

***“Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH/SAS/MS):
proposta de critérios de avaliação da qualidade das informações”***

por

Plauto Ricardo de Sá e Benevides

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Dalia Elena Romero Montilla*

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.

Esta dissertação, intitulada

***“Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH/SAS/MS):
proposta de critérios de avaliação da qualidade das informações”***

apresentada por

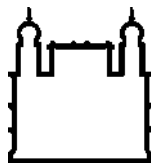
Plauto Ricardo de Sá e Benevides

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rejane Sobrino Pinheiro

Prof.^a Dr.^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade – Orientadora principal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



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

B465 Benevides, Plauto Ricardo de Sá e
Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar: avaliação da
qualidade das Informações. / Plauto Ricardo de Sá e Benevides. Rio de
Janeiro: s.n., 2009.
166 f. il., graf.

Orientador: Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Montilla, Dalia Elena Romero
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Hospitalização. 2. Comunicação. 3. Sistemas de Informação
Hospitalar. 4. Avaliação. 5. Saúde Suplementar. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.11

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha querida esposa Lisiane e minha filha Isabella que souberam me compreender nos momentos em que estive ausente e me auxiliaram com toda atenção, carinho e afeto. Ao estimado Professor Miguel Murat (in memoriam) que durante essa jornada me incentivou e apoiou.

Agradecimentos

Ao DATASUS, Ernani Bandarra e a ENSP, Miguel Murat (*in memoriam*) e Ilara Moraes, pela oportunidade e por tornarem possível este curso.

À Orientadora, Carla Lourenço Tavares de Andrade e Co-orientadora, Dalia Elena Romero Montilla, pela competência, compreensão e sabedoria que orientaram este trabalho.

Às Professoras Sonia Bittencourt e Rejane Sobrino Pinheiro, por aceitarem participar da Banca de Defesa desta Tese, proporcionando discussões e sugestões que servirão para crescimento, aprendizado e incentivo à pesquisa.

Aos meus familiares, em especial a Almerinda de Sá e Benevides e Cacilda de Sá e Benevides, pelo apoio e carinho e estímulo.

Aos colegas do DATASUS, Adebai Silva, Claudia Risso, Márcia Marinho, Jacques Levin, Antonio Carlos Nunes (Barroco), Guido Rafael Le Senechal Salatino e Isabel Cristina da Silva Pereira pelo incentivo e apoio e preciosas contribuições.

Aos colegas da Equipe CNES, em especial ao Celso Malheiro, pela valiosa colaboração para obtenção dos dados.

À Anilka Medeiros e demais colegas da ENSP, pelo companheirismo e colaboração.

À Corah Lucas Prado pela contribuição.

As colegas da ANS, Celina Maria de Oliveira e Marizélia Leão Moreira, pela contribuição.

Aos colegas da Equipe da GPFIN, em especial ao Luiz Menezes, pela colaboração e estímulo.

Aos colegas da Coordenação Renato Lopes e Ricardo Góes, pela compreensão e apoio.

Sumário

Lista de Tabelas	5
Lista de Quadros	6
Lista de Figuras	7
Lista de Gráficos.....	8
Lista de Abreviações e Siglas	9
Resumo.....	10
1. Introdução	12
2. Contextualização	13
2.1 Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar.....	13
2.1.2 Modelo de funcionamento do Sistema CIH	16
2.2 Qualidade da Informação em Saúde.....	22
2.2.1 Comitê Temático Interdisciplinar de Gestão da Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde.....	24
2.2.2 Instituto Canadense de Informação em Saúde	27
3.1 Objetivo geral	32
3.2 Objetivos específicos	32
4. Metodologia	33
4.1 Critérios propostos para avaliação do CIH.....	33
5. Resultados	47
5.1 Acurácia - Alimentação do Sistema / Unidade não-resposta	47
5.2 Acurácia - Alimentação do Sistema / Completitude.....	57
5.3 Comparabilidade - Histórico de comparabilidade	62
6. Discussão.....	65
7. Considerações Finais e Recomendações	68
8. Referências.....	70
9. Anexo – Legislação	72

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Quantidade de Estabelecimentos de Saúde que prestaram serviços e atendimentos a internação hospitalares não financiados pelo SUS	49
Tabela 2 - Percentual de Resposta da Alimentação do Sistema CIH, segundo região, unidade da federação. Brasil 2007-2008.....	50
Tabela 3 - Completitude das variáveis do CIH (%), 2007 e 2008	59
Tabela 4 - Medição de erro das variáveis do CIH (%) 2007 e 2008.....	60
Tabela 5 - Número de Internações com os procedimentos não encontrados na tabelas SUS	61
Tabela 6 - Proporção de Internações Hospitalares (não SUS) por Grupos de Causas.....	63
Tabela 7 - Proporção de Internações Hospitalares (não SUS) por Grupos de Causas Externas	64

Lista de Quadros

Quadro 1 - Procedimentos sem correspondência na Tabela de Procedimentos do SUS.....	19
Quadro 2 - Dados da CIH a serem avaliados.....	42
Quadro 3 - Matriz de Dimensões CIHI e Ripsa.....	44
Quadro 4 - Matriz proposta de dimensões e características	45
Quadro 5 - Matriz de julgamento da avaliação do CIH.....	46

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxo Operacional Aplicativo CIH01	20
Figura 2 - Fluxo Operacional Aplicativo CIH02	21
Figura 3 - Ciclo de Trabalho da qualidade dos dados	30
Figura 4 - Componentes Integrantes da Avaliação	31
Figura 5 - Tela Cadastro Hospital – Sistema CIH.....	38
Figura 6 - Tela Cadastro Pacientes – Sistema CIH.....	39
Figura 7 - Tela Cadastro de Internações – Sistema CIH.....	40
Figura 8 - Tela Alta dos Pacientes – Sistema CIH	41

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Percentual anual dos Estabelecimentos de Saúde que apresentaram dados de internações hospitalares nos anos de 2007 e 2008..	51
Gráfico 2 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Norte que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.	52
Gráfico 3 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Nordeste que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.	53
Gráfico 4 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Sudeste que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.	54
Gráfico 5 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Sul que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.	55
Gráfico 6 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Centro-Oeste que apresentaram dados de internações hospitalares nos anos de 2007 e 2008.	56

Lista de Abreviações e Siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde Pública
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIH	Comunicação de Internação Hospitalar
CHIH	Canadian Institute for Health Information
CGI	Comitês de Gestão de Indicadores (Ripsa)
Conas	Conselho Nacional da Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CTI	Comitês Temáticos Interdisciplinares (Ripsa)
Datasus	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
INFORM SUS	Informe Epidemiológico do SUS
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ML	Modelo Lógico
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OTI	Oficina de Trabalho Interagencial (Ripsa)
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado do SUS
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Programa que via internet permite tabulações rápidas sobre os arquivos DBF.
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de terapia intensiva

Resumo

Este estudo visa explorar o Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) propondo critérios para avaliação da qualidade dos dados, com o objetivo de sinalizar a existência dos aspectos limitantes, e contribuir para a melhoria da qualidade dos dados dessa importante fonte de informação. O trabalho objetiva, também, incentivar o uso do CIH, ressaltando o seu potencial de utilização na epidemiologia e na gestão da saúde do País. Trata-se de um estudo ecológico em um banco de dados em nível nacional, no período de 2007 e 2008. A metodologia adotada na avaliação da qualidade dos dados foi baseada nas experiências do Instituto Canadense de Informação para a Saúde (*Canadian Institute for Health Information*) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), adaptando-se seus conceitos e recomendações às necessidades inerentes ao CIH. O estudo demonstrou que, no período analisado, a base de dados do CIH possui fragilidade na coleta das informações, porém tem boa completitude e mostra coerência das informações na série histórica.

Palavras chaves: Comunicação de Internação Hospitalar; Qualidade de dados; Avaliação de Sistema de Informação em Saúde; Saúde Suplementar.

Abstract

This study explored the Communication System for Hospital (CIH) proposing criteria for evaluating the quality of data in order to signal the existence of the limiting aspects and contribute to the improvement of data quality of this important source of information. The work also aims at encouraging the use of CIH, highlighting its potential use in epidemiology and health management in the country. This is one ecological study in a database at the national level, between 2007 and 2008. The methodology used in assessing the quality of the data was based on the experiences of the Canadian Institute for Health Information and the Inter-Agency Network for Health Information (Ripsa), adapting its concepts and recommendations to the needs inherent CIH. The study showed that during the period analyzed, the database of the CIH has weakness in the data collection, but has shown good consistency and completeness of the information in the series.

Key words: Communications System for Hospital Inpatient Admissions; Assessment System on Health Information; Quality of data; Health insurance.

1. Introdução

A informação tem um importante papel no processo da gestão das políticas e ações em saúde. Pode ser utilizada no apoio ao acompanhamento financeiro e administrativo, além de servir para auxiliar no planejamento, programação e monitoramento das ações no campo da Saúde (Política Nacional de Saúde, 2004). Conforme estabelecido pela Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, a informação e a informática também apóiam os processos de qualificação das atividades de avaliação, controle, regulação e auditoria, agilizando o processo de conhecimento e a troca de informações entre as esferas do SUS.

Atualmente, existem inúmeras bases de dados em nível nacional provenientes dos dados coletados de forma contínua, como a produção de serviços hospitalares e ambulatoriais, dados vitais, ações e programas de saúde como os de vigilância alimentar e nutricional. Essas bases acrescidas dos inquéritos populacionais, outra importante fonte de dados, integram um conjunto de informações fundamentais para a gestão da saúde no país.

No campo do atendimento às internações hospitalares, as informações disponíveis no Brasil, provenientes dos registros administrativos, encontram-se em dois Sistemas de abrangência nacional: o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e o Sistema de Comunicações Hospitalares (CIH).

O SIH tem origem no Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), foi criado em 1991 e sua estrutura é baseada nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) financiadas com recursos do SUS e registradas em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS (Bittencourt, 2006). Oito anos mais tarde (1999), o Ministério da Saúde criou a CIH, com o objetivo de possibilitar um conhecimento mais abrangente das internações hospitalares realizadas no país. A utilização das informações da CIH também permite o monitoramento, pela Agência Nacional de Saúde (ANS), da rede assistencial informada pelas Operadoras de Plano de Saúde (<http://cih.datasus.gov.br/CIH/index.php?area=01> acessado em 04/Out/2009).

Este trabalho se propõe a realizar um estudo sobre a qualidade dos dados do Sistema CIH em nível nacional. Pretende-se que os resultados deste

estudo contribuam para o conhecimento da potencialidade e limitações desta fonte de informação, e gerem insumos para a regulação e gestão da saúde suplementar.

2. Contextualização

2.1 Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar

O Ministério da Saúde (MS), em março de 1999, prevendo a necessidade de coletar as informações das internações que não são financiadas pelo SUS, tanto para o conhecimento mais amplo e profundo do perfil nosológico e epidemiológico da população, como para apoiar o planejamento e regulação da assistência à saúde, regulamentou em março de 1999, através da portaria MS 221/GM/99, que todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas ou privadas, integrantes ou não do SUS, informassem ao Ministério da Saúde a ocorrência dos eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados (<http://www.ans.gov.br/> acessado em 04 out 2009).

A Portaria nº 221/99 também condiciona o pagamento pelo SIH-SUS das autorizações de internação hospitalar ao envio das CIH dos pacientes cuja assistência não foi financiada pelo SUS. Além disso, estabelece que: a) nos hospitais diretamente vinculados ao Ministério da Saúde que recebem recursos por transferências orçamentárias, o cumprimento das determinações quanto ao envio das CIH de todos os pacientes, seja requisito indispensável para transferência das parcelas mensais de recursos financeiros previstas no orçamento do Ministério da Saúde e para a renovação de alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária e tramitação de qualquer solicitação ao Ministério da Saúde; b) compete aos gestores, Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsáveis pelo recebimento regular das AIH, monitorar a entrega das CIH pelas unidades hospitalares sob sua gestão; c) a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS adote as medidas complementares necessárias à implementação desta Portaria,

mediante expedição de atos normativos e instruções técnicas e promova a disseminação das informações da CIH, em articulação com as entidades nacionais de representação dos prestadores de serviços hospitalares, o CONASS e o CONASEMS; d) a CIH contenha obrigatoriamente, de forma padronizada, as seguintes informações: identificação do paciente, identificação da unidade hospitalar, procedimento médico-cirúrgico realizado, datas da internação e da alta, tipo de alta, fonte de remuneração/ financiamento do atendimento.

Em maio de 1999, o Secretário de Saúde determinou em Portaria (MS213/SAS/99), a criação do programa SISCHI01, de uso gratuito, para a captação das informações das “internações não cobradas pelo SUS”. A Portaria ainda estabelece um layout de arquivo digital que pode ser utilizado pelos hospitais possuidores de seu próprio Sistema de Informação, para enviar os dados da CIH. O fluxo de envio dos dados também é estabelecido na Portaria, devendo o estabelecimento de saúde encaminhar os dados às Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde e estas, após validação, enviar ao Departamento de Informática do Ministério de Saúde (DATASUS) (<http://cih.datasus.gov.br/CIH/index.php?area=03> acessado em 4 de outubro de 2009).

Mais cinco portarias visando o aperfeiçoamento do CIH, foram emitidas pelo Ministério da Saúde (1002/SAS/02, 988/GM/05, 1722/GM/05, 24/SAS/08 e 147/SAS/08). Estas portarias, entre outras determinações, têm o objetivo de adequar a estrutura dos campos da CIH. Podemos destacar, entre estas Portarias, a editada em 27/06/2005 (988/GM/05) que além de alterar a estrutura dos campos de dados, define que para identificação do estabelecimento da internação, onde utilizava-se o CNPJ, deve ser utilizado o código correspondente no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Outra Portaria que teve uma importante contribuição foi editada visando atender a modificação da tabela de procedimentos quando da sua unificação. Até janeiro de 2008 existiam duas tabelas que orientavam os registros de procedimentos do SUS: uma, os procedimentos hospitalares e outra, os procedimentos ambulatoriais. Com a unificação, a codificação dos procedimentos passou de 8 dígitos para 10 dígitos. Em 10/12/2008 a SAS editou a Portaria 24 que resolve incluir os códigos, conforme Quadro 1, para

registrar os procedimentos realizados nos atendimentos e que não têm correspondência na Tabela de procedimentos do SUS. No caso da CIH, apenas são considerados os códigos referentes aos itens 2 a 5, por se tratarem de procedimentos realizados na internação hospitalar. Esta resolução minimiza a dificuldade no registro das internações cujos procedimentos não constam na tabela do SUS. Anteriormente à unificação das tabelas, procedimentos realizados que não tinham correspondência com a cobertura pelo SUS eram registrados com um único código “50000004”, o que não permitia a identificação do grupo do procedimento.

Apesar do número limitado de variáveis, a CIH pode constituir uma importante fonte de informação para o estudo do perfil epidemiológico. Entretanto, até o momento tem sido pouco pesquisada, em parte pela sua data de implementação ser relativamente recente e acrescido pela dificuldade de acesso aos dados coletados pelo Sistema.

Consultando as bases de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde Pública, Lilacs - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, INFORM SUS - Informe Epidemiológico do SUS, além de sites institucionais relacionados ao tema e utilizando-se dos descritores: Internação, Hospital, Hospitalar, Internações, Internações Hospitalares, Sistema de Informação Hospitalar, foram encontrados apenas dois estudos que consideraram o Sistema de Comunicação Hospitalar. Um deles é o artigo de autoria de Soares, publicado em 2006 na Revista Brasileira de Epidemiologia, utilizou a base de dados da CIH para analisar os fatores associados ao risco de internação pelas vítimas dos acidentes de trânsito no Município de Maringá-PR no ano 2000 (Soares & Barros, 2006). No outro, Moreira, em sua Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, discorre sobre a cobertura e a utilização de serviços de saúde complementar no estado de São Paulo e aborda profundamente o Sistema de Comunicação Hospitalar, realizando uma análise da qualidade dos dados no ano 2002 (Moreira, 2004).

Apesar do SIH constituir-se um dos maiores bancos de dados na área de assistência à saúde e de sua base de dados ser intensamente utilizada pela academia e por pesquisadores, fornece uma visão parcial das internações hospitalares, visto não estarem incluídos os atendimentos

gratuitos e os financiados por particulares e planos de saúde públicos ou privados.

Para possibilitar o acesso às informações da totalidade das internações ocorridas em âmbito nacional são necessários que sejam acrescidos os registros das internações custeadas pela saúde suplementar e pelos próprios recursos dos cidadãos. Isso pode ser extremamente significativo se considerarmos que no ano de 2007 o setor de planos privados de assistência à saúde contemplava cerca de 39,1 milhões de conveniados (ANS, 2008). Para tanto são necessárias ações para a qualificação das informações provenientes dos dados da CIH.

A Agência Nacional de Saúde (ANS), órgão responsável pela regulação da Saúde Suplementar, em outubro de 2005 em resolução normativa, instituiu a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) para o acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Tal fato possibilitou que a ANS desempenhe um importante papel na verificação das informações coletadas e colaborando com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) na gestão do Sistema. (<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPagelId=8A9588D4257EE41901257F3589BA1708&itemId=8A9588D42670BEE0012670CA2AF77ED0> acessado em 4 de outubro de 2009)

2.1.2 Modelo de funcionamento do Sistema CIH

O Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar foi concebido pelo DATASUS-MS para operar com dois aplicativos distintos, o SCI01 que tem a finalidade de coletar as informações nos estabelecimentos hospitalares e o SCI02 utilizado pelas Secretarias de Saúde Estaduais/Municipais para importarem a produção dos Estabelecimentos de Saúde, validarem os dados, e gerarem a remessa de envio das informações ao DATASUS-MS.

Os aplicativos são fornecidos gratuitamente pelo MS e utilizam como gerenciador de banco de dados o FIREBIRD, mantido pela Fundação FirebirdSQL. O banco de dados é distribuído gratuitamente (<http://sourceforge.net/projects/firebird>), desonerando os Estabelecimentos e Secretarias de Saúde de custo para implantação do Sistema CIH.

