciado, leito de longa permanência, alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de observação em berçário, leito de internação em berçário, leito infantil.

Notas técnicas (1): Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos saudáveis, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos. Em situações excepcionais, um leito hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação.

Notas técnicas (2): Os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo correspondem a uma parcela importante e crescente dos leitos hospitalares e grande volume de recursos é destinado a esses leitos. Não é mais uma prática viável ou recomendável o bloqueio de um leito de internação para um paciente internado em leito de tratamento intensivo ou semi-intensivo. Por essas razões, os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo devem ser considerados leitos hospitalares de internação.

1.27. 2.2.2 - Leito hospitalar de observação

É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos hospitalares de observação.

Termos equivalentes: leito auxiliar

Termos relacionados: leito auxiliar reversível, leitos de hospital-dia

Notas técnicas: os leitos de observação ou auxiliares não devem ser considerados leitos hospitalares de internação, exceto quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão.

1.28. 2.2.3 - Leito de observação reversível

É o leito hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade.

Termos equivalentes: leito auxiliar reversível

Notas técnicas: A definição de leito de observação reversível implica que já exista por parte do hospital uma estratégia para a reversibilidade desses leitos em caso de necessidade, como por exemplo a forma de realocação de recursos humanos e de disponibilidade de recursos materiais.

1.29. 2.2.4 - Leitos planejados

São todos os leitos previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.

Termos equivalentes: leitos institucionais, leitos totais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar planejada, leitos instalados.

1.30. 2.2.5 - Leitos instalados

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos equivalentes: leitos permanentes, leitos fixos, leitos ativos.

Termos relacionados: capacidade hospitalar instalada, leitos planejados, leitos desativados, leitos operacionais.

Notas técnicas: Os leitos instalados devem corresponder aos leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

1.31. 2.2.6 - Leitos desativados

Leitos que nunca foram ativados ou que deixam de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente, como, por exemplo, o fechamento de uma unidade do hospital.

Termos equivalentes: leitos desinstalados

Termos relacionados: leitos planejados, leitos instalados.

Notas técnicas (1): Os leitos bloqueados por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal) não devem ser considerados leitos desativados e sim leitos bloqueados, porque voltarão a ser leitos disponíveis tão logo se resolva o problema que deu origem ao bloqueio.

Notas técnicas (2): Se o hospital não tem condição de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados, e essa informação deve ser atualizada no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

1.32. 2.2.7 - Leitos operacionais

São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos equivalentes: leitos disponíveis.

Termos relacionados: capacidade hospitalar operacional, leitos instalados, leitos desativados, leitos bloqueados.

Notas técnicas: Inclui os leitos extras que estiverem sendo utilizados.

1.33. 2.2.8 - Leitos bloqueados

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

Termos equivalentes: leitos indisponíveis, leitos interditados.

Termos relacionados: leitos operacionais.

Notas técnicas: A falta de roupa de cama limpa não deve ser considerado motivo de bloqueio de leito.

1.34. 2.2.9 - Leito ocupado

Leito que está sendo utilizado por um paciente.

Termos relacionados: leito vago.

Notas técnicas (1): Se um paciente está internado em um leito, porém se encontra temporariamente fora do mesmo, por exemplo para a realização de um exame ou procedimento cirúrgico, o leito é considerado ocupado, desde que o paciente vá retornar para aquele leito após o término do procedimento.

Notas técnicas (2): Um leito é considerado ocupado até a saída efetiva do paciente deste leito.

1.35. 2.2.10 - Leito vago

Leito que está em condições de ser ocupado, mas que não está sendo utilizado por um paciente no momento do censo.

Termos equivalentes: leito desocupado, leito disponível.

Termos relacionados: leito ocupado.

Notas técnicas: Os leitos extras desocupados não são considerados leitos vagos.

1.36. 2.2.11 - Leitos extras

Camas ou macas que não são habitualmente utilizados para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, seja em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes das habituais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar de emergência, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: a utilização de leitos extras implica que a capacidade operacional da unidade onde se localizam os leitos extras está sendo aumentada.

1.37. 2.2.12 - Leitos de isolamento

Leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

Termos relacionados: leitos de isolamento reverso.

1.38. 2.2.13 - Leitos de isolamento reverso

Leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à proteção de pacientes altamente susceptíveis a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

Termos relacionados: leitos de isolamento.

1.39. 2.2.14 - Leitos de pré-parto

Leitos auxiliares localizados nas salas de pré-parto e que são utilizados pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.

1.40. 2.2.15 - Leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica

Leitos auxiliares destinados à prestação de cuidados pós-anestésicos ou pós-cirúrgicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico e que são utilizados por esses pacientes até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação.

1.41. 2.2.16 - Leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI)

Leitos destinados ao tratamento de paciente graves e de risco que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Termos relacionados: leitos de unidade de tratamento semi-intensivo.

1.42. 2.2.17 - Leitos de unidade de tratamento semi-intensivo

Leitos destinados à internação de pacientes que não necessitam de cuidados intensivos, mas que ainda requerem atenção especial diferenciada da adotada na unidade de internação.

Termos relacionados: leitos de unidade de tratamento intensivo.

1.43. 2.2.18 - Leito especializado

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de determinada especialidade médica.

Termos relacionados: leito indiferenciado.

1.44. 2.2.19 - Leito indiferenciado

Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.

Termos equivalentes: leito não especializado

Termos relacionados: leito especializado.

1.45. 2.2.20 - Leito de longa permanência

Leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a 30 (trinta) dias.

Notas técnicas: A definição de leitos de curta permanência como aqueles em que a média de internação é menor que 30 dias foi excluída por acreditarmos que tal definição estaria em desacordo com as políticas de redução de média de permanência definidas pelo Ministério da Saúde.

1.46. 2.2.21 - Alojamento conjunto

Modalidade de acomodação em que o recém-nascido sadio permanece alojado em berço contíguo ao leito da mãe, 24 horas por dia, até a saída da mãe do hospital.

Termos relacionados: berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de observação em berçário.

1.47. 2.2.22 - Berço de recém-nascido em alojamento conjunto

Berço destinado ao recém-nascido sadio em regime de alojamento conjunto e localizado junto ao leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio.

Notas técnicas: Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

1.48. 2.2.23 - Leito de berçário para recém-nascido sadio

1.49. Berço destinado ao recém-nascido sadio e localizado em berçário, longe do leito da mãe.

1.50. Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto.

Notas técnicas: Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

1.51. 2.2.24 - Leito de observação em berçário

Berço auxiliar para observação das primeiras horas de vida do recém-nascido, por um período máximo de 24 horas, até que ele seja liberado para o berço do alojamento conjunto ou leito de berçário para recém-nascido sadio ou então internado em um leito de internação em berçário.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de internação em berçário.

Notas técnicas: A partir de 24 horas de permanência do recém-nascido em berço que não seja o berço de recém-nascido em alojamento conjunto ou o leito de berçário para recém-nascido sadio, esse berço deve ser considerado um leito extra de internação em berçário.

1.52. 2.2.25 - Leito de internação em berçário

Berço destinado a alojar recém-nascidos prematuros ou que apresentem patologias que necessite de tratamento hospitalar.

Termos relacionados: leito de observação em berçário.

Notas técnicas: A situação do recém-nascido é uma situação singular dentre os pacientes de um hospital. O recém-nascido normal não é formalmente internado e portanto não é formalmente um paciente hospitalar. Por outro lado, o recém-nascido patológico é internado e às vezes passa um longo período dentro do hospital. As normas específicas de internação de recém-nascidos podem variar de hospital para hospital.

2.2.26 - Leito infantil

Leito de internação destinado à internação de crianças enfermas, até o limite de idade definido pelo hospital.

Notas técnicas: o limite de idade para internação em leitos infantis pode variar de hospital para hospital.

1.53. 2.3 - Medidas hospitalares

1.54. 2.3.1 - Dia hospitalar

É o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Termos relacionados: censo hospitalar diário

Notas técnicas: Em um hospital específico, o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital, embora o horário de fechamento do censo possa variar de hospital para hospital. Para garantir maior confiabilidade do censo, os hospitais devem fechar o censo hospitalar diário no horário que for mais adequado para as rotinas do hospital, desde que respeitando rigorosamente o mesmo horário de fechamento todos os dias para aquele hospital.

1.55. 2.3.2 - Leito-dia

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

Termos relacionados: leito hospitalar de internação, dia hospitalar

Notas técnicas: Os leitos-dia correspondem aos leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.

Variação gramatical: leitos-dia.

1.56. 2.3.3 - Paciente-dia

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Notas técnicas: O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação.

Variação gramatical: pacientes-dia.

1.57. 2.3.4 - Leito-hora

1.58. Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de observação por uma hora.

1.59. Variação gramatical: leitos-hora.

1.60. 2.3.5 - Paciente-hora

1.61. Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente em observação durante uma hora.