Por medida de segurança, os arquivos de remessa são gerados pelo SCIH02 com uma senha e compactados para facilitar sua transmissão. A senha é de conhecimento apenas do aplicativo que realiza a incorporação dos dados na base nacional, garantindo a confidencialidade dos dados.

A transmissão dos arquivos de remessa é realizada por outro aplicativo, denominado de Transmissor, que também é utilizado pelos Sistemas SIH, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado do SUS (SIHD), entre outros (<http://w3.datasus.gov.br/transmissor/transmissor.php>, acessado em 11 de outubro de 2009).

Com a preocupação da consistência das informações, o atual fluxo operacional do Sistema CIH (Figuras 1 e 2) permite a validação dos dados coletados em três momentos: quando da geração do movimento pelo Estabelecimento de Saúde (SCI01); no momento da importação dos dados pelas Secretarias de Saúde (SCI02); e na incorporação dos dados na base nacional. Em caso de detecção de inconsistências, todo movimento da competência daquele Estabelecimento de Saúde é rejeitado, e deve ser corrigido e transmitido novamente.

Outra iniciativa dos desenvolvedores da CIH, com a preocupação da qualidade dos dados, é a integração do Sistema com o CNES. O Gestor da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), antes de importar os arquivos de movimentos, deve atualizar a tabela de Estabelecimentos de Saúde com o arquivo extraído do aplicativo local do CNES. Tal procedimento é necessário para manter a integridade dos dados, permitindo que os arquivos de movimentos contêm apenas Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES.

Outras tabelas que devem ser atualizadas nos aplicativos CIH01 e CIH02 são as seguintes: Classificação Internacional de Doenças (CID-10); Operadoras de planos de assistência à saúde; Tipos de alta de internação; e fontes de remuneração.

O MS mantém um Sítio na Internet onde é possível obter as atualizações do CIH01 e CIH02, além das tabelas que permitem o adequado funcionamento dos aplicativos. A documentação normativa (portarias, decretos

e normas) que determina o uso e obrigatoriedade da CIH e os Manuais de Usuário e Instalação das aplicações também podem ser obtidos no referido Site. É possível, ainda neste mesmo ambiente, a consulta à base nacional das seguintes informações: Dados do envio das remessas pelas Secretarias de Saúde e Estabelecimento de Saúde, quantitativos de internações repassados pelo Estabelecimento de Saúde por tipo de fonte de Remuneração por exercício e mês. (<http://cih.datasus.gov.br>).

Os manuais do CIH têm boa clareza metodológica, com linguagem sucinta e sem ambiguidades. São objetivos e abordam todas as funcionalidades do Sistema.

Apesar do MS não disponibiliza, um fórum de discussão da CIH que, a exemplo de outros Sistemas, possibilitaria sanar as dúvidas dos usuários e incentivar a troca de experiências, os mesmos podem recorrer à lista de e-mails (cih@listas.datasus.gov.br) para enviar as dúvidas que serão analisadas e posteriormente respondidas pelo Gestor (SAS) ou pela equipe de desenvolvimento (DATASUS).

Quadro 1 - Procedimentos sem correspondência na Tabela de Procedimentos do SUS

Itens	Código Procedimento	Descrição Procedimento
1	01.99.99.999-6	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde não encontradas na tabela do SUS
2	02.99.99.999-8	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica não encontrados na tabela do SUS
3	03.99.99.999-0	Procedimentos Clínicos não encontrados na tabela do SUS
4	04.99.99.999-1	Procedimentos Cirúrgicos não encontrados na tabela do SUS
5	05.99.99.999-3	Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células não encontrados na tabela do SUS
6	06.99.99.999-5	Medicamentos não encontrados na tabela do SUS
7	07.99.99.999-7	Órteses, Próteses e Materiais Especiais não encontrados na Tabela do SUS
8	08.99.99.999-9	Ações Complementares de Atenção à Saúde não encontradas na tabela do SUS

Fonte: Ministério da Saúde-Portaria nº. 24/GM de 10 de dezembro de 2008

Figura 1 - Fluxo Operacional Aplicativo CIH01

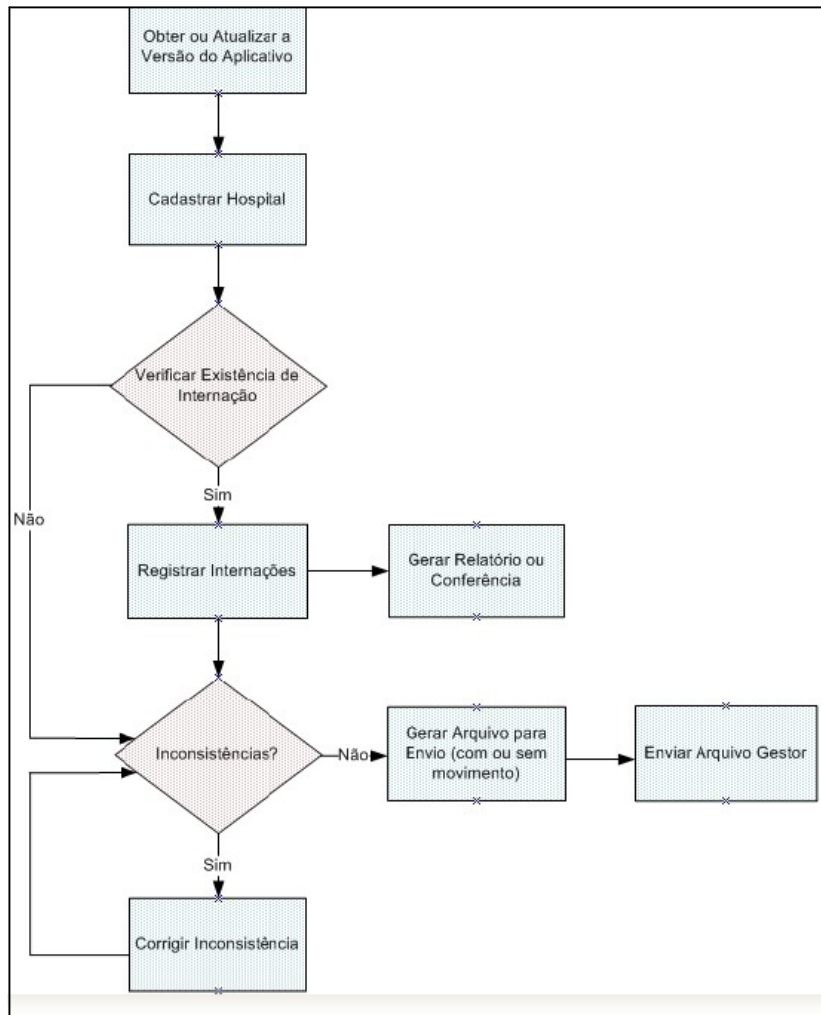


Ilustração Manual Usuário CHI01, 2008

Figura 2 - Fluxo Operacional Aplicativo CIH02

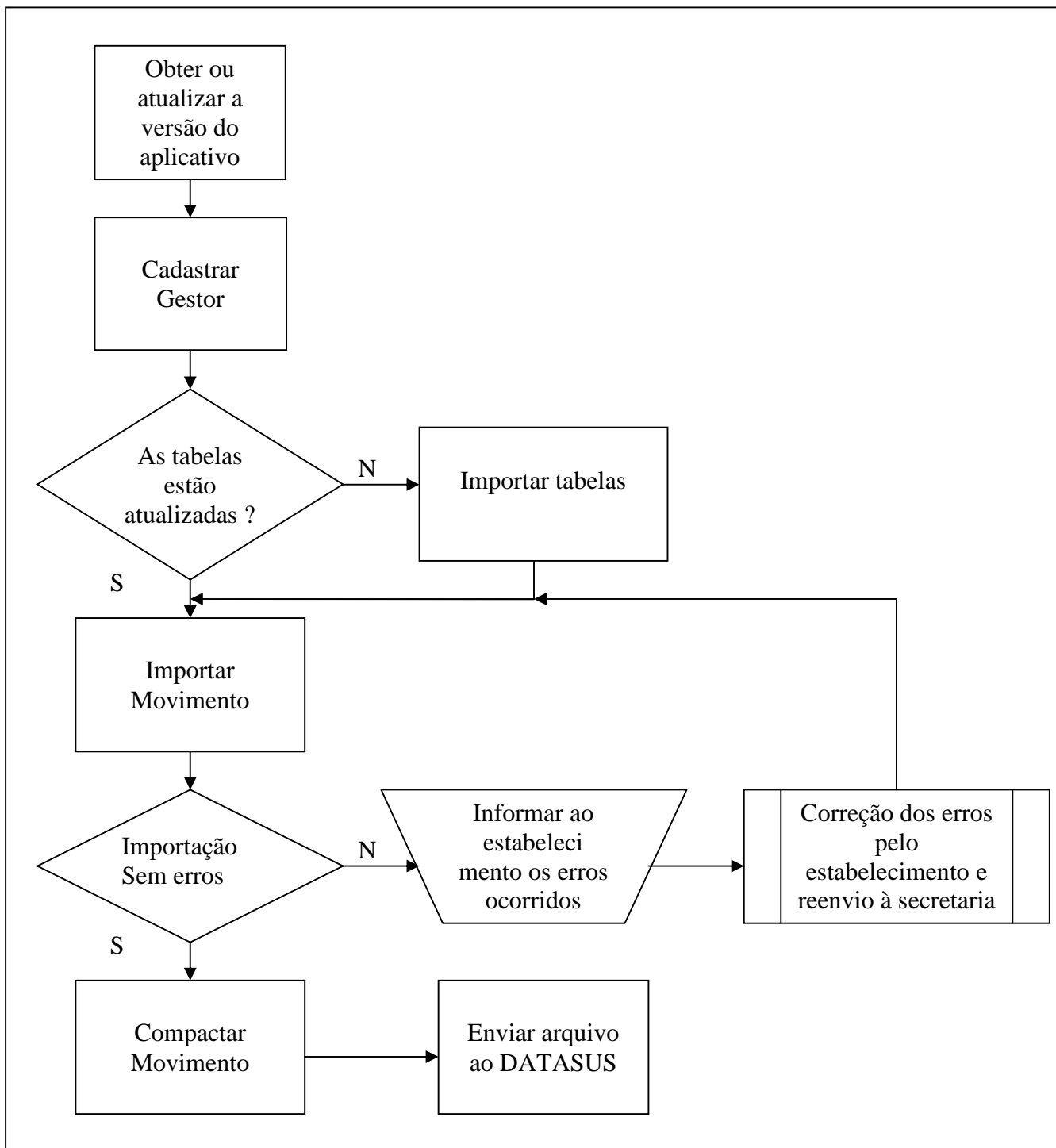


Ilustração Manual Usuário CHI02, 2008

2.2 Qualidade da Informação em Saúde

Qualidade de dados pode ser definida como “adequação ao uso” o que implica ser um conceito relativo, visto que dados considerados de qualidade apropriada para determinado uso podem não ter qualidade suficiente para outro uso (CIHI, 2005). Entende-se também por qualidade de dados o grau de adequação entre as visões apresentadas pelo sistema de informação e os mesmos dados no mundo real (CIHI, 2005; Salvador et al, 2006).

O Conselho Nacional de Saúde tem contribuído no processo de estímulo à melhoria da qualidade da informação através de sua Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde, que foi reativada em 2005. Para a discussão do pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde, o Conselho Nacional de Saúde realizou vários Seminários Regionais Descentralizados e um Seminário Nacional. Dentre as propostas apresentadas pelos conselhos de saúde destacam-se o estabelecimento de indicadores para avaliar/acompanhar a qualidade da informação e a publicização dos direitos dos usuários no SUS (Silva et al, 2007).

No Brasil, existem vários estudos que relatam a fragilidade da qualidade dos dados de nossos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (Schramm & Szwarcwald, 2000; Lemos & Valente, 2000; Romero & Cunha, 2006; Romero & Cunha, 2002). Entretanto, o monitoramento da condição dos dados dos sistemas não é feito de forma sistemática pelos gestores responsáveis. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) constituiu um Comitê Temático Interdisciplinar: de Gestão da Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde com a finalidade de propor uma metodologia para um processo formal e regular de gestão da qualidade dos dados e das informações oriundas dos sistemas de informação de bases nacionais, SIH-SUS, SAI-SUS, SCIH, entre outros (www.ripsa.org.br).

Conforme Moraes & Santos (2001), a qualidade da informação é consequência da condição na qual se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disseminação dos dados produzidos pelos sistemas de informação. Para o enfrentamento dos vários problemas de saúde, seja de morbidade ou de mortalidade, a política pública necessita de uma base de

informações confiável, que permita o direcionamento na tomada de decisões (Moraes & Santos, 2001).

A precisão dos dados não é uma meta fácil de alcançar. É necessário um processo participativo no momento da concepção dos SIS, envolvendo todos os atores que participarão do processo, além do monitoramento sistemático e constante da coleção de dados e atuação pró-ativa na prevenção dos problemas que possam comprometer os dados (Salvador et al, 2006).

A tecnologia tem avançado em diversas áreas que envolvem a informação, como as que são voltadas para o gerenciamento de bases, administração, segurança e mineração de dados. Já na área da qualidade da informação essa evolução não se percebe com o mesmo ritmo (Salvador et al, 2006).

Iniciativas acadêmicas das organizações ligadas à saúde e ao governo têm buscado metodologias e mecanismos de medição da qualidade da informação, para precisar o quanto os dados se encontram corretos, disponíveis em tempo, relevantes, completos, simples/compreendidos e confiáveis.

A necessidade do uso desses mecanismos para auxiliar no monitoramento da qualidade da informação tem se evidenciado em estudos que relatam a fragilidade dos dados dos SIS, destacando-se em alguns desses estudos a diferença entre taxas de natimortalidade calculadas em distintos sistemas SIH/SUS e Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (Schramm & Szwarcwald, 2000), com níveis importantes de diferença principalmente nos estados do Nordeste. Os estudos ressaltam sobre a subnotificação: no caso da AIDS, por exemplo, se concluiu que em 51,9% dos casos que evoluíram para o óbito, os indivíduos adoeceram e morreram sem terem sido registrados pelo sistema de vigilância epidemiológica (Lemos & Valente, 2000).

Outros problemas de qualidade dos dados foram relatados, tais como clareza metodológica de documentação, completitude e consistência. No caso do sistema de informação de nascidos vivos – SINASC encontrou-se, na maioria das unidades federativas (UF), uma completitude do preenchimento de ruim a regular, das variáveis sobre história reprodutiva materna: natimortos

e filhos nascidos vivos anteriores (Romero & Cunha, 2006). Ainda sobre a clareza metodológica, outro estudo analisou o sistema de informações sobre mortalidade (SIM) e concluiu que as informações sobre mortalidade possuem sérios problemas de qualidade, dentre os quais instruções confusas no manual para o preenchimento de informação ignorada, má classificação da ocupação materna, ausência de identificação sobre a raça do informante e elevada proporção de incompletude da informação (Romero & Cunha, 2002).

Lima e colaboradores (2009) realizaram um trabalho com preocupação na propriedade da informação. O estudo revisou as iniciativas de avaliação da qualidade das informações dos sistemas brasileiros, identificando as dimensões (extensão, medida) e métodos utilizados no monitoramento da qualidade dos dados.

2.2.1 Comitê Temático Interdisciplinar de Gestão da Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde.

Outra iniciativa com propósito de promover a qualidade dos dados dos SIS tem procedência na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), criada em 1995 e concebida por um grupo de trabalho no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e instituições importantes da política nacional de informação em saúde. Sua composição tem cerca de 30 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (produtores de informações *strito sensu*, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia) que se associaram para aperfeiçoar informações de interesse comum. Seu processo de trabalho se realiza por intermédio de mecanismos e instrumentos operacionais de gestão previstos nos instrumentos legais de criação da Ripsa. (<http://www.ripsa.org.br>, acessado em outubro de 2009).

Dentre a Rede de Instituições participantes da Ripsa encontra-se o Ministério da Saúde, OPAS, IBGE, IPEA, CONAS, CONASEMS, FIOCRUZ, entre outras (<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=56>, acessado em outubro de 2009).

Dois instrumentos são responsáveis pela condução das ações: Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) - fórum colegiado incumbido do planejamento participativo e da condução técnica do processo; e Secretaria Técnica - equipe designada pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde para promover medidas que viabilizem as recomendações da OTI, expressas em plano anual de trabalho.

Duas outras instâncias têm atribuições técnicas específicas na Ripsa: Comitês de Gestão de Indicadores (CGI) - têm a função de revisar periodicamente os subconjuntos indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura; e Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI) - constituídos temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede.

A Ripsa, desde 2007, vem desenvolvendo o projeto de um Comitê Temático Interdisciplinar de Gestão da Qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde, com a finalidade de propor uma metodologia para um processo formal e regular de gestão da qualidade dos dados e das informações oriundas dos SIS no Brasil. Participam desse comitê temático representantes da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministério da Saúde (MS), Universidade Nacional de Brasília (UNB), entre outros.

As atividades e produtos esperados do Comitê Temático são as seguintes: revisar nomenclaturas e conceitos existentes na literatura especializada sobre o tema, adequando-os às necessidades dos SIS nacionais; revisar as metodologias utilizadas internacionalmente para gerenciar a qualidade de dados e informações, identificando elementos aplicáveis aos SIS no Brasil; descrever, analisar e acompanhar as iniciativas nacionais atuais para aprimorar a qualidade dos dados e informações dos SIS; elaborar proposta metodológica de avaliação da qualidade de dados e informações nos SIS e; validar a proposta em sistemas selecionados, por meio de aplicação da metodologia proposta em parceria com os gestores dos SIS.