1.62. Variação gramatical: pacientes-hora.

1.63. Notas técnicas: As definições de leito-hora e paciente-hora foram incluídas para permitir avaliações da utilização dos leitos hospitalares de observação ou auxiliares em hospitais que tenham um volume considerável de atendimentos prestados nesse tipo de leito e que queiram fazer esse tipo de avaliação.

1.64. 2.3.6 - Capacidade hospitalar planejada

1.65. É a capacidade total de leitos do hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.

Termos equivalentes: capacidade hospitalar institucional, capacidade hospitalar total.

Termos relacionados: leitos planejados, capacidade hospitalar instalada, capacidade hospitalar operacional.

1.66. 2.3.7 - Capacidade hospitalar instalada

1.67. É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos relacionados: leitos instalados, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: A capacidade hospitalar instalada deve corresponder ao número de leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

1.68. 2.3.8 - Capacidade hospitalar operacional

É a capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos relacionados: leitos operacionais, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

1.69. Notas técnicas (1): Os leitos extras desocupados não são fazer parte da capacidade hospitalar operacional.

1.70. Notas técnicas (2): as capacidades hospitalares auxiliares institucional, instalada e operacional podem ser definidas à semelhança das definições anteriores, quando for do interesse do hospital analisar essas informações para os leitos hospitalares de observação ou auxiliares.

1.71. 2.3.9 - Capacidade hospitalar de emergência

Somatória dos leitos que podem ser disponibilizados dentro de um hospital, em circunstâncias anormais ou de calamidade pública.

Termos relacionados: leitos extras, capacidade hospitalar instalada, leitos instalados.

Notas técnicas: esta medida corresponde à soma da capacidade instalada e do número de leitos extras que podem ser instalados, aí incluídos os leitos auxiliares reversíveis.

1.72.

1.73. 3 - INDICADORES HOSPITALARES

1.74. 3.1 - Média de Pacientes-Dia

Relação entre o número de pacientes-dia e o número de dias, em determinado período. Representa o número médio de pacientes em um hospital.

Termos equivalentes: censo médio diário.

1.75. 3.2 - Média de Permanência

Relação entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

Termos equivalentes: duração média da internação.

Notas técnicas (1): Esta fórmula só deve ser usada para hospitais com internações de curta permanência. Para hospitais de longa permanência deve-se utilizar no numerador a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. O cálculo da média deve ser realizado para períodos maiores, uma vez que existe o risco de que a média de permanência seja maior que o período adotado. Por outro lado, existe também a tendência de se utilizar a mediana que, ao invés da média, não é influenciada por valores aberrantes.

Notas técnicas (2): O cálculo de algumas estatísticas hospitalares, como a média de permanência, é afetado pela forma de tratamento das transferências internas no censo hospitalar. No caso da média de permanência para cada unidade hospitalar, para evitar a duplicação da internação ou a divisão da permanência do paciente, toda a permanência da internação deve ser atribuída à unidade da qual o paciente teve alta. Nessa situação, um grande viés é introduzido nas estatísticas de unidades que têm grande volume de pacientes transferidos, como é caso do CTI. Para essas unidades, as estatísticas devem ser feitas separadamente, incluindo todos os pacientes que passaram pela unidade.

1.76. 3.3 - Taxa de Ocupação Hospitalar

Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.

Termos equivalentes: taxa de ocupação hospitalar instalada, percentagem de ocupação.

Notas técnicas: Caso o hospital faça uso constante de leitos extras, a taxa de ocupação hospitalar estará acima de 100%, o que é uma informação importante do ponto de vista gerencial.

1.77. 3.4 - Taxa de Ocupação Operacional

1.78. Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.

1.79. 3.5 - Taxa de Ocupação Planejada

1.80. Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos dia no denominador todos os leitos planejados no hospital, inclusive os não instalados ou desativados.

1.81. Notas técnicas (1): Considerando-se a realidade de diversos hospitais brasileiros, a inclusão das taxas de ocupação operacional e planejada, além da taxa de ocupação hospitalar habitual, permitirá comparações mais acuradas entre as taxas de ocupação de diferentes hospitais e entre taxas de ocupação de diferentes unidades de um hospital.

1.82. Notas técnicas (2): Nos hospitais que estão com todos os leitos planejados em funcionamento e que não fazem uso de leitos extras nem tenham leitos bloqueados, as três taxas de ocupação serão equivalentes.

1.83. 3.6 - Taxa de Mortalidade Hospitalar

Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.

Termos equivalentes: coeficiente de mortalidade hospitalar

1.84. 3.7 - Taxa de Mortalidade Institucional

Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar.

Termos equivalentes: coeficiente específico de mortalidade hospitalar

Notas técnicas: Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital seja efetivada.

1.85.

1.86. 4 - BIBLIOGRAFIA

1. Grupo Hospitalar Conceição. Base de Dados do GHC – Censo Hospitalar. Porto Alegre, versão 2, 14/04/1998.

2. Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo. Manual de orientação aos hospitais participantes. 2ª. edição. São Paulo, Ed. Atheneu, 1998.

3. Hospital Municipal Odilon Behrens. Portaria 001/94 - Anexo II: Definições Operacionais de Tipos de Leito Hospitalar. Belo Horizonte, 15/12/1994.

4. LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. 2ª. edição. São Paulo, E.P.U., 1987.

5. MARTINS, M. L. R. O serviço de enfermagem: administração e organização. 2ª. edição. São Paulo, CEDAS, 1985.

6. Ministério da Saúde. Portaria 1884 de 11 de novembro de 1994. Brasília, 1994.

7. Ministério da Saúde. Portaria 466 de 04 de junho de 1998. Brasília, 1998.

8. Ministério da Saúde. Portaria 761 de 15 de junho de 1999. Brasília, 1999.

9. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Terminologia Básica Auditoria e Controle. São Paulo: Ministério da Saúde, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, primeira edição, 1998.

10. Ministério da Saúde. Terminologia Básica em Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, segunda edição, 1985.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, Coordenação de Planejamento, 1995. 136 p. (Saúde & Tecnologia).

12. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2ª. edição. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 120 p. il. (Normas e Manuais técnicos, 3).

13. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Manual de informações sobre atividades hospitalares. 2ª. edição. Brasília, Centro de Documentação da Secretaria-Geral/MS, 1989. 161 p. (Normas e Manuais Técnicos, 17).

14. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 75 p. il. (Normas e Manuais Técnicos, 30).

15. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Instrumento de avaliação para hospital geral de pequeno porte. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 58 p. il. (Normas e Manuais Técnicos, 22).

16. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. Brasil: indicadores gerenciais e qualitativos básicos sobre a assistência hospitalar prestada pelo SUS em 1994. Brasília, Coordenação de Informações, 1995.

17. Ministério da Saúde de Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde: 1ª. fase. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2001. 32 p. Endereço eletrônico: http://www.dgsaude.pt/ind/gloss_est.pdf

18. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993: aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Diário Oficial da União, 1 set.1993.

19. Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar. Indicadores: conceitos e aplicações. Informativo CQH, (3): 3, 1992.

20. Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Glossário de Terminologia Básica em Saúde. Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 1997.

21. Resolução GMC/RES/21/2000, de 28 de junho de 2000: aprova o "Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do MERCOSUL". Endereço eletrônico: <http://www.mercosul.gov.br/normativas/default.asp?key=80>

Portaria n.º 1969/GM Em 25 de outubro de 2001.

Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 198, inciso II;

Considerando a necessidade da melhoria da qualidade da informação na identificação das causas externas e de agravos relacionados a saúde do trabalhador;

- Considerando a prevalência, incidência e gravidade das causas externas e dos agravos relacionados à saúde do trabalhador em todo o país;

- Considerando que causas externas compreendem um conjunto de agravos à saúde decorrentes do trabalho, de acidentes de trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais e causas intencionais tais como homicídios, agressões e lesões autoprovocadas;

- Considerando a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS N° 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18/05/01;

- Considerando os dispositivos da Portaria SAS/MS n° 142, de 13 de novembro de 1997, sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas;

- Considerando o disposto na Portaria GM/MS N° 3.947, 25 de novembro de 1998, que define os atributos mínimos de identificação dos pacientes e cria mecanismos para registro da causa do atendimento

nos sistemas de informação em saúde e a Portaria GM/MS N° 1.339, de 19 de novembro de 1999, que dispõe sobre a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, resolve:

Art. 1º Tornar obrigatório para todas as instituições de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, para fins de vigilância epidemiológica e sanitária, o preenchimento dos campos CID principal e CID secundário para os registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador na Autorização de Internação Hospitalar – AIH de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID, em vigor.

Parágrafo Único - O registro de causas externas e de agravos à saúde relacionados ao trabalho deverão ser detalhados no Laudo Médico para Emissão de AIH de acordo com o roteiro disposto no ANEXO I desta Portaria.

Art. 2º Criar e tornar obrigatório o preenchimento na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, do campo Ocupação, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações Resumida – CBO-R, na identificação do paciente, nos casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho em conformidade com os ANEXOS II E III desta Portaria.

Art. 3º Criar e tornar obrigatório o preenchimento, na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas Resumida – CNAE-R no item referente aos dados do empregador.