Para subsidiar o CTI foi realizada uma pesquisa entrevistando os gestores responsáveis pelos SIS na esfera federal. O objetivo foi obter uma visão das suas impressões em relação aos principais problemas de qualidade do SIS sob sua responsabilidade, a frequência em que avaliavam a qualidade

das informações e quais técnicas utilizavam. O levantamento foi realizado tendo como referência 42 (quarenta e dois) SIS de bases de dados de âmbito nacional, com gestão subdividida percentualmente entre diversos órgãos do MS: ANS (15%), ANVISA (10%), FNS (5%), FUNASA (3%), SAS (28%), SE (10%) e SVS (29%). Dentre os Sistemas pesquisados 38% têm a finalidade de gestão, 15% de cadastros, 42% de epidemiológica e 5% de saneamento. As dimensões selecionadas para o estudo foram às seguintes:

- Acessibilidade: Grau de facilidade e rapidez na obtenção dos dados ou informações (regras claras definindo preço, permissões e onde obtê-los), no trato (instrumentos para manuseio e formato) e na compreensão da informação;

- Clareza metodológica: Grau no qual a documentação que acompanha o SIS, instruções de coleta, manuais de preenchimento, dicionário de dados, modelos de dados. Descreve os dados sem ambigüidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão;

- Cobertura: Grau em que estão registrados no SIS os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido;

- Completitude: Grau em que os registros de um SIS possuem valores não nulos;

- Confiabilidade: Grau de concordância entre aferições distintas realizadas em condições similares;

- Consistência: Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios;

- Não duplicidade: Grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do SIS é representado uma única vez;

- Oportunidade: Grau em que os dados ou informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização de quem deles necessita;

- Validade: Grau em que o dado ou informação mede o que se pretende.

Analisando os dados coletados na pesquisa podemos destacar alguns aspectos significativos: predomina o número de gestores que considera necessário realizar o monitoramento da qualidade dos dados nas dimensões acessibilidade, completitude, confiabilidade, consistência e não duplicidade,

embora não tenha as condições necessárias para realizá-lo. Observou-se também a incidência das técnicas utilizadas no monitoramento da qualidade dos SIS em cada uma das dimensões de qualidade, tendo como destaque a técnica de “análise descritiva - indicadores do próprio banco de dados”.

Apesar das limitações da pesquisa – o formulário não foi previamente validado com uma pesquisa piloto e a ocorrência de interpretações distintas de conceitos – os dados apresentados evidenciam o quanto é necessário avançar na sistematização do monitoramento e avaliação da qualidade das informações no âmbito do Ministério da Saúde.

2.2.2 Instituto Canadense de Informação em Saúde

O Canadian Institute for Health Information (CIHI), criado em 1993, é uma instituição sem fins lucrativos e destinada ao desenvolvimento e à manutenção de um sistema nacional integrado de informações de saúde. O Instituto, em associação com o Health Canadá e o Statistics Canadá, tem a preocupação com o desenvolvimento de padrões (Viacava, 2002).

O CIHI criou um modelo (*framework*) que define uma estratégia de avaliação sistemática e documentação da melhoria da qualidade dos dados. Este modelo separa a qualidade dos dados em componentes com o objetivo de permitir a identificação dos aspectos prejudiciais aos dados.

São três os componentes que compõem o modelo: (1) ciclo de trabalho da qualidade dos dados (2) avaliação da qualidade dos dados (3) documentação da qualidade dos dados.

O primeiro componente, denominado “ciclo de trabalho da qualidade dos dados”, está direcionado aos papéis e responsabilidades, e caracteriza-se por ser iterativo e contínuo. A representação do movimento do ciclo pode ser visualizada na Figura 3. Este componente é composto de três elementos: a) planejamento – atividades necessárias para preparar e priorizar os processos inerentes à criação de um banco de dados, bem como a concepção de todas as alterações necessárias; b) implementação – processos necessários para o registro dos dados; c) avaliação – avaliação da qualidade do banco de dados e determinação das alterações nos processos em que são necessários.

O segundo componente fornece uma forma de avaliar as principais características da qualidade dos dados, os conceitos são destinados à aplicação em qualquer banco de dados embora sejam rigorosamente definidos. Os critérios de avaliação são flexíveis permitindo a adaptação à subjetividade própria dos diversos aspectos da qualidade dos dados. Este componente é formado por: a) dimensões – elementos distintos que compreendem a definição mais abrangente da qualidade dos dados; b) características – divisão em segmentos relacionados das dimensões; c) critérios – declarações específicas que, uma vez avaliadas, podem ajudar a identificar a presença de potenciais problemas da qualidade dos dados. As dimensões são divididas em características e cada característica constituída de critérios, conforme representado na Figura 4.

As dimensões recomendadas pelo CIHI são:

- acurácia: o quanto a informação é boa ou reflete a realidade para a qual foi projetada para medir;

- oportunidade: o quanto atual os dados são, no momento da sua liberação e é medida pelo tempo entre o fim do período de referência a que os dados pertencem e a data em que os dados se tornam disponíveis aos usuários;

- comparabilidade: o quanto as bases de dados são consistentes ao longo do tempo e usam convenções padrão tais como elementos de dados, consistência entre períodos;

- utilização: a facilidade com que uma base de dados ou os registros dos dados podem ser compreendidos e alcançados;

- relevância: o grau com que uma base de dados ou um registro estão de acordo com as necessidades futuras, atuais e potenciais dos usuários.

Por fim, o Instituto Canadense de Informação em Saúde ressalta a importância de informar aos usuários sobre a qualidade dos dados e baseia este fundamento no terceiro componente do modelo, “documentação da qualidade dos dados”.

De acordo com o Instituto Canadense, embora muitas organizações adotem a divisão da qualidade dos dados em dimensões, não há um consenso sobre a melhor forma de estabelecer esta divisão. Sugere que a adoção das dimensões de análise, suas características e critérios sejam

estabelecidos conforme as peculiaridades de cada conjunto de dados a ser avaliado.

Figura 3 - Ciclo de Trabalho da qualidade dos dados

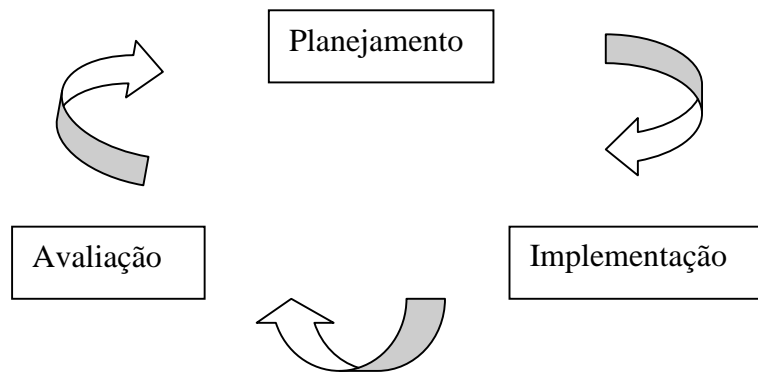


Ilustração adaptada do *CIHI Data Quality Framework, 2005*

Figura 4 - Componentes Integrantes da Avaliação

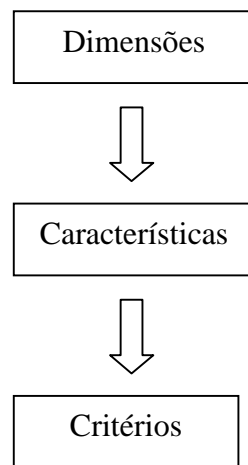


Ilustração adaptada do *CIHI Data Quality Framework, 2005*

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar a qualidade dos dados do Sistema Comunicação de Internação Hospitalar nos anos de 2007 e 2008.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a acurácia dos dados da CIH nas características da alimentação do sistema e medição de erro.
- Analisar a comparabilidade dos dados da CIH utilizando-se da aplicação dos indicadores de saúde preconizados pelo IDB.

4. Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico em banco de dados em nível nacional, no período de 2007 e 2008. A escolha deste período de análise se deve ao fato do banco de dados ter sido reestruturado, em 2007, o que permitiu maior consistência dos dados a partir desse exercício.

O critério de seleção dos dados para a avaliação da qualidade da informação priorizou, dentre as informações captadas pelo Sistema CIH (Figuras 5 a 8), as que são comuns ao sistema SIH, já disseminadas pelo MS, conforme Quadro 2. Dentre essas informações, uma delas – “Fonte de Remuneração” – apesar de não se apresentar na disseminação dos dados do SIH, está implicitamente incluída tendo em vista todas as internações do SIH serem financiadas pelo SUS.

Todas as informações selecionadas são de domínio público, não estando presente nenhum dado que possibilite a identificação de pacientes ou instituições de planos de saúde suplementar. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) sob o número 186/09, CAAE 0198.0.031.000-09.

4.1 Critérios propostos para avaliação do CIH

Para subsidiar o processo da análise dos dados do CIH os critérios selecionados são decorrentes da análise dos conceitos recomendados pelo CIHI e pela experiência obtida pelo CTI da Ripsa.

Conforme preconizado pelo Instituto Canadense de Informação em Saúde os componentes de formação da Matriz de julgamento (dimensões, características e critérios) são flexíveis e permitem ajustes de acordo com a especificidade própria das informações a serem avaliadas (CIHI, 2005)

Em análise às dimensões utilizadas pelo CTI da Ripsa, e às recomendadas pelo CIHI, podemos observar no Quadro 3, que as duas instituições utilizam alguns conceitos comuns e outros distintos.

A matriz de dimensões e características proposta, neste estudo é uma adaptação das duas metodologias, conforme o Quadro 4.

Dentre as dimensões e características propostas, foram priorizados alguns elementos para a análise dos dados, tendo em vista, a atender ao prazo determinado para a apresentação deste estudo. O Quadro 5 apresenta a matriz de julgamento com os parâmetros de classificação para os elementos selecionados.

Para cumprir o objetivo específico da avaliação do envio das informações da CIH, foi adotada a análise da dimensão acurácia e as características de “unidade não-resposta” e “Completitude” conforme demonstrado a seguir.

Acurácia, conforme já mencionado, avalia o quanto a informação é boa ou reflete a realidade para a qual foi projetada para medir.

A unidade não-resposta caracteriza-se quando a totalidade dos dados não está inserida no banco de dados ou registro. Unidade não-resposta é frequentemente confundida com sub-cobertura, uma vez que ambas ocorrem quando há registros incompletos em uma base de dados. Podemos dizer que se o hospital não apresentar os dados esperados, é o caso de uma unidade não-resposta, enquanto que a sub-cobertura ocorre se o hospital não estiver inserido dentro do conjunto de provedores de informação. Como as informações são obtidas, muitas vezes, através de provedores de dados (como hospitais), a unidade de não-resposta pode ocorrer em diferentes níveis, ou seja, apesar da obrigatoriedade dos hospitais apresentarem os dados das cirurgias que ocorreram no dia e de seus pacientes, alguns hospitais podem não apresentar quaisquer dados, enquanto outros podem apresentar registros de cirurgias que ocorreram em apenas uma parte do dia. Estes são dois exemplos de não-resposta e são elementos importantes para a mensuração da quantidade de dados em falta. Conforme adotado no CIHI, foi calculado o percentual de ***unidade de resposta*** ao invés do percentual de unidade não-resposta. O percentual de resposta pode variar significativamente se o cálculo é baseado no número de instituições ou no número de registros. O percentual é calculado da seguinte forma:

$$\frac{\text{número de instituições que apresentaram dados}}{\text{número total de instituições}} \times 100$$

O percentual de **unidade de resposta** foi utilizado para avaliação dos Estados, entre tanto, em outros estudos pode ser calculado para subgrupos, tais como, tipo de estabelecimento ou sub-regiões.

A **Compleitude** ocorre quando um registro que é recebido tem alguns elementos que deveriam conter informações e estão vazios. Este difere da unidade não-resposta, que sinaliza as unidades ou registros que estão faltando, enquanto o item de não-resposta prende-se aos elementos (variáveis) que faltam e deveriam estar presentes.

Se verificarmos que em determinado hospital os leitos psiquiátricos estão sem informações pode significar que a instituição não possui leitos psiquiátricos ou que não preencheram essa informação.

Os elementos de dados que não possuem informações devem ser identificados e marcados informando se o não preenchimento é aceitável ou não.

A **Compleitude** foi calculada da seguinte forma:

$$\frac{\text{número de elementos de dados para o qual os dados foram respondidos}}{\text{número de elementos de dados que deveriam conter informações}} \times 100$$

Para atender ao objetivo específico da construção dos indicadores baseados nas informações da CIH, foi empregada a metodologia adotada pela RIPSA para a construção dos indicadores básicos para a saúde no Brasil (RIPSA IDB, 2008).

A exemplo dos indicadores baseados nos dados de internações hospitalares do SUS, que integram a matriz dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB), os dados da CIH foram aplicados na construção de três indicadores de medidas por dados de Morbidade.

1) Proporção de internações hospitalares - não financiadas pelo SUS - por grupos de causas: distribuição percentual das internações hospitalares procedentes da CIH, por grupos de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador foi calculado conforme a fórmula a seguir.

$$\frac{\text{número de internações hospitalares de residentes não pagas pelo SUS, por grupo de causas}}{\text{número total de internações hospitalares de residentes por causas, não pagas pelo SUS}} \times 100$$

Esse indicador foi calculado nas seguintes categorias: a) unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal Nos anos de 2007 e 2008

Serão considerados os grupos de causas: algumas doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; causas externas; demais causas.

2) Proporção de internações hospitalares - não financiadas pelo SUS - por causas externas: distribuição percentual das internações hospitalares procedentes da CIH, por grupos de causas externas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador foi calculado conforme a fórmula a seguir.

$$\frac{\text{número de internações hospitalares de residentes não pagas pelo SUS, por grupo de causas externas}}{\text{número total de internações hospitalares de residentes por causas externas, não pagas pelo SUS}} \times 100$$

Esse indicador foi calculado nas seguintes categorias: a) unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, nos anos de 2007 e 2008. Grupos de causas externas: capítulos selecionados da CID-10:

quedas; acidentes de transporte; intoxicações; agressões; lesões auto-provocadas voluntariamente e demais causas externas.

Figura 5 - Tela Cadastro Hospital – Sistema CIH

The screenshot shows a web application window titled "SISTEMA DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR". The menu bar includes "Cadastros", "Consultas", "Envio", "Relatórios", "Manutenção", "Ajuda", "Sair", and "Sobre". The main content area is titled "CADASTRO DE HOSPITAL" and contains the following form fields:

Nome:	HOSPITAL TESTE
Endereço:	RIA A
Número:	150
CEP:	31546860
Município:	311570
Bairro:	CENTRAL DE MINAS
UF:	MG
CNPJ:	07494392000131
CNES:	2772310

At the bottom of the form are two buttons: "Salvar" (with a green checkmark icon) and "Cancelar" (with a red X icon).

Ilustração Manual de Operações – Sistema CIH, 2008

Figura 6 - Tela Cadastro Pacientes – Sistema CIH

The screenshot shows a web application window titled "SISTEMA DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR". The menu bar includes "Cadastros", "Consultas", "Envio", "Relatórios", "Manutenção", "Ajuda", "Sair", and "Sobre". The main heading is "CADASTRO DE PACIENTES". The form contains the following fields and controls:

- Prontuário**: Text input field.
- CNS**: Text input field.
- Nome**: Text input field.
- Logradouro**: Text input field.
- Número**: Text input field.
- Compl.**: Text input field.
- CEP**: Text input field.
- Cód. Município**: Text input field with a search icon.
- UF**: Yellow dropdown menu.
- Dt. Nascimento**: Text input field.
- Sexo**: Dropdown menu.
- Buttons**: "Salvar" (with a green checkmark icon) and "Cancelar" (with a red X icon).

Ilustração Manual de Operações – Sistema CIH, 2008

Figura 7 - Tela Cadastro de Internações – Sistema CIH

The screenshot shows a web application window titled "SISTEMA DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR". The menu bar includes "Cadastros", "Consultas", "Envio", "Relatórios", "Manutenção", "Ajuda", "Sair", and "Sobre". The main heading is "CADASTRO DE INTERNAÇÕES". The form contains the following fields and controls:

- Paciente:** A large yellow text input field.
- Prontuário:** A text input field with a search icon.
- Competência:** A text input field containing "082008" with a search icon.
- Dt. Internação:** A date dropdown menu showing "20/08/2008".
- Diag. Principal:** A text input field with a search icon and a yellow background.
- Diag. Secundário:** A text input field with a search icon and a yellow background.
- Procedimento:** A text input field with a search icon and a yellow background.
- Descrição Procedimento:** A large yellow text area.
- Fonte Remu.:** A text input field with a search icon and a yellow background.
- Registro ANS:** A text input field with a search icon and a yellow background.
- CNPJ:** A text input field.
- Cód. Benef.:** A text input field.
- Buttons:** "Salvar" (Save) and "Cancelar" (Cancel) buttons are located at the bottom right.

Ilustração Manual de Operações – Sistema CIH, 2008

Figura 8 - Tela Alta dos Pacientes – Sistema CIH

SISTEMA DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Cadastros Consultas Envio Relatórios Manutenção Ajuda Sair Sobre

ALTA DOS PACIENTES

Prontuário: 00449212 AGENOR MONTEBELO FILHO

Data Saída: 20/08/2008 Data Internação: 17/06/2008 Competencia: 082008

Tipo Alta: []

Doc. de Óbito: [] Dias UTI: 0

Número de Nascidos

Nr.Nasc.	0	Doc.Nasc.(1)	Doc.Nasc.(3)
		Doc.Nasc.(2)	Doc.Nasc.(4)
			Doc.Nasc.(5)

Salvar

Cancelar

Ilustração Manual de Operações – Sistema CIH, 2008

Quadro 2 - Dados da CIH a serem avaliados

(continua)

Descrição Dado	Orientações	Nome do Campo	Dado a ser avaliado
Nome do Paciente	Nome completo do paciente	NOME_PAC	Não
Logradouro	Logradouro do endereço de residência do paciente	LOGR	Não
Número	Número do endereço de residência do paciente	NÚMERO	Não
Complemento	Complemento do endereço de residência do paciente	COMPL	Não
Código do Município IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente	COD_MUNIC	Sim
Unidade da Federação	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente	UF	Sim
CEP do Paciente	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente	CEP	Não
Data de nascimento do paciente	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa	DT_NASC	Sim
Sexo do paciente	Código de identificação do sexo do paciente: M - Masculino; F - Feminino	SEXO	Sim
Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	CNS	Não
Código do procedimento Principal	Código do procedimento principal realizado, com base na tabela unificada de procedimentos do SIH/SUS	PROCED_REALIZ	Sim
Código do diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão	DIAG_PRINCIPAL	Sim
Código do diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão	DIAG_SECUNDÁRIO	Sim
Data de Internação	Dia, mês e ano de internação do paciente no formato ddmmaaaa	DATA_INTERN	Sim
Data de Saída	Dia, mês e ano de saída do paciente no formato ddmmaaaa	DATA_SAÍDA	Sim
Motivo de Saída	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de saída/permanência do SIH/SUS, constante do Anexo II a esta Portaria	TIPO_ALTA	Sim
Fonte de remuneração / financiamento da Internação	Valores : 1 - Convênio - Plano Privado 2 - Particular - Pessoa Física 3 - Gratuito 4 - Financiada com recurso próprio da SES 5 - Financiada com recurso próprio da SMS 6 - Convênio - Plano Público 8 - DPVAT 9 - Particular - Pessoa Jurídica	FONTE_REMUNER	Sim
Descrição do procedimento principal	Descrição do procedimento principal quando o código do procedimento utilizado for um dos descritos no Art. 1º	DESC_PROCE	Não
Registro ANS da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Código do registro junto à ANS da operadora responsável	REG_OPS	Não

Quadro 2 – Dados do CIH a serem avaliados

(Continuação)

Descrição Dado	Orientações	Nome do Campo	Dado a ser avaliado
CNPJ da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora responsável pela internação	CNPJ_OPS	Não
Código do beneficiário	Para fonte de remuneração por convênio. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação	COD_BEN	Não
Número da declaração de óbito	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito	DOC_ÓBITO	Não
NÚMERO DE NASCIDOS	Quantidade de nascidos quando houver (No caso de natimorto o número total de nascidos deve ser informado)	QT_NASC	Não
DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')	NU_DN1	Não
DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')	NU_DN2	Não
DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')	NU_DN3	Não
DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')	NU_DN4	Não
DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')	NU_DN5	Não
Número de dias de UTI intermediária	Número de dias de UTI intermediária durante a internação	UTI_INT_TO	Sim
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	Número do prontuário do paciente	NU_PRONTUARIO	Não
Competência do arquivo	Mês e ano de competência do arquivo no formato mm/aaaa	COMPETÊNCIA	Não

Fonte: Layout adaptado ao da Portaria SAS/MS Nº 147, de 13 de março de 2008

Quadro 3 - Matriz de Dimensões CIHI e Ripsa

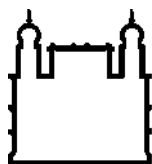
Dimensões recomendadas pelo CIHI		Empregada pela RIPSA	
Acurácia	O quanto a informação é boa ou reflete a realidade para a qual foi projetada para medir.	Validade	Grau em que o dado ou informação mede o que se pretende
		Cobertura	Grau em que estão registrados no SIS os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido.
		Compleitude	Grau em que os registros de um SIS possuem valores não nulos.
		Não duplicidade	Grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do SIS é representado uma única vez.
		Confiabilidade	Grau de concordância entre aferições distintas realizadas em condições similares
Oportunidade	O quanto atual os dados são, no momento da sua liberação e é medida pelo tempo entre o fim do período de referência a que os dados pertencem e a data em que os dados se tornam disponíveis aos usuários.	Oportunidade	Grau em que os dados ou informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização de quem deles necessita.
Utilização	A facilidade com que uma base de dados ou os registros dos dados podem ser compreendidos e alcançados.	Clareza metodológica	Grau no qual a documentação que acompanha o SIS, instruções de coleta, manuais de preenchimento, dicionário de dados, modelos de dados. descreve os dados sem ambigüidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão.
		Acessibilidade	Grau de facilidade e rapidez na obtenção dos dados ou informações (regras claras definindo preço, permissões e onde obtê-los), no trato (instrumentos para manuseio e formato) e na compreensão da informação.
Comparabilidade	O quanto as bases de dados são consistentes ao longo do tempo e usam convenções padrão tais como elementos de dados, consistência entre períodos.		
Relevância	O grau com que uma base de dados ou um registro estão de acordo com as necessidades futuras, atuais e potenciais dos usuários.		

Fonte: CIHI / Ripsa

Quadro 4 - Matriz proposta de dimensões e características

Dimensão	Características
Acurácia	Cobertura
	Captura e recolha
	Alimentação do Sistema <ul style="list-style-type: none"> • Unidade não-resposta • Completitude, (item parcial de não-resposta)
	Medição de erro
	Edição e imputação
	Processamento e estimativa
<i>Oportunidade</i>	Dados ou informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização de quem deles necessita
	Documentação no momento da disseminação
<i>Clareza metodológica</i>	Padronização
	Dicionário de dados
	Documentação
Comparabilidade	Linkage
	Equivalência
	Histórico de comparabilidade
	Acessibilidade
<i>Usabilidade</i>	Documentação das informações disseminadas
	Entendimentos das informações disseminadas
	Adaptabilidade
<i>Relevância</i>	Valor de contribuição

Fonte: CIHI e Ripsa (adaptado)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Quadro 5 - Matriz de julgamento da avaliação do CIH

Dimensão	Característica	Critério	Parâmetro	Classificação
Acurácia	Alimentação do Sistema	<u>Unidade não Resposta</u> - reflete o grau em que os Estabelecimentos de saúde estão enviando os dados (coleta).	> 90%	Adequado – A
			de 60% a 89%	Moderado – M
			de 31% a 56%	Insatisfatório – I
			< 31%	Crítico – C
	Medição de Erro	Medição de erro, reflete o Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios.	> 98%	Adequado – A
			De 90% a 97%	Moderado – M
Comparabilidade	Histórico de comparabilidade	Análise de tendência, é utilizado para examinar mudanças nos principais elementos ao longo do tempo	< 90%	Crítico – C
			- Pouco ou nenhum problema	Adequado
			- Problemas identificados	Moderado
			- Dados sem coerência	Crítico

Fonte: Adaptado a metodologia CIHI e Ripsa

5. Resultados

5.1 Acurácia - Alimentação do Sistema / Unidade não-resposta

O *percentual de resposta* foi calculado levando-se em consideração o número instituições que apresentaram dados nos anos de 2007 e 2008 sobre o número de instituições que deveriam ter apresentado os dados.

O volume de Instituições que prestam serviços de internações hospitalares não financiados pelo Sistema Único de Saúde, em âmbito nacional, não é reduzido conforme ilustrado na Tabela 1, e apresenta uma tendência de crescimento a cada ano. Podemos observar nos anos de 2007 e 2008 que o crescimento de instituições foi na ordem de 8% segundo informações extraídas na página do DATASUS-MS através de consulta pelo TABNET a Rede assistencial.

(<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>)

Visando refletir a magnitude do problema de *Alimentação do Sistema CIH* pelos Estabelecimentos de Saúde (unidade não-resposta), adotou-se uma escala de avaliação em quatro níveis de medida (adequado, moderado, insatisfatório e crítico) com vistas a classificar as UFs no cumprimento do envio dos dados para a base nacional, conforme a matriz de julgamento no Quadro 5.

Aplicando-se o conceito de avaliação, podemos observar, conforme demonstrado abaixo na Tabela 2, que nos anos de 2007 e 2008 nenhum dos Estados obteve o conceito *Adequado* (A) ou *Moderado* (M). Apenas 5 UFs obtiveram respostas com conceito *Insatisfatórios* (I) no ano de 2007 e 4 UFs alcançaram o mesmo conceito no ano de 2008 não ultrapassando a 50% de envio de seus Estabelecimentos de Saúde. Agravando este cenário temos 3 Estados não apresentaram sequer 1 (um) movimento nos 24 meses.

O Gráfico 1 apresenta as UFs, em ordem de melhor resposta, com o percentual de estabelecimentos que apresentaram dados nos anos de 2007 e 2008. Nota-se que na Região Norte o estado do Acre obteve o melhor resultado em 2007, entretanto, os estados de Amazonas, Amapá e Tocantins não apresentaram dados durante os dois anos e Rondônia não apresentou informações em vários meses.

Em relação ao Nordeste o *percentual de resposta* foi *crítico*, com exceção ao estado de Sergipe que alcançou um percentual de resposta de 39%. Já na Região Sudeste somente um estado, São Paulo, classifica-se como percentual de resposta Insuficiente (apresentou 403 estabelecimentos nos dois anos obtendo 42% do total de resposta em 2007 e 39% em 2008) e o resto dos estados classifica-se com conceito *crítico*. Destaca-se o Rio de Janeiro como o pior *percentual de resposta* da região.

Com relação à Região Sul, Santa Catarina foi o estado que alcançou o melhor resultado tanto no nível regional como no nacional, com o percentual de resposta de 43% de estabelecimentos informados. Nos demais estados da Região Sul, no Rio Grande do Sul 36% dos estabelecimentos informaram em 2007 e 18% em 2008. Por último, a Região Centro-Oeste foi classificada com o *percentual de resposta Crítica* para todos os estados.

Para observar a regularidade mês a mês foram construídos os Gráficos de 2 a 6 com o percentual de resposta de estabelecimentos que enviaram dados para a base nacional por estado agrupado segundo as macrorregiões nos anos de 2007 e 2008.

Entre os estados que apresentaram no mínimo 20% de resposta em pelo menos um mês pode-se ressaltar que os estados mais constantes no envio dos dados dos estabelecimentos são Sergipe e São Paulo (Gráficos 2 à 6).

Pode-se observar que o estado do Acre é o único a atingir até mais de 70% de resposta em alguns meses. Entretanto, nos meses de janeiro de 2007 e maio de 2008 não houve envio de informação.

Tabela 1 - Quantidade de Estabelecimentos de Saúde que prestaram serviços e atendimentos a internação hospitalares não financiados pelo SUS

Região	UF	Estabelecimentos em 2007	Estabelecimentos em 2008
Norte	Rondônia	49	48
	Acre	5	5
	Amazonas	26	31
	Roraima	3	3
	Pará	137	158
	Amapá	7	7
	Tocantins	17	19
Nordeste	Maranhão	91	87
	Piauí	60	65
	Ceará	176	200
	Rio Grande do Norte	43	49
	Paraíba	67	70
	Pernambuco	148	154
	Alagoas	36	40
	Sergipe	25	27
	Bahia	382	376
Sudeste	Minas Gerais	635	675
	Espírito Santo	109	121
	Rio de Janeiro	538	584
	São Paulo	953	1045
Sul	Paraná	494	544
	Santa Catarina	273	288
	Rio Grande do Sul	406	435
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	94	108
	Mato Grosso	131	129
	Goiás	344	390
	Distrito Federal	64	73
TOTAL		5309	5728

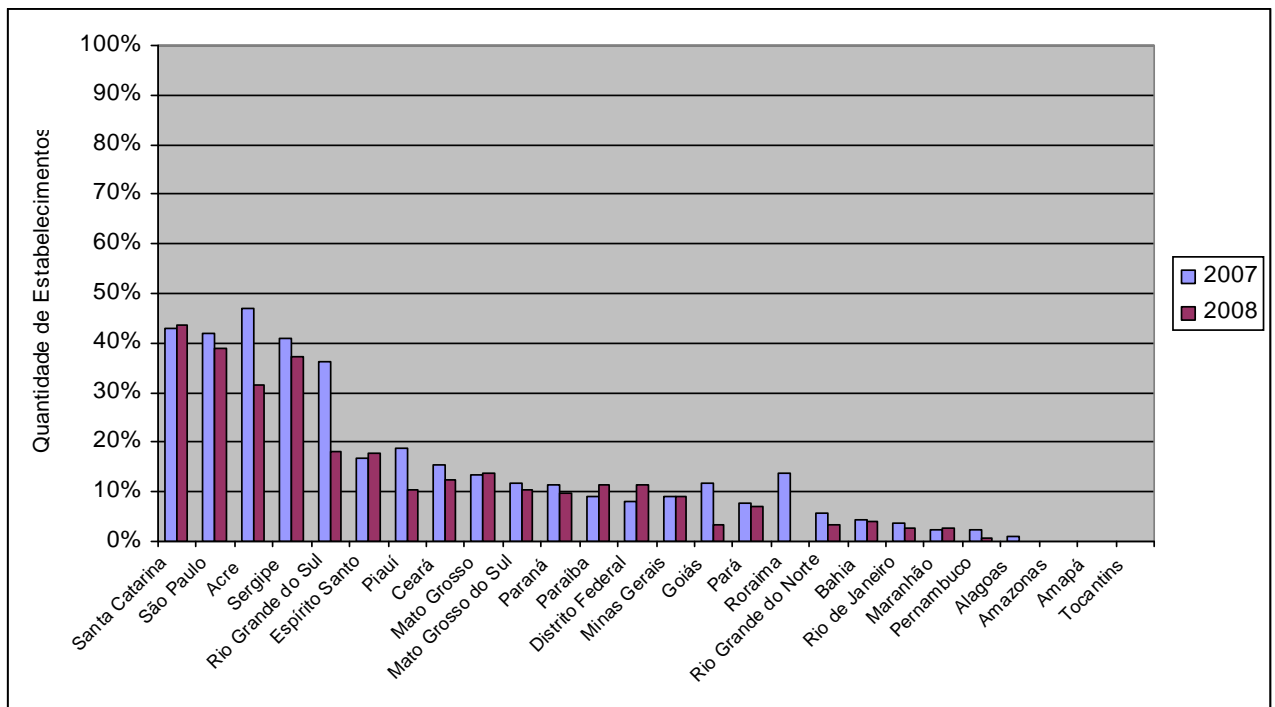
Fonte:MS/DATASUS – CNES (2009)

Tabela 2 - Percentual de Resposta da Alimentação do Sistema CIH, segundo região, unidade da federação. Brasil 2007-2008.

Região	UF	2007		2008	
		Percentual Resposta	Conceito avaliação	Percentual Resposta	Conceito avaliação
Norte	Rondônia	1,0	C	6,8	C
	Acre	47,1	I	31,7	I
	Amazonas	0,0	C	0,0	C
	Roraima	13,9	C	0,0	C
	Pará	7,8	C	6,9	C
	Amapá	0,0	C	0,0	C
	Tocantins	0,0	C	0,0	C
Nordeste	Maranhão	2,5	C	2,7	C
	Piauí	18,7	C	10,4	C
	Ceará	15,4	C	12,6	C
	Rio Grande do Norte	5,6	C	3,5	C
	Paraíba	9,1	C	11,3	C
	Pernambuco	2,4	C	0,8	C
	Alagoas	1,2	C	0,0	C
	Sergipe	41,0	I	37,1	I
Bahia	4,5	C	4,0	C	
Sudeste	Minas Gerais	9,1	C	9,1	C
	Espírito Santo	16,6	C	17,9	C
	Rio de Janeiro	3,6	C	2,6	C
	São Paulo	41,8	I	39,0	I
Sul	Paraná	11,5	C	9,8	C
	Santa Catarina	42,8	I	43,7	I
	Rio Grande do Sul	36,3	I	18,0	C
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	11,9	C	10,5	C
	Mato Grosso	13,3	C	13,8	C
	Goiás	11,6	C	3,3	C
	Distrito Federal	8,1	C	11,4	C

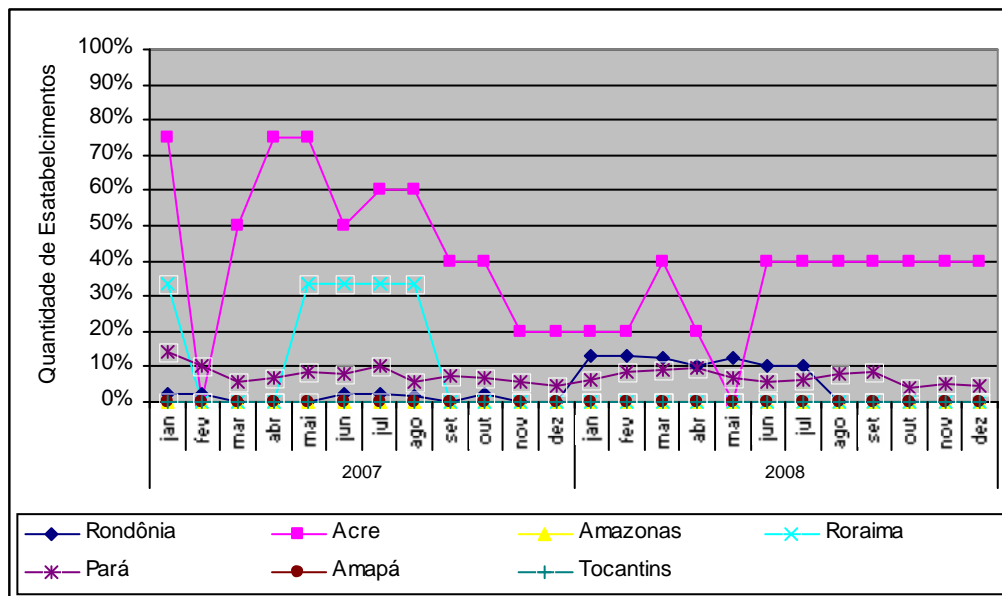
Fonte: MS/DATASUS – CHI - CNES

Gráfico 1 - Percentual anual dos Estabelecimentos de Saúde que apresentaram dados de internações hospitalares nos anos de 2007 e 2008



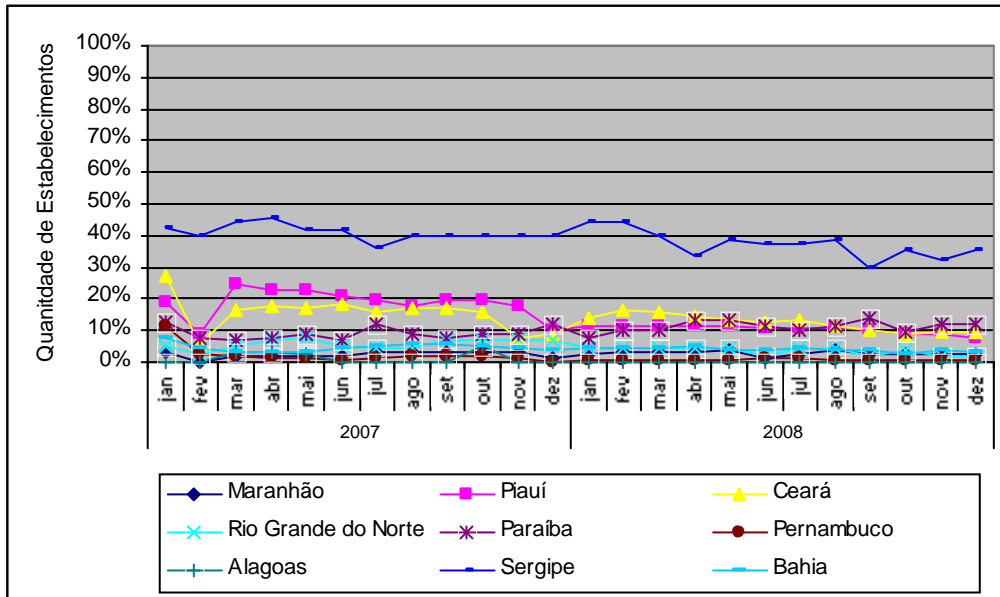
Fonte: DATASUS CIH / CNES

Gráfico 2 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Norte que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.