Art. 4º Tornar obrigatório o preenchimento, na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, do campo Vínculo com a Previdência em relação à atividade formal e CGC/CNPJ da Empresa, atividade autônoma, desempregado, aposentado ou não segurado.

Art. 5º Definir como de responsabilidade do Responsável Técnico da Unidade de Atendimento Hospitalar que prestou assistência ao paciente, a notificação, por escrito, à Vigilância Epidemiológica e Sanitária do Estado, Município ou do Distrito Federal e Delegacia Regional do Trabalho, nos casos comprovados ou suspeitos, de agravos à saúde relacionados ao trabalho, cuja fonte de exposição represente riscos a outros trabalhadores e/ou ao meio ambiente.

Art. 6º Estabelecer que deverão constar do Laudo Médico para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH as informações a serem prestadas em conformidade com ANEXO IV desta Portaria.

Art.7º Estabelecer que a Secretaria de Assistência à Saúde que adotará as medidas complementares para a operacionalização e cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Estabelecer que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS implementará, na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, as alterações pertinentes, visando assegurar o cumprimento das disposições constantes nesta Portaria.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor em 01 de janeiro de 2002 e revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

PORTARIA N.º 85 DE 15 DE MARÇO DE 1999.

O Secretário de Assistência a Saúde - Substituto, no uso de suas atribuições, e considerando:

- a importância de se monitorar os procedimentos a que se refere a Portaria SAS/Nº 48, de 11/02/ 99 e
- a necessidade de se obter uma base de dados que permita a avaliação, bem como o planejamento das ações de planejamento familiar, resolve:

Art. 1º - Estabelecer a obrigatoriedade do preenchimento do Módulo Informações sobre Procedimentos de Esterilização, na forma dos Anexos desta Portaria.

Art. 2º - Alterar a sistemática de apresentação de Autorização de Internação Hospitalar- AIH em meio magnético para os hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH-SUS, que utilizam sistema próprio de coleta de dados de AIH ou fornecidos por terceiros.

Art. 3º - Determinar que as AIH apresentadas para cobrança a partir de 25 de março de 1999 (competência 03/99), independente da data de alta do paciente, deverão ser geradas por meio da versão 9.50.

Art. 4º - A Versão 9.50 do programa SISAIH01 apresentará as seguintes características :

I - Sempre que os procedimentos realizados forem os abaixo relacionados, abrir-se à um módulo onde será obrigatório o preenchimento dos campos, de acordo com os códigos constantes do anexo I.

- no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica III – código 35.100.03-6 o procedimento 35.082.01-1 Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores / Risco de Vida.

- no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica V – código 35.100.05-2 o procedimento 35.083.01-8 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores / Risco de Vida com Atendimento RN na Sala de Parto.

- no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica VII – código 35.100.07-9 o procedimento 35.084.01.4 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores / Risco de Vida em Hospitais Amigo da Criança.

- no Grupo de Procedimentos Cirurgia Obstétrica IX – código 35.100.09-5 o procedimento 35.085.01.0 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores em gestante de alto risco.

- no Grupo de Procedimentos Cirurgia de Trompas II – código 34.104.02-0, o procedimento 34.022.04-0 – Laqueadura Tubária :

- . número de filhos anteriores; (total)
- . grau de instrução da mulher
- . se é ou não gestante de alto risco
- . métodos contraceptivos reversíveis utilizados anteriormente
- . CID da indicação para realização da laqueadura

II - sempre que o procedimento for 31.005.09.8 – Vasectomia Parcial ou Completa, abrir-se-á um módulo onde será obrigatório o preenchimento dos campos, de acordo com os códigos constantes do anexo II :

- . número de filhos
- . grau de instrução
- . métodos contraceptivos reversíveis utilizados anteriormente

III - será incluído no lay-out constante no anexo III, os seguintes campos, que deverão ser preenchidos de acordo com os códigos dos Anexos I e II:

- . número de filhos
- . grau de Instrução
- . CID de notificação
- . método contraceptivo
- . método contraceptivo (se mais de um)
- . gestante de Risco

Art. 5º - Todos os meios magnéticos gerados/entregues nos órgãos receptores de AIH deverão ser apresentados no lay-out constante do Anexo III desta Portaria, que estará disponível na rede MS/BBS a partir de 15 de março de 1999.

Art. 6º - O executável do programa SISAIH01 versão 9.50 estará disponível na rede MS/BBS e em todas as regionais da DATASUS/MS, a partir de 15 de março de 1999 e será fornecido gratuitamente aos hospitais do SIH-SUS.