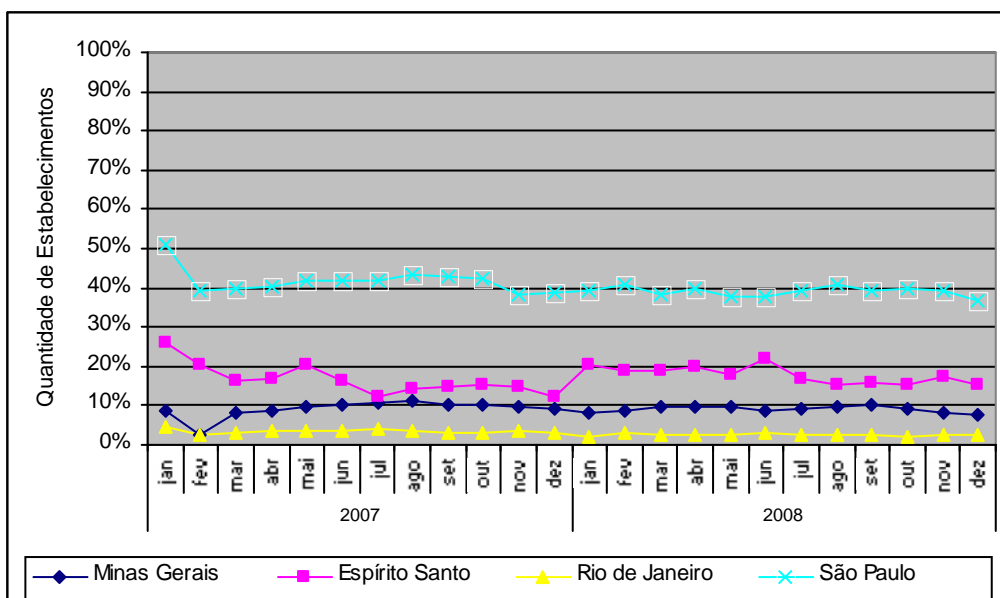
Fonte: DATASUS CIH / CNES

Gráfico 3 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Nordeste que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.



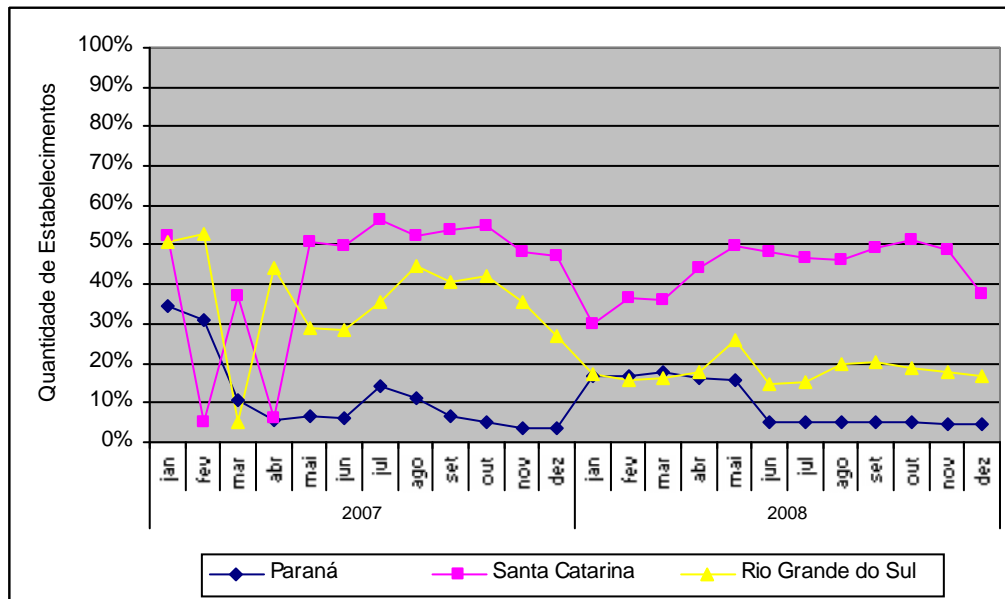
Fonte: DATASUS CIH / CNES

Gráfico 4 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Sudeste que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.



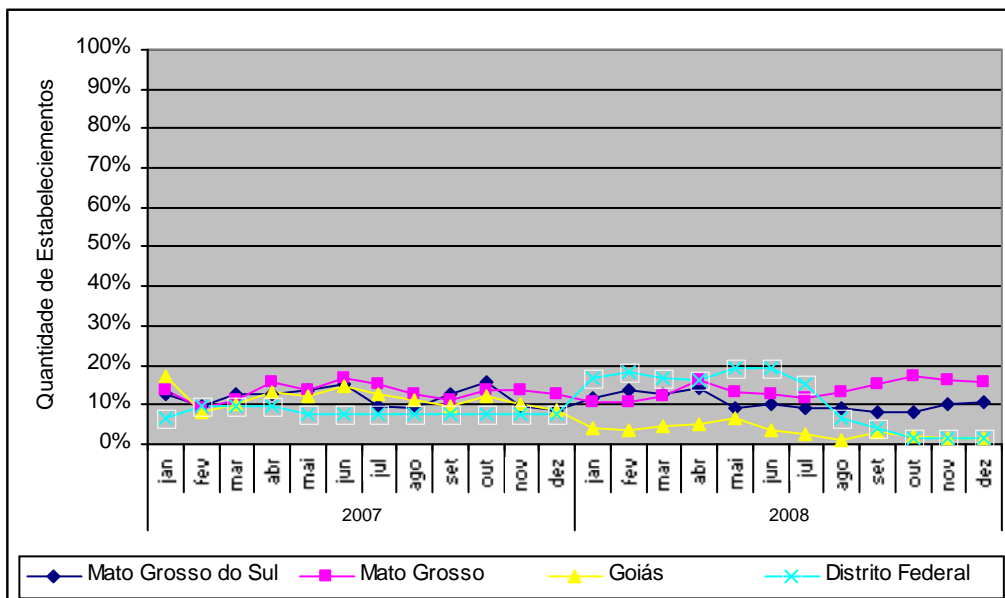
Fonte: DATASUS CIH / CNES

Gráfico 5 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Sul que apresentaram dados de internações hospitalares ao longo dos anos de 2007 e 2008.



Fonte: DATASUS CIH / CNES

Gráfico 6 - Percentual Mensal de Resposta dos Estabelecimentos de Saúde na Região Centro-Oeste que apresentaram dados de internações hospitalares nos anos de 2007 e 2008.



Fonte: DATASUS CIH / CNES

5.2 Acurácia - Alimentação do Sistema / Completitude

Conforme pode ser notado pela Tabela 3, a completitude atingiu ótima resposta, com classificação (A), em quase todas variáveis avaliadas, a exceção dos dados de *código do diagnóstico principal*. Situação que é natural devido à variável, por sua natureza, ter seu preenchimento de forma esporádica. Comparando os valores dos dados entre os Sistemas CIH e SIH para o mesmo período, encontramos o percentual de resposta para a variável *diagnóstico secundário* com o valor 12% que é inferior a 21% apresentado pelo CIH.

Como representado na Tabela 4 pode-se observar que o conteúdo das variáveis está dentro dos domínios esperados refletindo na boa avaliação. Foram encontradas 51 internações com a data de nascimento dos pacientes superiores a 120 anos, o que provavelmente não condiz com a realidade.

Apesar do conceito (A) atribuído a variável *Procedimento principal*, foi verificada uma inconsistência, cerca de 4% dos códigos relativos aos registros de 2007 corresponde à tabela de 10 dígitos, esta tabela passou a ser utilizada pelo SIH em 2008. Também foi encontrado problema semelhante para 2008, 0,02% dos códigos dos registros tem a formação de 8 dígitos que eram empregados no SIH para o período de 2007. Entretanto, todos os procedimentos foram encontrados, utilizando-se as duas tabelas, de 8 e 10 dígitos.

Como previsto, foram encontrados registros de procedimentos que não constam na tabela de procedimentos SUS, estes procedimentos com suas respectivas quantidades de ocorrência para cada ano, estão relacionados na Tabela 5.

Nas variáveis *data de internação e data de saída* foi atribuído o conceito (A). Alguns registros com data anterior ao período das competências, 0,63% na data de internação e 0,30% na data de saída foram encontrados. O aplicativo de captação de dados permitia que dados anteriores a respectiva competência fossem cadastrados o que não ocorre mais nas últimas versões do aplicativo.

O dado, *Número de dias de permanência na UTI*, encontra-se com a formatação irregular. Para representar a ausência de número de dias de UTI

foi atribuído como informação os seguintes valores: “ ”, “0 ”, “00 ” e “000”, cada representação corresponde a 9,74%, 29,92%, 0,02% e 53,93% respectivamente. Essa inconstância no formato se reflete também nos outros domínios, 1 (um) dia de internação é representado como “1 ”, “01 ” e “001”, apesar dos formatos serem diferenciados refletem o mesmo valor podendo, desta forma, serem reajustados.

Tabela 3 - Completude das variáveis do CIH (%), 2007 e 2008

Variável	Resposta %	Nível Avaliação
Código do Município IBGE de Residência do paciente	100,0	A
Unidade da Federação	100,0	A
Data de nascimento do paciente	100,0	A
Sexo do paciente	100,0	A
Código do procedimento principal	100,0	A
Código do diagnóstico principal	100,0	A
Código do diagnóstico secundário	21,1	C
Data de Internação	100,0	A
Data de Saída	100,0	A
Motivo de Saída (tipo de alta)	100,0	A
Fonte de remuneração / Financiamento da Internação	100,0	A
Número de dias de permanência na UTI	90,3	A
Morte	100,0	A
Código do IBGE Município de Movimento	100,0	A
Natureza	100,0	A

Fonte: DATASUS CIH

Tabela 4 - Medição de erro das variáveis do CIH (%) 2007 e 2008

Variável	Resposta %	Nível Avaliação
Código do Município IBGE de Residência do paciente	100,0	A
Unidade da Federação	100,0	A
Data de nascimento do paciente	100,0	A
Sexo do paciente	100,0	A
Código do procedimento principal	96,2	A
Código do diagnóstico principal	100,0	A
Código do diagnóstico secundário	100,0	A
Data de Internação	99,4	A
Data de Saída	99,7	A
Motivo de Saída (tipo de alta)	100,0	A
Fonte de remuneração / Financiamento da Internação	100,0	A
Número de dias de permanência na UTI	90,3	A
Morte	100,0	A
Código do IBGE Município de Movimento	100,0	A
Natureza	100,0	A

Fonte: DATASUS CIH

Tabela 5 - Número de Internações com os procedimentos não encontrados na tabelas SUS

	Quantidade de registros em 2007	Quantidade de registros em 2008
0399999990 - Procedimentos Clínicos	14.602	88.698
0499999991 - Procedimentos Cirúrgicos	9.602	59.781
0299999998 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	13	18.389
0599999993 - Transplantes de Órgãos, Tecidos e células	1	1

Fonte: DATASUS CIH

5.3 Comparabilidade - Histórico de comparabilidade

Com o objetivo de examinar a ocorrência de mudanças das informações em alguns dos principais elementos de dados (CID, Localização) ao longo do período de 2007 e 2008, foram construídos os indicadores utilizando-se a metodologia adotada pelos Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (IDB-Ripsa). Foram observadas nas Tabelas 6 e 7 que a variação entre os resultados está coerente não ocorrendo diferença acentuada.

Tabela 6 - Proporção de Internações Hospitalares (não SUS) por Grupos de Causas

Grupos de Causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,3	4,1	11,7	15,3	7,9	8,1	3,8	3,6	4,3	4,1	7,5	7,2
Neoplasias (tumores)	6,5	6,9	4,4	3,0	10,2	9,5	6,2	6,8	7,3	7,2	3,6	4,6
Transtornos mentais e comportamentais	1,6	1,4	0,3	0,3	2,5	1,2	1,0	0,8	3,3	4,0	2,5	1,5
Doenças do aparelho circulatório	12,3	11,7	7,3	9,4	10,0	11,0	12,7	11,9	11,7	11,3	11,8	10,6
Doenças do aparelho respiratório	11,1	10,6	16,6	16,4	11,8	9,9	10,6	10,3	11,6	12,2	14,7	10,1
Doenças do aparelho digestivo	10,3	10,3	10,2	10,9	9,6	10,2	10,6	10,5	10,1	9,5	8,3	9,6
Doenças do aparelho geniturinário	9,7	9,8	10,4	10,2	9,3	9,4	10,3	10,5	7,8	7,0	8,7	10,4
Gravidez parto e puerpério	11,0	11,4	19,9	17,2	7,6	9,6	11,9	11,9	9,3	9,3	8,6	12,4
Causas externas	0,3	0,3	6,3	4,3	5,6	6,8	7,1	6,6	7,7	7,6	5,3	5,2
Demais causas	32,8	33,4	12,9	12,9	25,4	24,3	25,8	27,1	26,9	27,8	29,0	28,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Quantidade de Casos	1.120.992	1.176.894	10.424	13.948	79.180	84.017	1.152.188	1.298.159	359.342	323.328	67.925	48.383

Fonte: MS/DATASUS - CHI

Tabela 7 - Proporção de Internações Hospitalares (não SUS) por Grupos de Causas Externas

Grupos de Causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Quedas	60,4	59,8	66,7	54,5	93,8	91,2	71,9	64,4	45,3	54,4	76,7	81,0
Acidentes de transporte	17,0	23,7	6,7	0,0	1,6	5,3	15,8	24,8	19,2	23,4	5,6	4,8
Intoxicações	0,2	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	2,2	0,0
Agressões	0,6	0,9	6,7	9,1	0,0	0,9	1,0	1,3	0,1	0,5	4,4	0,0
Lesões autoprovocadas intencionalmente	0,1	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,2	0,2	0,1	0,3	0,0	0,0
Demais causas externas	21,6	15,2	20,0	36,4	3,1	2,6	10,9	9,2	35,1	21,1	11,1	14,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Quantidade de Casos	9.143	7.832	15	11	128	114	4.830	3.737	4.080	3.949	90	21

Fonte: MS/DATASUS - CHI

6. Discussão

Observou-se que o Sistema CIH está bem estruturado e com os mecanismos necessários para ser utilizado pelos Estabelecimentos de Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais. Entretanto, é necessário que sejam desenvolvidas funcionalidades que auxiliem a gestão operacional, tais como a visualização dos estabelecimentos de saúde que estão em falta no envio dos dados e os períodos (mês/ano) correspondentes.

A regulamentação do Sistema CIH é definida pelo Ministério da Saúde através da expedição de portarias. Estas orientam com clareza o seu uso e estabelecem, entre outras diretrizes, as seguintes determinações: a) obrigatoriedade e cronograma de envio dos dados; b) fluxo operacional do Sistema; c) Gestores responsáveis por enviar as remessas dos dados e fiscalizar os estabelecimentos no cumprimento do envio das informações; d) penalidades que os estabelecimentos estão sujeitos pelo não fornecimento dos dados.

Apesar de todas as normas estabelecidas, se compararmos o CIH com outros Sistemas do MS, percebe-se que este não tem a mesma atenção dos Gestores responsáveis. Enquanto o SIH e outros Sistemas têm seus dados apresentados e distribuídos por diversos meios (TABWIN, TABNET, arquivos DBFs), o CIH até o momento não possui seus dados disseminados ao público.

Outra preocupação é com a qualidade dos dados: além do CIH não contar com um processo sistemático de avaliação, a falta de disseminação limita a verificação das informações pela sociedade. O acesso aos dados, até o momento da realização deste estudo, é fornecido por demanda e solicitado por poucos.

Na revisão das metodologias do CIHI e da Ripsa, foi possível notar que as instituições possuem preocupações comuns, a mais marcante é com aplicação de um método sistemático de avaliação da qualidade dos dados e com a documentação deste processo. Através dessas metodologias foi possível a definição da proposta de uma matriz de dimensões contemplando os diversos conceitos e características estudadas e aprimoradas por essas instituições. Devido ao prazo de conclusão deste estudo, só foi possível a aplicação da análise dos dados em algumas dimensões e características da matriz proposta. Os resultados nos levam às seguintes considerações:

1) Com relação ao envio dos dados coletados nos estabelecimentos de saúde, e enviados ao DATASUS pelas Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais, o resultado apresentado foi crítico em algumas Regiões e em outras insuficientes.

Os problemas no envio dos dados poderiam ser atenuados se houvesse uma metodologia sistemática de controle pela SAS, SES e SMS. Embora a legislação determine que todo estabelecimento de saúde, que realize internações não financiadas pelo SUS, devam apresentar os dados da comunicação de internação hospitalar, não foi encontrado no Site do CIH e das SES/SMS referência à identificação ou quantitativo de estabelecimentos que deveriam apresentar essas informações. Não foi encontrado, também, o controle de remessas, mostrando os estabelecimentos de saúde que não estão em dia com o provimento das informações.

Cabe ressaltar as seguintes considerações sobre o cálculo do item Alimentação do Sistema / Unidade não-resposta: a) caso existam remessas de estabelecimentos com produção zerada, por motivo de não prestarem atendimentos de internação hospitalar nas respectivas competências, estes deveriam ser contabilizados no quantitativo de Estabelecimentos de Saúde que enviaram dados, entretanto, devido à impossibilidade de identificá-los, foram incluídos no quantitativo de Estabelecimentos com dados não enviados; b) foi verificada uma inconsistência do número de estabelecimentos que prestam serviços de internação hospitalar não financiada pelos SUS com o número de estabelecimentos que possuem leitos de atendimento não SUS, o que pode possibilitar um viés no resultado do item. As informações sobre os números dos estabelecimentos foram obtidas da mesma fonte de dados (CNES).

2) A completitude das variáveis estudadas mostrou-se adequada, atingindo em média 100% em quase todas as variáveis.

3) Na avaliação da medição de erro também foi obtido bom resultado. Algumas variáveis apresentaram pequena margem de erro, podendo dificultar o cruzamento com os dados do SIH em alguns segmentos. Esse aspecto, entretanto, não compromete a sua utilização.

4) Na construção dos indicadores, a exemplo do realizado com os dados do SIH na publicação dos Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (IDB-Ripsa) , obtivemos ótimos resultados, com coerência nas informações.

5) Pela falta da informação “Especialidade” empregada no SIH, e não captada pelo Sistema CIH, não foi possível a construção de alguns indicadores utilizados pelo IDB, o que evidencia uma limitação da base de dados. Outros dados, tais como, as informações socioeconômicas, poderiam ser coletadas no momento do registro da CIH, o que enriqueceria o seu potencial de uso.

7. Considerações Finais e Recomendações

Através desse estudo podemos concluir que as determinações do MS, relativas à obrigatoriedade do envio da Comunicação de Internação Hospitalar, não foram cumpridas no período de 2007 e 2008 por muitos Estabelecimentos de Saúde e parcialmente atendidas por outros. Apesar dos instrumentos legais conterem a previsão de penalidade às Instituições em desacordo com as normas do MS, não se tem informações da ocorrência de alguma punição pela não apresentação das informações do CIH.

Em vista da importância do envio dos dados para garantia da fidelidade e qualidade das informações, talvez seja o momento dos Órgãos responsáveis tomarem as medidas necessárias, já previstas, para o fiel cumprimento do envio das CIHs.

Também contribuem com esse cenário a não disseminação ao público dos dados do CIH e a pouca informação disponibilizada no *Site* do MS/CIH.

Um norteador para reverter tal situação poderia ser a adoção de soluções que são empregadas em outros Sistemas de informação do MS e que obtiveram ótimos resultados. A exemplo do SIOPS que atualmente tem uma margem de resposta de quase 100% dos Estados e Municípios, a condução do CIH poderia ser delegada a uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, com reuniões regulares e que tem por princípio as decisões por consenso dos seus integrantes. A Câmara Técnica deve se formada por representantes de todos os segmentos da sociedade e do governo ligados ao tema, como por exemplo: SAS, ANS, SVS, Conselho Nacional da Saúde (Conas), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselhos de classes dos profissionais ligados a área hospitalar, Academia (Universidades, Centros de Estudos), Datasus, entre outros.

Além da Câmara Técnica e também a exemplo do SIOPS, deve-se considerar o emprego de Oficinas de Trabalho (seminários) que podem possibilitar excelentes resultados contando com a contribuição e experiência dos envolvidos com o Sistema. As Oficinas podem contar com a participação dos gestores nacionais, municipais e estaduais, acrescida de técnicos do MS e Datasus, e de representantes dos dirigentes e técnicos dos estabelecimentos de saúde.

Para uma melhor avaliação e contribuição com a qualidade dos dados do CIH, recomendamos a realização de outros estudos esgotando os critérios de avaliação aqui propostos, além da documentação e publicação de seus resultados.

8. Referências

- Biblioteca Virtual em Saúde [homepage na Internet]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>
- Bittencourt, SDA - Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde: aplicações na Saúde Coletiva - Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 221 de 24 março de 1999, DOU nº 57, Seção I, 25.03.99. Determina a Comunicação e Internação Hospitalar.
- _____. Portaria nº. 988 de 27 de junho de 2005, Estabelece o CNES como identificação da unidade Hospitalar da Comunicação e Internação Hospitalar.
- _____. Portaria nº. 1722 de 22 de setembro de 2005, Resolve alterar a estrutura da Comunicação e Internação Hospitalar.
- _____. Portaria nº. 24 de 10 de dezembro de 2008, Resolve Incluir no Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar- CIH os códigos para registrar os procedimentos que não têm correspondência na tabela SUS.
- _____. Portaria nº. 147 de 13 de março de 2008, Em face da implementação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS, Resolve, alterar o layout da Comunicação de Internação Hospitalar- CIH.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Portaria nº. 213 de 11 de maio de 1999, Cria o SISCIH01.
- _____. Portaria nº 1.002 de 20 de dezembro de 2002, Alteração lay-out da CIH.
- Centro de Gestão e Estudos Estratégicos [homepage na Internet]. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/avaliacao/>
- CIHI (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION). The CIHI Data Quality Framework, 2005. Disponível em: http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=quality_e
- Lemos KRV, Valente JG. A declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de AIDS. Cad. Saúde Pública, 17(3):617-626, 2000
- Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública, 25(10):2095-2109, 2009

- Moraes I, Silvia R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf. Epidemiol. Sus*, mar. 2001, vol.10, no.1, p.49-56. ISSN 0104-1673.
- Moreira ML. Cobertura e utilização de serviços de saúde complementar no Estado de São Paulo - Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- Política Nacional de Saúde 29/03/2004 – Ministério da Saúde - 12^a. Conferência Nacional de Saúde- Pág. 24
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf
- RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. www.ripsa.org.br
- RIPSA - Indicadores e Dados Básicos (IDB), Brasil, 2008
- Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*, 22(3):673-84, 2006
- Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*, 23(3):701-14, 2007
- Salvador VFM, Britto M, Moura JRLA, Almeida JR. Qualidade de Dados para Gestão de Conhecimento na Área de Saúde. In: XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006, Florianópolis. Anais do XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2006.
- Schramm JM, Szwarcwald CL. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. *Rev Saúde Pública*, 34(3):272-79, 2000
- Seattle Community Network [homepage na Internet]. Disponível em: <http://www.scn.org/mpfc/modules/mon-whpt.htm>
- Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3):683-688, 2007
- Soares, DFPP, Barros MBA. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no Município de Maringá-PR. *Rev Bras Epidemiol*, 9(2):193-205, 2006
- Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002, 7(4):607-621.

9. Anexo – Legislação

Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

As disposições da Lei nº 8.080/90, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado;

O disposto na Lei nº 9.656/98 e na Resolução CONSU nº 7/98 quanto ao fornecimento, ao Ministério da Saúde, de informações dos pacientes cuja atenção é custeada por planos e seguros privados de assistência à saúde;

O disposto nas Portarias GM/MS/Nº 1.890, de 18 de dezembro de 1997, e GS/SAS/MS/Nº 9, de 23 de janeiro de 1998, quanto ao cadastramento de todos os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde situados no território nacional, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde-SUS;

Que o processo de planejamento e regulação da assistência à saúde requer o conhecimento mais amplo e profundo possível dos perfis nosológico e epidemiológico da população brasileira, bem como da capacidade instalada e potencial de produção de serviços do conjunto de estabelecimentos de saúde do País;

Que o Ministério da Saúde só dispõe, atualmente, de Banco de Dados com as informações cadastrais e de serviços produzidos referentes aos estabelecimentos públicos e privados integrantes do SUS;

Que as características tecnológicas e gerenciais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS SIH/SUS permitem a identificação tanto dos pacientes quanto do conjunto de atividades que compõe cada caso singular de utilização dos serviços, e que os procedimentos por eles registrados correspondem aos que mais impactam os gastos em saúde;

Que a maioria das unidades assistenciais públicas e privadas já preenche regularmente os documentos de entrada de dados do SIH/SUS (AIH), resolve:

Art. 1º Determinar que, a partir de 1º de julho de 1999, todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, passem a informar ao Ministério da Saúde, por intermédio do gestor local do SUS (Secretaria Estadual de Saúde/SES ou Secretaria Municipal de Saúde/SMS), a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados.

Art. 2º Padronizar o documento de Comunicação de Internação Hospitalar – CIH, que deverá conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- Identificação do paciente;
- Identificação da unidade hospitalar;
- Procedimento médico-cirúrgico realizado;
- Datas da internação e da alta;
- Tipo de alta, e
- Fonte de remuneração/financiamento do atendimento.

§ 1º A CIH será implementada por meio do executável do “Programa SISAIH01”, em versão resumida, a ser estabelecida em ato próprio da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS, para os eventos não financiados com recursos do SUS, e substituída pela própria Autorização de Internação Hospitalar - AIH, completamente preenchida, quando o evento for remunerado pelo SIH/SUS.

Art. 3º Determinar que os hospitais não integrantes do SUS e que, conseqüentemente, não recebem recursos por meio do SIH/SUS, que ainda não efetuaram o cadastramento junto às Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, deverão fazê-lo nos termos da Portaria SAS/MS/Nº 231, de 8 de dezembro de 1998.

Art. 4º Definir que o executável do “Programa SISAIH01” e o instrumento de cadastramento sejam fornecidos gratuitamente aos estabelecimentos de saúde, pelo Ministério da Saúde, podendo ser

copiados diretamente da Rede BBS/MS ou solicitados nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde.

Art. 5º Fixar que a entrega mensal dos disquetes de informações da CIH obedeça ao mesmo cronograma e ocorra nos mesmos locais em que acontecem regularmente as entregas dos disquetes de AIH.

Art. 6º Determinar que os hospitais diretamente vinculados ao Ministério da Saúde, que recebem recursos por transferências orçamentárias de qualquer natureza e não apresentam faturamento SIH/SUS ao Gestor Local do SUS, estejam incluídos na sistemática implantada pela presente Portaria, devendo encaminhar as respectivas informações à Coordenação Geral de Unidades Hospitalares Próprias/CGHP/DSS/SAS, quando situados no Rio de Janeiro, e ao Departamento de Análise da Produção de Serviços de Saúde/DAPS/SAS, em Brasília, com relação aos demais Estados, com cópia para o gestor local.

Art. 7º Estabelecer que para as unidades integrantes do SUS, o cumprimento das determinações deste ato, quanto ao envio das CIH dos pacientes cuja assistência não foi financiada pelo SUS, seja requisito para o processamento e posterior pagamento das AIH remuneradas pelo SIH/SUS.

Art. 8º Estabelecer que para as unidades do Ministério da Saúde, enquadradas no disposto no artigo 6º desta Portaria, o cumprimento das determinações do presente ato, quanto ao envio das CIH de todos os pacientes, seja requisito indispensável para transferência das parcelas mensais de recursos financeiros previstas no Orçamento do Ministério da Saúde.

Art. 9º Estabelecer que para as unidades não integrantes do SUS, o cumprimento das determinações deste ato, quanto ao envio das CIH de todos os pacientes, seja requisito indispensável para a renovação de alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária e para a tramitação de qualquer solicitação ao Ministério da Saúde (convênios de todas as naturezas, registros, isenção de imposto de importação).

Art. 10. Definir que compete aos gestores (SES ou SMS) responsáveis pelo recebimento regular das AIH monitorar a entrega das CIH pelas unidades hospitalares sob sua gestão e adotar as providências previstas nos artigos 7º e 9º deste ato, com relação ao não-cumprimento das determinações fixadas nesta Portaria.

Art. 11. Definir que compete à SAS/MS monitorar a entrega das CIH pelas unidades hospitalares descritas no artigo 6º e providenciar, junto à Secretaria Executiva, a adoção das medidas previstas no artigo 8º deste ato, com relação ao não-cumprimento das determinações fixadas nesta Portaria.

Art. 12. Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS adote as medidas complementares necessárias à implementação desta Portaria, mediante expedição de atos normativos e instruções técnicas e promova a disseminação da CIH, em articulação com as entidades nacionais de representação dos prestadores de serviços hospitalares, o CONASS e o CONASEMS.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

DECRETO Nº 4.327, DE 8 DE AGOSTO DE 2002

Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS para instituições de saúde e altera o Decreto no 2.536, de 6 de abril de 1998.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993,

DECRETA:

Art. 1º A instituição de saúde que, nos anos de 1998 a 2001, não tenha, exclusivamente, atingido o percentual de que trata o [§ 4º do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998](#), poderá ter seu Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS concedido ou renovado, desde que tenha nesse período cumprido o requisito de aplicação em gratuidade de que trata o inciso VI do art. 3º do citado Decreto nº 2.536, de 1998.

Parágrafo único. A decisão de indeferimento de pedido de concessão ou de renovação do CEAS, fundamentada exclusivamente na inobservância do disposto no [§ 4º do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998](#), poderá ser revista pelo Conselho Nacional de Assistência Social, desde que a instituição de saúde cumpra a condição estabelecida no **caput** e requeira a revisão no prazo de sessenta dias a contar da publicação deste Decreto.

Art. 2º O art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"[Art. 3º](#)

.....

§ 4º A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia, ou ser definido pelo Ministério da Saúde como hospital estratégico, a partir de critérios estabelecidos na forma de decreto específico.

§ 5º O atendimento no percentual mínimo de que trata o § 4º pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da instituição.

§ 6º A declaração de hospital estratégico não é extensiva aos demais estabelecimentos da instituição.

§ 7º A instituição de saúde deverá informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, por meio de Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS.

§ 8º A instituição de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial, deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, comprovar anualmente a prestação destes serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento.

§ 9º Quando a disponibilidade de cobertura assistencial da população pela rede pública de uma determinada área for insuficiente, os gestores do SUS deverão observar, para a contratação de serviços privados, a preferência de participação das entidades beneficentes de assistência social e as sem fins lucrativos.

§ 10. Havendo impossibilidade, declarada pelo gestor local do SUS, na contratação dos serviços de saúde da instituição no percentual mínimo estabelecido nos termos do § 4º ou do § 8º, deverá ela comprovar atendimento ao requisito de que trata o inciso VI, da seguinte forma:

I - integralmente, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a trinta por cento;

II - com cinquenta por cento de redução no percentual de aplicação em gratuidade, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a trinta por cento; ou

III - com setenta e cinco por cento de redução no percentual de aplicação em gratuidade, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a cinquenta por cento ou se completar o quantitativo das internações hospitalares, medido por paciente-dia, com atendimentos gratuitos devidamente informados por meio de CIH, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte.

§ 11. Tratando-se de instituição que atue, simultaneamente, nas áreas de saúde e de assistência social ou educacional, deverá ela atender ao disposto no inciso VI, ou ao percentual mínimo de serviços prestados ao SUS pela área de saúde e ao percentual daquele em relação às demais.

§ 12. Na hipótese do § 11, não serão consideradas, para efeito de apuração do percentual da receita bruta aplicada em gratuidade, as receitas provenientes dos serviços de saúde.

§ 13. O valor aplicado em gratuidade na área de saúde, quando não comprovado por meio de registro contábil específico, será obtido mediante a valoração dos procedimentos realizados com base nas tabelas de pagamentos do SUS.

§ 14. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado." (NR)

Art. 3º O cumprimento do disposto neste Decreto não exclui a observância das demais condições e procedimentos estabelecidos no [Decreto nº 2.536, de 1998](#).

Art. 4º Para o exercício de 2002, em substituição ao disposto no inciso [VI do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998](#), a instituição de saúde poderá optar:

I - pela obrigação de comprovar percentual anual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o SUS igual ou superior a sessenta por cento do total de sua capacidade instalada;

II - pelo atendimento ao disposto no art. 1º deste Decreto; ou

III - pelo atendimento ao disposto nos [§§ 4º a 14 do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998](#), com a redação dada por este Decreto.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de agosto de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Barjas Negri

José Cechin

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria nº 213 de 11 de maio de 1999

O Secretário de Assistência à Saúde – Substituto, no uso de suas atribuições legais e, Considerando portaria GM/MS nº 221/99, de 24 de março de 1999, que instrui sobre o preenchimento do Comunicado de Internação Hospitalar para todas as internações ocorridas, resolve:

Art. 1º – Criar o programa SISCIH01 para internações não cobradas pelo SUS.

Art. 2º – A versão do programa SISCIH01 está disponível no MS/BBS e na Internet e poderá ser copiada, gratuitamente, por qualquer estabelecimento de saúde.

Art. 3º - Criar um lay-out, constante do anexo I, de apresentação dos dados para os hospitais que tenham sistema próprio, ou contratado, de digitação de dados.

§ 1º - O campo PROCED_REALIZ deverá ser preenchido de acordo com os códigos de procedimentos do SIH/SUS, disponibilizado por meio do arquivo DAIH050.DBF, disponível no MS/BBS e na Internet.

§ 2º - O campo DIAG_SECUNDARIO deverá ser preenchido com o código da CID10 da causa externa da internação (cap. 20).

§ 3º- O campo TIPO_ALTA deverá ser preenchido de acordo com os valores constantes no anexo II.