Art. 7º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

ANEXO I

Módulo Informações Sobre Procedimentos de Esterilização – Laqueadura

a) Códigos:

35.100.03-6, 35.100.05-2, 35.100.07-9, 35.100.09-5, 34.104.02.0, 31.109.03-9 e 31.005.09-8

b) Número de filhos:

Quantidade com 2 posições

c) Grau de Instrução:

| | |
|---------------|---|
| analfabeto | 1 |
| Primeiro grau | 2 |
| Segundo grau | 3 |
| Terceiro grau | 4 |

d) Gestante de alto risco:

| | |
|-----|---|
| não | 0 |
| sim | 1 |

e) Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente : (códigos entre parênteses)

LAM (01) (amamentação)

Ogino Knaus (02)

Temperatura Basal (03)

Billings (04)

Sinto-termico (05)

DIU (06)

Diafragma (07)

Preservativo (08)

Espermicida (09)

Hormônio Oral (10)

Hormônio Injetável (11)

Coito interrompido (12)

f) CID da indicação para realização da laqueadura:

I42, O90.3, O26, O23.0, O23.1, O23.5, O22.0 a O22.5, O22.9, O98.0 a O98.9, O99.0, O99.2 a O99.7, O10.0 a O10.4, O10.9, O11, O12.1, O13, O14.0, O14.1, O14.9, O15.0, O15.1, O15.2, O24.0 a O24.4, O00.0 a O008.8, O26.2, O95, O96, O36.0 a O36.3, O36.8, O43, O44, O45, O46 e O71.

Anexo II

- Modulo Informações Sobre Procedimentos de Esterilização - Vasectomia.

Códigos SIH/SUS

a) Número de filhos:

Quantidade com 2 posições

b) Grau de Instrução:

| | Códigos: |
|---------------|----------|
| Analfabeto | 1 |
| Primeiro grau | 2 |
| Segundo grau | 3 |
| Terceiro grau | 4 |

c) Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente: (códigos entre parênteses)

Preservativo (08)

Espermicida (09)

Coito interrompido (12)

Anexo III

Versão 9.40 do Sisaih01

| Nome do Campo | Pos.Ini. | Pos.Final | Ocor |
|---------------|----------|-----------|------|
|---------------|----------|-----------|------|

Descrição

| | | | |
|------------|------|------|----------------------------------|
| DATASUS01 | 0001 | 0001 | Para uso da DATASUS |
| DCIH | 0002 | 0008 | Numero do DCIH |
| QTD_AIH | 0009 | 0011 | Quantidade de AIH |
| APRES | 0012 | 0015 | Mês/ano de apresentação |
| ESPEC_DCIH | 0016 | 0016 | Especialidade do DCIH |
| CGC_HOSP | 0017 | 0030 | CGC do hospital |
| ORG_REC | 0031 | 0037 | Código do Órgão Receptor |
| PRONT | 0038 | 0044 | Numero do Prontuário |
| SEQ | 0045 | 0047 | Seqüencial da AIH no DCIH |
| IDENT | 0048 | 0048 | Identificação da AIH |
| ORG_LOC | 0049 | 0055 | Código do Órgão – Local |
| NOME_PAC | 0056 | 0115 | Nome do paciente |
| LOGR | 0116 | 0140 | Logradouro (Endereço Paciente) |
| NUMERO | 0141 | 0145 | Numero (Endereço Paciente) |
| COMPL | 0146 | 0160 | Complemento (Endereço Paciente) |
| MUNIC | 0161 | 0180 | Município (Endereço Paciente) |
| UF | 0181 | 0182 | Unid. Feder (Endereço Paciente) |
| CEP | 0183 | 0190 | CEP (Endereço Paciente) |
| DT_NASC | 0191 | 0196 | Data nascimento do paciente |
| SEXO | 0197 | 0197 | Sexo do paciente |
| N_AIH | 0198 | 0207 | Numero da AIH |
| ENFER | 0208 | 0210 | Numero da Enfermaria |
| LEITO | 0211 | 0214 | Numero do Leito |
| NOME_RESP | 0215 | 0274 | Nome do responsável p/ paciente |
| CPF_PAC | 0275 | 0285 | CPF do Paciente |
| NUM_CAT | 0286 | 0296 | Comunicado Acidente de Trabalho |
| CGC_EMPREG | 0297 | 0310 | CGC do empregador |
| MED_SOL | 0311 | 0321 | CPF do medico solicitante |
| PROC_SOL | 0322 | 0329 | Procedimento solicitado |
| CAR_INT | 0330 | 0330 | Caráter de internação |
| DT_EMIS | 0331 | 0336 | Data de emissão |
| MED_RESP | 0337 | 0347 | CPF do medico responsável |
| | | | |
| | | | 05 MEDICO AUDITOR |
| PROC_AUTn | 0348 | 0387 | Procedimento autorizado(8 bytes) |
| MES_INIC | 0388 | 0389 | Dias de UTI mês inicial |
| MES_ANT | 0390 | 0391 | Dias de UTI mês anterior |
| MES_ALTA | 0392 | 0393 | Dias de UTI mês alta |
| TOT_UTI | 0394 | 0395 | Total de dias de UTI |
| DIA_AC | 0396 | 0397 | Diárias de acompanhante |
| DT_AUTO | 0398 | 0403 | Data de autorização |
| CPF_AUD | 0404 | 0414 | CPF do medico auditor |
| | | | |
| | | | 14 SERVICOS PROFISSIONAIS |
| TIPO | 0415 | - | Tipo (02 bytes) |
| CGC_CPF | - | - | CGC/CPF (14 bytes) |
| ATO_PROF | - | - | Ato profissional (08 bytes) |
| TIPO_ATO | - | - | Tipo do ato (02 bytes) |
| QTD_ATO | - | - | Quantidade de atos (02 bytes) |
| NF | - | 0890 | Nota fiscal OPM (06 bytes) |
| CPF_DC | 0891 | 0901 | CPF diretor clinico |
| PROC_REAL | 0902 | 0909 | Procedimento realizado |
| ESPEC | 0910 | 0910 | Especialidade da AIH |
| DT_INT | 0911 | 0916 | Data de internação |
| DT_SAI | 0917 | 0922 | Data de saída |
| DATASUS02 | 0923 | 0924 | Para uso do DATASUS |

| | | | |
|---------------|------|------|---------------------------|
| DIAG_PRI | 0925 | 0928 | Diagnostico principal |
| DATASUS03 | 0929 | 0930 | Para uso do DATASUS |
| DIAG_SEC | 0931 | 0934 | Diagnostico secundário |
| MOT_COB | 0935 | 0936 | Motivo de cobrança |
| N_VIVOS | 0937 | 0937 | Nascidos vivos |
| N_MORTOS | 0938 | 0938 | Nascidos mortos |
| S_ALTA | 0939 | 0939 | Saídas por alta |
| S_TRAN | 0940 | 0940 | Saídas por transferência |
| S_OBITO | 0941 | 0941 | Saídas por óbito |
| DATASUS04 | 0942 | 1052 | Para uso da DATASUS |
| PROX_AIH | 1053 | 1062 | Numero da próxima AIH |
| AIH_ANT | 1063 | 1072 | Numero da AIH anterior |
| DATASUS05 | 1073 | 1091 | Para uso os DATASUS |
| MUN_PAC | 1092 | 1097 | Município origem paciente |
| DATASUS06 | 1098 | 1100 | Para uso do DATASUS |
| CGC_PRESTADOR | 1101 | 1114 | CGC do Prest. Serviço |
| NACIONALIDADE | 1115 | 1116 | Nacionalidade do paciente |
| DATASUS07 | 1117 | 1144 | Para uso do DATASUS |
| FILHOS | 1145 | 1146 | Numero de filhos 9.50 |
| INSTRU | 1147 | 1147 | Grau de Instrução 9.50 |
| CIDNOTIF | 1148 | 1152 | CID de notificação 9.50 |
| CONTRACEP1 | 1153 | 1154 | Método contraceptivo 9.50 |
| CONTRACEP2 | 1155 | 1156 | Método contraceptivo 9.50 |
| GESTRISCO | 1157 | 1157 | Gestante de Risco 9.50 |
| DATASUS08 | 1158 | 1200 | Para o uso da DATASUS |

OBS: Os campos DATASUSxx devem ser preenchidos com zeros.

Portaria n.º 938/GM Em 20 de maio de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei n.º 9.534, de 10 de dezembro de 1997, que dá nova redação ao Artigo 30 da Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos e acrescenta Inciso ao Artigo 1º da Lei n.º 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania;

Considerando o Protocolo de Intenções celebrado entre o Ministério da Saúde e a ANOREG-BR para propiciar o registro de nascimento nas maternidades, publicado no Diário Oficial da União do dia 23 de dezembro de 1999;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde, no sentido de aprimorar a assistência ao recém-nato, e

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar as informações relacionadas ao atendimento neonatal, resolve:

Art. 1º Incluir, na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, o código 99.085.01-1 - Incentivo ao Registro Civil de Nascimento.

Art. 2º Estabelecer que o Incentivo de que trata o Artigo 1º desta Portaria será pago aos hospitais integrantes do SIH/SUS que propiciarem o registro de nascimento, antes da alta hospitalar.

Parágrafo único. O pagamento do Incentivo está vinculado às informações sobre o Registro Civil do Recém-nato, a serem preenchidas na AIH do parto.

Art. 3º Instruir que o Incentivo ao Registro Civil de Nascimento será lançado no Campo de Serviços Profissionais da Autorização de Internação Hospitalar do parto, conforme abaixo especificado:

| | |
|---|-------------|
| Incentivo ao Registro Civil de Nascimento | 99.085.01-1 |
| Valor | R\$ 5,00 |
| Tipo (CNPJ) do Hospital | 36 |
| Tipo de Ato | 46 |
| Limite de Utilização | 01 |

Art. 4º Determinar que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS faça as alterações necessárias no programa de digitação da AIH, o executável SISAIH01, incluindo os campos para informação dos dados constantes do documento de registro, para implementação desta Portaria, conforme abaixo especificados:

- Número da DN (Declaração de Nascido Vivo);
- Nome do recém-nato;
- Razão Social do Cartório;
- Livro;
- Folhas;
- Termo;
- Data emissão da certidão.

Art. 5º Determinar ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS que adote as providências necessárias para que, a partir de agosto de 2002, em todos os partos realizados na rede do Sistema Único de Saúde, sejam coletadas as informações necessárias à emissão do Cartão Nacional de Saúde para as correspondentes gestantes.

Art. 6º Determinar ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS que adote as providências necessárias para que, a partir de agosto de 2002, sejam coletadas as informações necessárias à emissão do Cartão Nacional de Saúde para todos os recém-nascidos em hospitais integrantes do SIH/SUS, com Registro Civil de Nascimento até a alta hospitalar.

Art. 7º Determinar que o procedimento constante desta Portaria seja incluído na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiado com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Parágrafo único. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS;

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela rede cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar de 1º de julho de 2002.

BARJAS NEGRI

PORTARIA MS-GM N. 118, DE 29 DE JANEIRO DE 1993

O Ministro de Estado da Saúde, usando de suas atribuições legais e,

Considerando o princípio constitucional da publicidade, que informa toda a Administração Pública (artigo 37, “caput”, da Constituição Federal);

Considerando o disposto no § 8º do artigo 39 da Lei n. 8.080(1), de 19 de setembro de 1990, que assegura o acesso das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ou órgãos congêneres, aos serviços de informática e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde, de modo a permitir aos gestores do Sistema Único de Saúde a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares;

Considerando que a possibilidade do acesso dos dirigentes estaduais e municipais do SUS aos serviços de informática e banco de dados do Ministério da Saúde, com o conseqüente manuseio e análise dos dados e informações obtidos, constituirá importante componente do sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o Território Nacional, conforme previsto no artigo 47 da Lei Orgânica da Saúde;

Considerando, por fim, que o controle social dos serviços e ações de saúde a cargo do SUS, decorrente da diretriz constitucional que determina a participação da comunidade na organização do Sistema (órgãos dirigentes do SUS, conselhos de saúde, prestadores de serviços, usuários e interessados em geral), pressupõe o acesso geral às informações referentes àqueles serviços e ações, em todo o território nacional, nos termos do artigo 5º incisos XIV e XXXIII da Constituição Federal, resolve:

Art. 1º Fica o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, da Fundação Nacional de Saúde - DATASUS, autorizado a colocar à disposição dos dirigentes estaduais e municipais de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários em geral, as informações e os dados armazenados no Sistema de Informações Hospitalares SIH/SUS.

Art. 2º Para a efetivação do disposto no artigo 1º, o DATASUS definirá, tecnicamente, no prazo de dez dias, as formas automáticas de acesso às informações, auxiliando, quando solicitado, as autoridades, os órgãos, as entidades e os indivíduos interessados na obtenção de informações e dados referentes ao SUS.

Art. 3º Com base nas informações armazenadas no DATASUS, a Secretaria de Assistência à Saúde efetuará, se necessário com a cooperação técnica de instituições científicas que atuam na área de processamento de dados de saúde, estudos referente ao perfil da prestação de serviços de saúde em âmbito nacional, tendo em vista a implementação do sistema nacional de informações em saúde previsto no artigo 47 da LOS, e a atribuição conferida pelo artigo 37 da LOS ao Conselho Nacional de Saúde no tocante à elaboração dos planos de saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Jamil Haddad, Ministro da Saúde.