§ 4º - O campo FONTE_REMUNER deverá ser preenchido com os códigos:

1– Pagamento particular

2– Pagamento por convênio

§ 5º - O campo SEXO deverá ser preenchido com os códigos:

1 – Masculino

3 – Feminino

Art. 4º - Esses dados deverão ser entregues nas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde para validação e envio ao DATASUS, seguindo cronograma estabelecido pelas Secretarias.

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

JOÃO GABBARDO DOS REIS

PUBLICADA NO DOU DE 12/05/99 - SEÇÃO - I

ANEXO I			
Nome do Campo	Pos.Ini	Pos.Final	Descrição
CGC_HOSP 0001 0014 CGC do hospital	0001	0014	CGC do hospital
NOME_PAC	0015	0074	Nome do Paciente
LOGR	0075	0099	Logradouro (Endereço Paciente)
NUMERO	0100	0104	Numero (Endereço Paciente)
COMPL	0105	0119	Complemento (Endereço Paciente)
COD_MUNIC	0120	0125	Código do Município IBGE (Endereço Paciente)
UF	0126	0127	Unid. Feder(Endereço Paciente)
CEP	0128	0135	CEP (Endereço Paciente)
DT_NASC	0136	0143	Data nasc do paciente(ddmmaaaa)
SEXO	0144	0144	Sexo do paciente
CNS	0145	0155	Cartão Nacional de Saúde (Paciente)
PROCED_REALIZ	0156	0163	Código do Procedimento SIH/SUS
DIAG_PRINCIPAL	0164	0167	Código da CID 10ª REVISÃO
DIAG_SECUNDARIO	0168	0171	Código da CID 10ª REVISÃO
DATA_INTERN	0172	0179	Data de Internação (ddmmaaaa)
DATA_SAIDA	0180	0187	Data da Alta (ddmmaaaa)
TIPO_ALTA	0188	0189	Motivo da Alta
FONTE_REMUNER	0190	0190	Fonte remuneração/financiamento do Atendimento
UF_HOSP	0191	0192	Unidade da Federação do Hospital
COMPETENCIA	0193	0198	Mês de Competência (mmaaaa)
ANEXO II			
11	ALTA CURADO		
12	ALTA MELHORADO		
13	ALTA INALTERADO		
14	ALTA A PEDIDO		
15	ALTA INTERNADO PARA DIAGNOSTICO		
16	ALTA ADMINISTRATIVA		
17	ALTA POR INDISCIPLINA		
18	ALTA POR EVASAO		
19	ALTA PARA COMPLEMENTACAO EM REGIME AMBULATORIAL		

41	OBITO COM NECROPSIA ATE 24 H DA INTERNACAO
42	OBITO COM NECROPSIA ATE 48 H DA INTERNACAO
43	OBITO COM NECROPSIA APOS 48 H DA INTERNACAO
44	OBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA COM PERMANENCIA DO RECEM NASCIDO
51	OBITO SEM NECROPSIA ATE 24 H DA INTERNACAO
52	OBITO SEM NECROPSIA ATE 48 H DA INTERNACAO
53	OBITO SEM NECROPSIA APOS 48 H DA INTERNACAO
54	OBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA COM PERMANENCIA DO RECEM NASCIDO
71	ALTA DA PARTURIENTE COM PERMANENCIA DO RECEM NASCIDO

Portaria nº 1.002 de 20 de Dezembro de 2002

O Secretario de Assistência a Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a portaria GM/MS Nº 221/99 de 24 de março de 1999, que instituiu o preenchimento do Comunicado de Internação Hospitalar;

Considerando o Decreto Nº 4.327 de 08 de agosto de 2002, que no seu Parágrafo 7º, obriga as instituições filantrópicas a informar a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS;

Considerando o Decreto 4.481, de 22 de novembro de 2002, que define os hospitais estratégicos no âmbito do SUS e que no Art 7º condiciona a manutenção do enquadramento como hospital estratégico ao encaminhamento da CIH – Comunicação de Internação Hospitalar;

Considerando que a comunicação correta é fundamental para o Sistema Único de Saúde, resolve

Art. 1º - Alterar o lay-out da CIH – Comunicação de Internação Hospitalar, constante do anexo I dessa portaria, que deverá constar de :

A - UNIDADE HOSPITALAR

- CNPJ da unidade hospitalar
- Razão Social da unidade hospitalar
- Endereço da unidade constando :
 - Rua , Avenida, Praça etc
 - Número
 - Bairro
 - Código do Município (IBGE)
 - UF
 - CEP

B – INFORMAÇÃO DO PACIENTE

- Nome do paciente
- Endereço do paciente constando :
 - Rua , Avenida, Praça etc
 - Número
 - Código do Município (IBGE)
 - UF
 - CEP
- Data de Nascimento
- Sexo preenchido com os códigos
 - 1 - Masculino
 - 3 - Feminino
- Número do CNS – Cartão Nacional de Saúde – Caso o paciente possua
- Procedimento realizado que gerou a internação de acordo com Tabela SIH – SUS
- Diagnóstico Principal de acordo com Tabela de Compatibilidade do CID 10 versus Procedimento

- Diagnóstico Secundário – preenchido , quando for o caso com o código do CID10 da causa externa da internação (Cap 20).

- Data da Internação (ddmmaaa)

- Data da Alta (ddmmaaa)

- Tipo da alta que deverá ser preenchido com os códigos de acordo com o Anexo II

- Fonte da Remuneração que deverá ser preenchido com os códigos de acordo com o Anexo III

- Competência (mmaaaa)

Art. 2º - Determinar que o preenchimento incorreto deverá promover a rejeição da CIH – Comunicação de Internação Hospitalar.

Art. 3º - Estabelecer que a CIH – Comunicação de Internação Hospitalar deverá ser entregue nas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde para validação e envio ao DATASUS, de acordo cronograma estabelecido pelas Secretarias.

Art. 4º - Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos a contar da competência janeiro de 2003, revogando a Portaria SAS/MS N° 213 de, 11 de maio de 1999.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

Anexo I

Nome do Campo	Pos.Ini	Pos.Final	Descrição
CGC_HOSP	0001	0014	CGC do hospital
LOGR_HOSP	0015	0044	Logradouro do Hospital
NUM_LOG_HOSP	0045	0049	Número do logradouro do hospital
BAIRRO_HOSP	0050	0069	Bairro do Hospital
COD_MUN_HOSP	0070	0075	Código do município hospital (IBGE)
UF_HOSP	0076	0077	Unidade da Federação do Hospital
CEP_HOSP	0078	0083	CEP do hospital
NOME_PAC	0084	0143	Nome do Paciente
LOGR	0144	0168	Logradouro (Endereço Paciente)
NUMERO	0169	0173	Numero (Endereço Paciente)
COMPL	0174	0188	Complemento (Endereço Paciente)
COD_MUNIC	0189	0194	Código do Município IBGE (Endereço Paciente)
UF	0195	0196	Unid. Feder (Endereço Paciente)
CEP	0197	0202	CEP (Endereço Paciente)
DT_NASC	0203	0210	Data nasc do paciente(ddmmaaaa)
SEXO	0211	0211	Sexo do paciente
CNS	0212	0224	Cartão Nacional de Saúde (Paciente)
PROCED_REALIZ	0225	0232	Código do Procedimento SIH/SUS
DIAG_PRINCIPAL	0233	0236	Código da CID 10ª REVISÃO
DIAG_SECUNDARIO	0237	0240	Código da CID 10ª REVISÃO
DATA_INTERN	0241	0248	Data de Internação (ddmmaaaa)
DATA_SAIDA	0249	0256	Data da Alta (ddmmaaaa)
TIPO_ALTA	0257	0258	Motivo da Alta
FONTE_REMUNER	0259	0259	Fonte remuneração/financiamento do Atendimento
COMPETENCIA	0260	0265	Mês de Competência (mmaaaa)

Anexo II

Código	Em caso de alta
11	. curado
12	. melhorado
13	. inalterado
14	. a pedido
15	. internado para diagnóstico
16	. administrativa
17	. por indisciplina
18	. por evasão
19	. para completar tratamento
Código	Em caso de permanência
21	. por características da doença
22	. por intercorrência
23	. por motivo social
24	. por doença crônica
25	. por impossibilidade de conv sócio-familiar
Código	Em caso de transferência
31	. para fisiologia
32	. para psiquiatria
33	. para clínica médica
34	. para cirurgia
35	. para obstetrícia
36	. para berçário
37	. para pediatria
38	. para isolamento
39	. para outros (CTI, radioterapia,etc..)
Código	Em caso de óbito com necropsia
41	. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
42	. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
43	. ocorreu após 48 horas
Código	Em caso de óbito sem necropsia
51	. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
52	. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
53	. ocorreu após 48 horas
Código	Em caso de reoperação
61	. em politraumatizado c/menos 24hs da 1a.cirurgia
62	. em politraumatizado 24 a 48hs após 1a.cirurgia
63	. em politraumatizado 48 a 72hs após 1a.cirurgia
64	. em politraumatizado acima 72hs após 1a.cirurgia
65	. em cir.emergencia c/menos 24hs após 1a.cirurgia
66	. em cir.emergencia 24 a 48hs após 1a.cirurgia
67	. em cir.emergencia 48 a 72hs após 1a.cirurgia
68	. em cir.emergencia acima 72hs após 1a.cirurgia
Código	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido
71	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém nascido

Anexo III

Código	Descrição
1	Convenio
2	Particular
3	Gratuito
4	Financiado/SES
5	Financiado/SMS

PORTARIA Nº 988/GM DE 27 DE JUNHO DE 2005.

Altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH e dá outras providências.

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

Considerando a Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999, que instituiu o preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar, e determina que todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, passem a informar ao Ministério da Saúde, por intermédio do gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados;

Considerando o disposto nos incisos XIX e XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que define como competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde - SUS e requisitar informações a prestadores de planos privados de assistência à saúde; e

Considerando que a informação precisa é fundamental para o planejamento, a programação, o controle e a avaliação das ações de saúde em todas as esferas de gestão do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Alterar a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, na qual deverá constar:

I - identificação da unidade hospitalar:

a) código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - informações da internação:

a) nome do paciente;

b) data de nascimento;

c) sexo;

d) Cartão Nacional de Saúde - CNS;

e) endereço do paciente, constando:

1 - logradouro;

2 - número;

3 - complemento;

4 - código IBGE do município;

5 - unidade da federação;

6 - código de endereçamento postal - CEP;

f) procedimento realizado;

g) diagnóstico principal;

h) diagnóstico secundário;

i) data de internação;

j) data de saída;

- l) tipo de saída;
- m) fonte de remuneração;
- n) documento de óbito;
- o) número de dias de UTI; e
- p) competência.

III - Para fonte de remuneração por convênio

- a) número do registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS da operadora de plano privado de assistência à saúde;
- b) CNPJ da operadora de plano de saúde; e
- c) código de identificação do beneficiário na operadora.

Art. 2º Estabelecer que a Comunicação de Internação Hospitalar - CIH deva ser encaminhada, mensalmente, utilizando para tal a última versão do aplicativo SISCIH01 disponível nos sites www.datasus.gov.br e www.ans.gov.br ou em arquivo texto.

§ 1º As orientações para o preenchimento da CIH e elaboração do arquivo texto encontram-se descritas nos Anexos I e II desta Portaria e no manual de operação disponível nos endereços eletrônicos citados no caput deste artigo.

§ 2º No caso de a unidade hospitalar não possuir internação hospitalar a ser comunicada, deverá enviar o CIH indicando a referida situação.

Art. 3º Determinar que o arquivo contendo as Comunicações de Internações Hospitalares - CIH deva ser entregue nas Secretarias Estaduais ou nas Municipais de Saúde, de acordo com a gestão registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e obedeça ao mesmo cronograma estabelecido para entrega das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH, definido em portaria e disponível nos sites www.datasus.gov.br e www.ans.gov.br.

Parágrafo único. O processo de encaminhamento dos arquivos está definido no Anexo III desta Portaria e no manual de operação disponível nos endereços eletrônicos citados no caput deste artigo.

Art 4º Determinar que a correção de informações já encaminhadas, quando necessário, deva ser pelo reenvio do arquivo completo da referida competência.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.002/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 247, Seção 1, página 254.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar da competência julho 2005.

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA

ANEXO I – Orientações para preenchimento da CIH – Comunicação de Internação Hospitalar

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações
CNES	0001	0007	Código do CNES	Código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
NOME_PAC	0008	0060	Nome do Paciente	Nome completo do paciente
LOGR	0068	0025	Logradouro	Logradouro do endereço de residência do paciente
NUMERO	0093	0005	Número	Número do endereço de residência do paciente
COMPL	0098	0015	Complemento	Complemento do endereço de residência do paciente
COD_MUNIC	0113	0006	Código do Município IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente
UF	0119	0002	Unidade da federação	Sigla de identificação da Unidade Federada de residência do paciente
CEP	0121	0008	CEP do Paciente	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente
DT_NASC	0129	0008	Data de nascimento do paciente	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato ddmmaaaa
SEXO	0137	0001	Sexo do paciente	Código de identificação do sexo do paciente: M – Masculino; F - Feminino
CNS	0138	0015	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente
PROCED_REALIZ	0153	0008	Código do procedimento principal	Código do procedimento principal realizado, com base na tabela de procedimentos do SIH/SUS
DIAG_PRINCIPAL	0161	0004	Código do diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal, com base na Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
DIAG_SECUNDARIO	0165	0004	Código do diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário, com base na Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
DATA_INTERN	0169	0008	Data de Internação	Dia, mês e ano de internação do paciente no formato ddmmaaaa
DATA_SAIDA	0177	0008	Data de Saída	Dia, mês e ano de saída do paciente no formato ddmmaaaa
TIPO_ALTA	0185	0002	Motivo de Saída	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS, constante do anexo II desta portaria

FONTE_REMUNER	0187	0001	Fonte remuneração/financiamento da Internação	Valores : 1 – Convênio – Plano Privado 6 – Convênio – Plano Público 2 – Particular 3 – Gratuito 4 – Financiado com recurso próprio da SES 5 – Financiado com recurso próprio da SMS
DESC_PROCE	0188	0040	Descrição do procedimento principal	Descrição do procedimento principal quando o código do procedimento utilizado for 50-000-00-4
REG_OPS	0228	0006	Registro ANS da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação
CNPJ_OPS	0234	0014	CNPJ da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora responsável pela internação
COD_BEN	0248	0030	Código do beneficiário	Para fonte de remuneração por convênio. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação
DOC_OBITO	0278	0008	Número da declaração de óbito	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito
DIAS_UTI	0286	0003	Número de dias de UTI	Número de dias de permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver
COMPETENCIA	0289	0006	Competência do arquivo	Mês e ano de competência do arquivo no formato mmaaaa

ANEXO II - Códigos para preenchimento do campo Motivo de Saída, conforme a tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS

Em caso de alta	Em caso de óbito com necropsia
11 . curado	41. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
12 . melhorado	42. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
13 . inalterado	43. ocorreu após 48 horas
14 . a pedido	
15 . internado para diagnóstico	Em caso de óbito sem necropsia
16 . administrativa	51. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
17 . por indisciplina	52. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
18 . por evasão	53. ocorreu após 48 horas
19 . para completar tratamento	
	Em caso de reoperação
Em caso de permanência	61. em politraumatizado c/menos 24h da 1a.cirurgia
21 . por características da doença	62. em politraumatizado 24 a 48h após 1a.cirurgia
22 . por intercorrência	63. em politraumatizado 48 a 72h após 1a.cirurgia
23 . por motivo social	64. em politraumatizado acima 72h após 1a.cirurgia
24 . por doença crônica	65. em cir.emergencia c/menos 24h após 1a.cirurgia

25 . por impossibilidade de conv sócio-familiar	66. em cir.emergencia 24 a 48h após 1a.cirurgia
Em caso de transferência	67. em cir.emergencia 48 a 72h após 1a.cirurgia
31. para fisiologia	68. em cir.emergencia acima 72h após 1a.cirurgia
32. para psiquiatria	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
33. para clínica médica	71. Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
34. para cirurgia	
35. para obstetrícia	
36. para berçário	
37. para pediatria	
38. para isolamento	
39. para outros (CTI, radioterapia,etc..)	

ANEXO III – Orientações para envio do arquivo da Comunicação de Internação Hospitalar

1 -Orientações para o envio do arquivo da CIH do hospital para o gestor

1.1. No caso de arquivos gerados pelo SISCIH01

Selecionar no diretório o arquivo de nome XXXXXX.AMM, onde:

XXXXXXX - código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A - último dígito do ano de competência da comunicação

MM - mês de competência da comunicação.

Em seguida, compactar o arquivo utilizando o compactador padrão lha.exe disponível nos sites www.datasus.gov.br e www.ans.gov.br

1.2. No caso de arquivos textos gerados pelo hospital

Gerar o arquivo texto, conforme instruções dos anexos I e II, com o padrão de nomenclatura XXXXXX.AMM, onde:

XXXXXXX - código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A - último dígito do ano de competência da comunicação

MM - mês de competência da comunicação.

Em seguida, compactar o arquivo utilizando o compactador padrão lha.exe disponível nos sites www.datasus.gov.br e www.ans.gov.br

Exemplo do arquivo gerado pelo aplicativo ou arquivo texto

No caso do hospital “A”, cadastrado no CNES com o código 2000296, enviando as informações da competência junho/2005, o arquivo terá o seguinte nome: 2000296.506 sendo:

2000296: código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

5: último dígito do ano de competência da comunicação

06: mês de competência da comunicação.

1.3. O envio do arquivo gerado deve seguir as orientações definidas pelo gestor estadual ou

2. Orientações para o gestor sobre o envio das remessas da CIH ao Datasus

2.1. Gerar o arquivo contendo os dados da CIH com o seguinte padrão de nomenclatura:

CXXXXXXN.AMM onde:

C - identificação fixa

XXXXXX – código do gestor, sendo:

Gestor municipal – código do município no IBGE

Gestor estadual – código da UF no IBGE, acrescido de 9999

N - número de identificação da remessa de arquivos, seqüencial no mês e ano de competência da comunicação

A - último dígito do ano de competência da comunicação

MM - competência de competência da comunicação.

Em seguida, compactar o arquivo utilizando o programa compactador padrão para remessa, lha.exe, disponível nos sites www.datasus.gov.br e www.ans.gov.br

2.2. Acessar a MS-BBS no sites www.datasus.gov.br e transmitir o arquivo seguindo a mesma rotina utilizada para transmissão dos arquivos de Autorização de Internações Hospitalares.

PORTARIA Nº 1.722/GM DE 22 DE SETEMBRO DE 2005.

Altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH e dá outras providências.

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

Considerando a Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999, que institui o preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH e determina que todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde - SUS, passem a informar ao Ministério da Saúde, por intermédio do gestor local do SUS a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados;

Considerando o disposto nos incisos XIX e XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que define como competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a integração de informações com os bancos de dados do SUS e requisitar informações a prestadores de planos privados de assistência à saúde; e

Considerando que a informação precisa é fundamental para o planejamento, a programação, o controle e a avaliação das ações de saúde em todas as esferas de gestão do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Alterar a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, na qual deverá constar:

I - identificação da unidade hospitalar:

a) código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - informações da internação:

a) nome do paciente;

- b) data de nascimento;
 - c) sexo;
 - d) Cartão Nacional de Saúde - CNS;
 - e) endereço do paciente, constando:
 - 1 - logradouro;
 - 2 - número;
 - 3 - complemento;
 - 4 - código IBGE do município;
 - 5 - unidade da federação;
 - 6 - código de endereçamento postal - CEP;
 - f) procedimento realizado;
 - g) diagnóstico principal;
 - h) diagnóstico secundário;
 - i) data de internação;
 - j) data de saída;
 - l) tipo de saída;
 - m) fonte de remuneração;
 - n) documento de óbito;
 - o) número de dias de UTI; e
 - p) competência;
- III - para fonte de remuneração por convênio:
- a) número do registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS da operadora de plano privado de assistência à saúde;
 - b) CNPJ da operadora de plano de saúde; e

c) código de identificação do beneficiário na operadora.

Art. 2º Estabelecer que a Comunicação de Internação Hospitalar - CIH deva ser encaminhada, mensalmente, utilizando para tal a última versão do aplicativo SISCIH01 disponível no site: www.datasus.gov.br ou em arquivo texto.

§ 1º As orientações para o preenchimento da CIH e elaboração do arquivo texto encontram-se descritas nos Anexos I e II desta Portaria e no Manual de Operação disponível no endereço eletrônico citados no caput deste artigo.

§ 2º No caso de a unidade hospitalar não possuir internação hospitalar a ser comunicada, deverá enviar o CIH indicando a referida situação.

Art. 3º Determinar que o arquivo contendo as Comunicações de Internações Hospitalares - CIH deva ser entregue nas Secretarias Estaduais ou nas Municipais de Saúde, de acordo com a gestão registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES após 10 (dez) dias da data estabelecida no cronograma de entrega das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH, definido em portaria e disponível no site: www.datasus.gov.br.

Parágrafo único. O processo de encaminhamento dos arquivos está definido no Anexo III desta Portaria e no Manual de Operação disponível no endereço eletrônico citado no caput deste artigo.

Art. 4º Determinar que a correção de informações já encaminhadas, quando necessário, deva ser pelo reenvio do arquivo completo da referida competência, conforme o Anexo III deste ato.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.002/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 247, Seção 1, página 254, e a Portaria nº 988/GM, de 27 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 122, de 28 de junho de 2005, Seção 1, páginas 34.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar da competência julho 2005.

SARAIVA FELIPE

ANEXO I

Orientações para preenchimento da CIH – Comunicação de Internação Hospitalar

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações
CNES	0001	0007	Código do CNES	Código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
NOME_PAC	0008	0060	Nome do Paciente	Nome completo do paciente
LOGR	0068	0025	Logradouro	Logradouro do endereço de residência do paciente
NÚMERO	0093	0005	Número	Número do endereço de residência do paciente
COMPL	0098	0015	Complemento	Complemento do endereço de residência do paciente
COD_MUNIC	0113	0006	Código do Município IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente
UF	0119	0002	Unidade da Federação	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente
CEP	0121	0008	CEP do Paciente	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente
DT_NASC	0129	0008	Data de nascimento do paciente	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato ddmmaaaa
SEXO	0137	0001	Sexo do paciente	Código de identificação do sexo do paciente: M – Masculino; F - Feminino
CNS	0138	0015	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente
PROCED_REALIZ	0153	0008	Código do procedimento principal	Código do procedimento principal realizado, com base na tabela de procedimentos do SIH/SUS
DIAG_PRINCIPAL	0161	0004	Código do diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal, com base na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
DIAG_SECUNDÁRIO	0165	0004	Código do diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário, com base na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
DATA_INTERN	0169	0008	Data de Internação	Dia, mês e ano de internação do paciente no formato ddmmaaaa
DATA_SAÍDA	0177	0008	Data de Saída	Dia, mês e ano de saída do paciente no formato ddmmaaaa
TIPO_ALTA	0185	0002	Motivo de Saída	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS, constante do Anexo II desta Portaria

FONTE_REMUNER	0187	0001	Fonte remuneração/financiamento da Internação	Valores : 1 – Convênio – Plano Privado 6 – Convênio – Plano Público
				2 – Particular - Pessoa Física 9 – Particular - Pessoa Jurídica 3 – Gratuito
				4 – Financiado com recurso próprio da SES 5 – Financiado com recurso próprio da SMS 8 - DPVAT
DESC_PROCE	0188	0040	Descrição do procedimento principal	Descrição do procedimento principal quando o código do procedimento utilizado for 50-000-00-4
REG_OPS	0228	0006	Registro ANS da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação
CNPJ_OPS	0234	0014	CNPJ da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora responsável pela internação
COD_BEN	0248	0030	Código do beneficiário	Para fonte de remuneração por convênio. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação
DOC_ÓBITO	0278	0008	Número da declaração de óbito	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito
DIAS_UTI	0286	0003	Número de dias de UTI	Número de dias de permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver
COMPETÊNCIA	0289	0006	Competência do arquivo	Mês e ano de competência do arquivo no formato mmaaaa

ANEXO II

Códigos para preenchimento do campo Motivo de Saída, conforme a tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS

Em caso de alta para complementação em internação domiciliar	Em caso de óbito com necropsia 41. até 24 horas da internação 45. de 24 até 48 horas, chegou agônico
11. curado 12. melhorado 13. inalterado	46. de 24 até 48 horas, não chegou agônico 43. ocorreu após 48 horas da internação 44. óbito parturiente com permanência do recém-nascido
14. a pedido 15. internado para diagnóstico	Em caso de óbito sem necropsia 51. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
16. administrativa 17. por indisciplina	52. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
18. por evasão 19. para completar tratamento	53. ocorreu após 48 horas 54. óbito parturiente com permanência do recém-nascido
Em caso de permanência	Em caso de reoperação 61. em politraumatizado c/menos 24h da 1a.cirurgia
21 . por características da doença	62. em politraumatizado 24 a 48h após 1a.cirurgia
22 . por intercorrência	63. em politraumatizado 48 a 72h após 1a.cirurgia
23 . por motivo social	64. em politraumatizado acima 72h após 1a.cirurgia
24 . por doença crônica	65. em cir.emergência c/menos 24h após 1a.cirurgia
25 . por impossibilidade de convívio sócio-familiar Em caso de transferência	66. em cir.emergência 24 a 48h após 1a.cirurgia

31. para fisiologia	67. em cir.emergência 48 a 72h após 1a.cirurgia
	68. em cir.emergência acima 72h após 1a.cirurgia
	69. alta da parturiente com permanência do recém-nascido
32. para psiquiatria	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém- nascido
33. para clínica médica	71. Em caso de alta da parturiente com permanência do recém- nascido
34. para cirurgia	
35. para obstetrícia	
36. para berçário	
37. para pediatria	
38. para isolamento	
39. para outros (CTI, radioterapia,etc..)	

ANEXO III

Orientações para envio do arquivo da Comunicação de Internação Hospitalar

1 -Orientações para o envio do arquivo da CIH do hospital para o gestor

1.1. No caso de arquivos gerados pelo SISCIH01

Selecionar no diretório o arquivo de nome XXXXXX.AMM, onde:

XXXXXXX - código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A - último dígito do ano de competência da comunicação

MM - mês de competência da comunicação.

Em seguida, compactar o arquivo utilizando o compactador Winzip disponível no site www.datasus.gov.br

1.2. No caso de arquivos textos gerados pelo hospital

Gerar o arquivo texto, conforme instruções dos Anexos I e II, com o padrão de nomenclatura XXXXXX.AMM, onde:

XXXXXXX - código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A - último dígito do ano de competência da comunicação

MM - mês de competência da comunicação.

Em seguida, compactar o arquivo utilizando o compactador Winzip disponível no site www.datasus.gov.br

Exemplo do arquivo gerado pelo aplicativo ou arquivo texto

No caso do hospital “A”, cadastrado no CNES com o código 2000296, enviando as informações da competência junho/2005, o arquivo terá o seguinte nome: 2000296.506 sendo:

2000296: código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

5: último dígito do ano de competência da comunicação

06: mês de competência da comunicação.

1.3. O envio do arquivo gerado deve seguir as orientações definidas pelo gestor estadual ou .

2. Orientações para o gestor sobre o envio das remessas da CIH ao Datasus

2.1. Gerar o arquivo contendo os dados da CIH com o seguinte padrão de nomenclatura:

CXXXXXXY.AMM onde:

C - identificação fixa

XXXXXX – código do gestor, sendo:

Gestor municipal – código do município no IBGE

Gestor estadual – código da UF no IBGE, acrescido de 9999

Y - indicador de remessa

Preencher com N no caso de remessa normal ou R no caso de reprocessamento

A - último dígito do ano de competência da comunicação

MM – mês de competência da comunicação.

Obs: Em caso de correção (Art 4º) não esquecer de substituir o N (remessa normal) por R (reprocessamento)

Em seguida, compactar o arquivo utilizando o programa compactador padrão para remessa, Winzip, disponível no site www.datasus.gov.br

2.2. Acessar a MS-BBS, no site www.datasus.gov.br, e transmitir o arquivo da seguinte forma :

Selecionar a opção upload

Selecionar a área 5 – Arquivo CIH

Informar o nome do arquivo a ser transmitido (utilizar o botão procurar para localizar o arquivo)

Fornecer uma descrição curta do arquivo

Fornecer, se necessário, uma descrição longa

Transmitir

PORTARIA Nº 24 DE 10 DE JANEIRO DE 2008.

Inclui no Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar- CIH códigos para registrar os procedimentos que não têm correspondência na tabela SUS:

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

Considerando a Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999, que institui a obrigatoriedade do preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar-CIH, para todos os estabelecimentos de saúde privados situados em território nacional, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde - SUS que realizam este serviço sem apresentação de produção por meio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH;

Considerando que os estabelecimentos de saúde realizam procedimentos que, por vezes, não constam da Tabela do SUS, e que atualmente são registrados com um código específico constante na tabela do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS;

Considerando que o referido procedimento não fará parte da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, com implantação prevista para a competência janeiro de 2008; e

Considerando a necessidade de identificar os procedimentos que não constam da Tabela do SUS, mas que o seu registro é fundamental para o conhecimento mais amplo possível dos perfis nosológicos e epidemiológicos da população assistida, bem como da capacidade instalada e potencial de produção de serviços do conjunto de estabelecimento de saúde do País,

R E S O L V E:

Art. 1º Incluir no Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar - CIH os códigos a seguir relacionados, para registrar os procedimentos que não têm correspondência na tabela do SUS:

01.99.99.999-6	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde não encontradas na tabela do SUS
02.99.99.999-8	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica não encontrados na tabela do SUS
03.99.99.999-0	Procedimentos Clínicos não encontrados na tabela do SUS
04.99.99.999-1	Procedimentos Cirúrgicos não encontrados na tabela do SUS
05.99.99.999-3	Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células não encontrados na tabela do SUS
06.99.99.999-5	Medicamentos não encontrados na tabela do SUS
07.99.99.999-7	Órteses, Próteses e Materiais Especiais não encontrados na Tabela do SUS
08.99.99.999-9	Ações Complementares de Atenção à Saúde não encontradas na tabela do SUS

Art. 2º Alterar o layout da CIH e a codificação de motivo de saída/permanência, conforme Anexos I e II a esta Portaria, em face da implementação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese/Prótese e Materiais Especiais - OPM do SUS.

Parágrafo único. As orientações para o preenchimento da CIH e elaboração do arquivo texto encontram-se descritas nos Anexos I e II a esta Portaria.

Art. 3º Delegar à Secretaria de Atenção à Saúde competência para editar portarias que se fizerem necessárias às alterações no Sistema CIH.

Art. 4º Definir que é de responsabilidade do Departamento de Informática do SUS DATASUS/MS providenciar as adequações necessárias no sistema CIH para implementação do que dispõe esta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência janeiro de 2008.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 371/SAS, de 21 de julho de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 139, de 22 de julho de 1999, Seção I, pág. 20.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
DOU-8 PG-82 e 83 SEÇ-1 DE 11.01.08

ANEXO I

Orientações para preenchimento da CIH - Comunicação de Internação Hospitalar

HEADER

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações
TIPO_REG	0001	0001	TIPO DO REGISTRO	1 (Header)
CNES	0008	0007	CNES DO HOSPITAL	Código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
VERSAO	0015	0007	VERSÃO DO APLICATIVO	4.0.0.0

DADOS

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações
TIPO_REG	0001	0001	TIPO DO REGISTRO	2 Dados 3 S/Movimento (No caso de remessa sem movimento, deverá ser preenchido o HEADER e em DADOS somente o campo TIPO_REG com conteúdo '3')
NOME_PAC	0002	0060	Nome do Paciente	Nome completo do paciente
LOGR	0062	0025	Logradouro	Logradouro do endereço de residência do paciente
NÚMERO	0087	0005	Número	Número do endereço de residência do paciente
COMPL	0092	0015	Complemento	Complemento do endereço de residência do paciente
COD_MUNIC	0107	0006	Código do Município IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente
UF	0113	0002	Unidade da Federação	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente
CEP	0115	0008	CEP do Paciente	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente
DT_NASC	0123	0008	Data de nascimento do paciente	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa
SEXO	0131	0001	Sexo do paciente	Código de identificação do sexo do paciente: M - Masculino; F - Feminino
CNS	0132	0015	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente
PROCED_REALIZ	0147	0010	Código do procedimento principal	Código do procedimento principal realizado, com base na tabela unificada de procedimentos do SIH/SUS
DIAG_PRINCIPAL	0157	0004	Código do diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
DIAG_SECUNDÁRIO	0161	0004	Código do diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
DATA_INTERN	0165	0008	Data de Internação	Dia, mês e ano de internação do paciente no formato ddmmaaaa
DATA_SAÍDA	0173	0008	Data de Saída	Dia, mês e ano de saída do paciente no formato ddmmaaaa
TIPO_ALTA	0181	0002	Motivo de Saída	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de saída/permanência do SIH/SUS, constante do Anexo II a esta Portaria

FONTE_REMUNER	0183	0001	Fonte de remuneração / financiamento da Internação	Valores : 1 - Convênio - Plano Privado 2 - Particular - Pessoa Física 3 - Gratuito 4 - Financiado com recurso próprio da SES 5 - Financiado com recurso próprio da SMS 6 - Convênio - Plano Público 8 - DPVAT 9 - Particular - Pessoa Jurídica
DESC_PROCE	0184	0040	Descrição do procedimento principal	Descrição do procedimento principal quando o código do procedimento utilizado for um dos descritos no Art. 1º
REG_OPS	0224	0006	Registro ANS da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação
CNPJ_OPS	0230	0014	CNPJ da Operadora	Para fonte de remuneração por convênio. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora responsável pela internação
COD_BEN	0244	0030	Código do beneficiário	Para fonte de remuneração por convênio. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação
DOC_ÓBITO	0274	0008	Número da declaração de óbito	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito
QT_NASC	0282	0001	NÚMERO DE NASCIDOS	Quantidade de nascidos quando houver (No caso de natimorto o número total de nascidos deve ser informado)
NU_DN1	0283	0008	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')
NU_DN2	0291	0008	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')
NU_DN3	0299	0008	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')
NU_DN4	0307	0008	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')
NU_DN5	0315	0008	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado 99999999')

DIAS_UTI	0323	0003	Número de dias de UTI	Número de dias de permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver
NU_PRONTUARIO	0326	0012	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	Número do prontuário do paciente
COMPETÊNCIA	0338	0006	Competência do arquivo	Mês e ano de competência do arquivo no formato mm/aaaa

ANEXO II

Códigos para preenchimento do campo Motivo de Saída, conforme a tabela de Motivo de Saída/Permanência do SIH/SUS

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

PORTARIA Nº 147, DE 13 DE MARÇO DE 2008.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições:

Considerando a Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999, que institui a obrigatoriedade do preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, para todos os estabelecimentos de saúde situados em território nacional, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde – SUS, que prestaram atendimento hospitalar sem apresentação de produção por meio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH;

Considerando a Portaria nº 24/GM, de 10 de janeiro de 2008, que delega à Secretaria de Atenção à Saúde competência para editar Portarias que se fizerem necessárias às alterações no Sistema CIH; e

Considerando a necessidade de adequar o layout da CIH em face da implementação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS, resolve:

Art. 1º - Alterar, na forma do Anexo desta Portaria, o layout da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH de que trata o Anexo I da Portaria nº 24/GM, de 10 de janeiro de 2008.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na da sua publicação.

JOSE CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO