

Novas Metodologias para Vigilância Epidemiológica: Uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS

New Methodologies for Surveillance: Use of the Hospital Information System

Fábio José Delgado Lessa

Departamento de Saúde Coletiva-NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Antônio da Cruz Gouveia Mendes

Departamento de Saúde Coletiva-NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Sidney Feitosa Farias

Departamento de Saúde Coletiva-NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Domício Aurélio de Sá

Departamento de Saúde Coletiva-NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Petra Oliveira Duarte

Departamento de Saúde Coletiva-NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Djalma Agripino de Melo Filho

Diretoria de Programas Sociais / SUDENE

Apresentação

A vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória tem como principal fonte de informação os serviços de saúde, sobretudo ambulatorial, através do preenchimento das fichas de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Os estabelecimentos de saúde hospitalares, na sua maioria, em função de sua complexidade e outros determinantes, notificam pouco suas internações, através do SINAN, mesmo com relação a doenças de notificação compulsória. Embora sem a implantação desse sistema de informação, todos os hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde, dispõem do Sistema de Informações Hospitalares - SIH, possibilitando-lhes atuar como uma fonte de informação complementar para subsidiar as ações de vigilância epidemiológica.

Na tentativa de incrementar ações de vigilância epidemiológica, o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI vem estimulando estudos de novas metodologias. O uso do SIH para subsidiar ações de vigilância epidemiológica tem se comportado como uma importante tecnologia, principalmente pela sua agilidade e fácil acesso.

Este manual tem como objetivo instrumentalizar os serviços de saúde para a exploração do SIH no enfoque da vigilância epidemiológica, iniciando com uma discussão mais teórica sobre aspectos conceituais da informação e sua interface com a epidemiologia. Em seguida, aborda o Sistema de Informações Hospitalares quanto a descrição, objetivos, instrumentos, informatização, fluxo, limites e possibilidades.

Visando oferecer subsídios para exploração das bases de dados do SIH, realiza-se uma discussão sobre o processo de investigação dos problemas de saúde, a construção de indicadores e uma introdução ao banco de dados, sua descrição e seu acesso.

Por fim, este manual serve de apoio para iniciar o processo de exploração dos arquivos gerados pelo SIH, trabalhando passo a passo para a obtenção de informações epidemiológicas das internações hospitalares por doenças de notificação compulsória.

Aspectos conceituais sobre informação em saúde

A análise sobre a produção de conhecimento na saúde coletiva, particularmente nas áreas de epidemiologia e de planejamento e gestão, tem demonstrado o uso inadequado de conceitos como dado, informação e sistema de informação em saúde.

Segundo Moraes,¹ os dados constituem uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação, por ser ininteligível. A partir da combinação dos dados, podem-se gerar informações, que consiste numa descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático, permitindo elaborar uma interpretação. Desta forma, informação define-se como o produto obtido a partir da combinação de dados, da avaliação e do juízo que é feito sobre determinada situação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde - SIS como um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Define, também, Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços, transformando-os em informação para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde.²

Interface dos Sistemas de Informações em Saúde com a Epidemiologia

Os SIS, estruturados como instrumento para adquirir, organizar e analisar os dados, têm sido utilizados pela epidemiologia sob diversos enfoques, seja para o diagnóstico da situação de saúde, como também para a avaliação das ações e do impacto das políticas públicas no estado de saúde da população.

Morris,^{3,4} no seminário sobre Usos e Perspectivas da Epidemiologia, organizado pela OPS, descreveu as possibilidades do uso da epidemiologia nos serviços de saúde: (1) estudo da situação de saúde; (2) vigilância epidemiológica; (3) estudos da causa; e (4) avaliação dos serviços, programas e tecnologia. No entanto, o grau de utilização nestes grupos apresenta-se muito desigual.^{3,4}

Atualmente, a aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde tem sido mais comum em virtude do avanço no processo de municipalização. Considerada como área do conhecimento que possibilita *descrever, explicar e intervir* sobre os problemas de saúde, a epidemiologia tem sido explorada praticamente no momento descritivo, restringindo-se à elaboração de diagnósticos de saúde.

A utilização da epidemiologia para a orientação estratégica na definição das políticas de saúde, além de se apresentar em estágio bastante incipiente, não valoriza o aspecto político, ficando restrita à racionalidade técnica. Por não compreender estas relações, presentes no processo de gestão, os técnicos da epidemiologia foram perdendo espaço, deparando-se com a não adesão do gestor nos seus processos de trabalho.

A prática da epidemiologia nos serviços de saúde, define Goldbaum,⁵ pode ocorrer em dois níveis: no plano político e no plano gerencial.

No plano político, a elaboração de análises de situação de saúde e de suas tendências, proporcionadas a partir das condições de vida da população, pode responder às necessidades interpostas para a produção de informação epidemiológica, visando à orientação e planejamento estratégicos da saúde nas suas concepções mais gerais.⁵

No plano gerencial, a elaboração de análises epidemiológicas sobre a avaliação do impacto da prestação de serviços de saúde encontra sua lógica. A avaliação de serviços, programas e tecnologias, complementando o plano político, constitui-se igualmente em instrumento de alta utilidade para prover elementos de contínua avaliação das políticas gerais e específicas de saúde.⁵

A implantação de sistemas de informações em saúde veio colaborar com a perspectiva tanto política quanto gerencial da epidemiologia. O uso de dados secundários para análises epidemiológicas teve maior difusão com a implantação dos principais sistemas de informações de âmbito nacional. Entre os sistemas gerenciados pelo Ministério da Saúde, apenas o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi estruturado para subsidiar as ações de vigilância epidemiológica.

O Sistema de Informação de Internações Hospitalares - SIH, objeto deste manual, embora estruturado na lógica da avaliação e controle da produção, também pode ser utilizado para vigilância epidemiológica.

Sistema de Informação Hospitalar-SIH

Descrição

O SIH tem suas origens na década de 1970, sendo implantado com o propósito de controlar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados. Em 1991, com vistas à implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, o sistema em causa, que anteriormente tinha várias denominações (Sistema Nacional de Controle de Pagamentos de Contas Hospitalares - SNCPCH, Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social- SAMPHPS), foi renomeado para o atual Sistema de Informação Hospitalar.⁶ Todo o acervo de informações e valores do SAMHPS passou a compor a base do SIH/SUS.⁷

Este sistema foi desenvolvido tendo como principal objetivo organizar o processo de remuneração das internações hospitalares financiadas pelo SUS. Possui uma grande base de dados, abrangendo todas as atividades do setor, seja da rede hospitalar pública, seja da rede privada ou filantrópica, conveniada com o SUS.

Objetivos

Proporcionar o conhecimento do custo da hospitalização, tempo de permanência e evolução;

Possibilitar o conhecimento dos indivíduos hospitalizados, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos;

Servir de base para o planejamento e adoção de ações específicas voltadas à organização de serviços e controle de doenças.

Instrumentos

O principal formulário usado pelo SIH é a *Autorização de Internação Hospitalar* - AIH, distribuída mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com o quantitativo estipulado para o Estado, que desde 1995 é o equivalente a 9% da população residente em um ano, estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Este instrumento apresenta diversos modelos: a AIH1, que dispõe de dados de identificação do paciente, registro do conjunto de procedimentos médicos e serviços de diagnose e terapia realizados; e a AIH5, que dispõe de dados referentes a pacientes crônicos ou psiquiátricos que necessitam de continuidade no tratamento. Para efeitos de análise do perfil de internações hospitalares, usa-se a AIH1.⁷

Este sistema permite o diagnóstico da produção de serviços (AIH), o diagnóstico da rede hospitalar (Cadastro Hospitalar), da rede terceirizada (Cadastro de Terceiros) e a morbidade hospitalar, embora esta última seja pouco utilizada.

As AIHs dispõem de variáveis agrupadas em cinco categorias:

- **Identificação:** contém número e caracterização do órgão gestor que emitiu o documento;

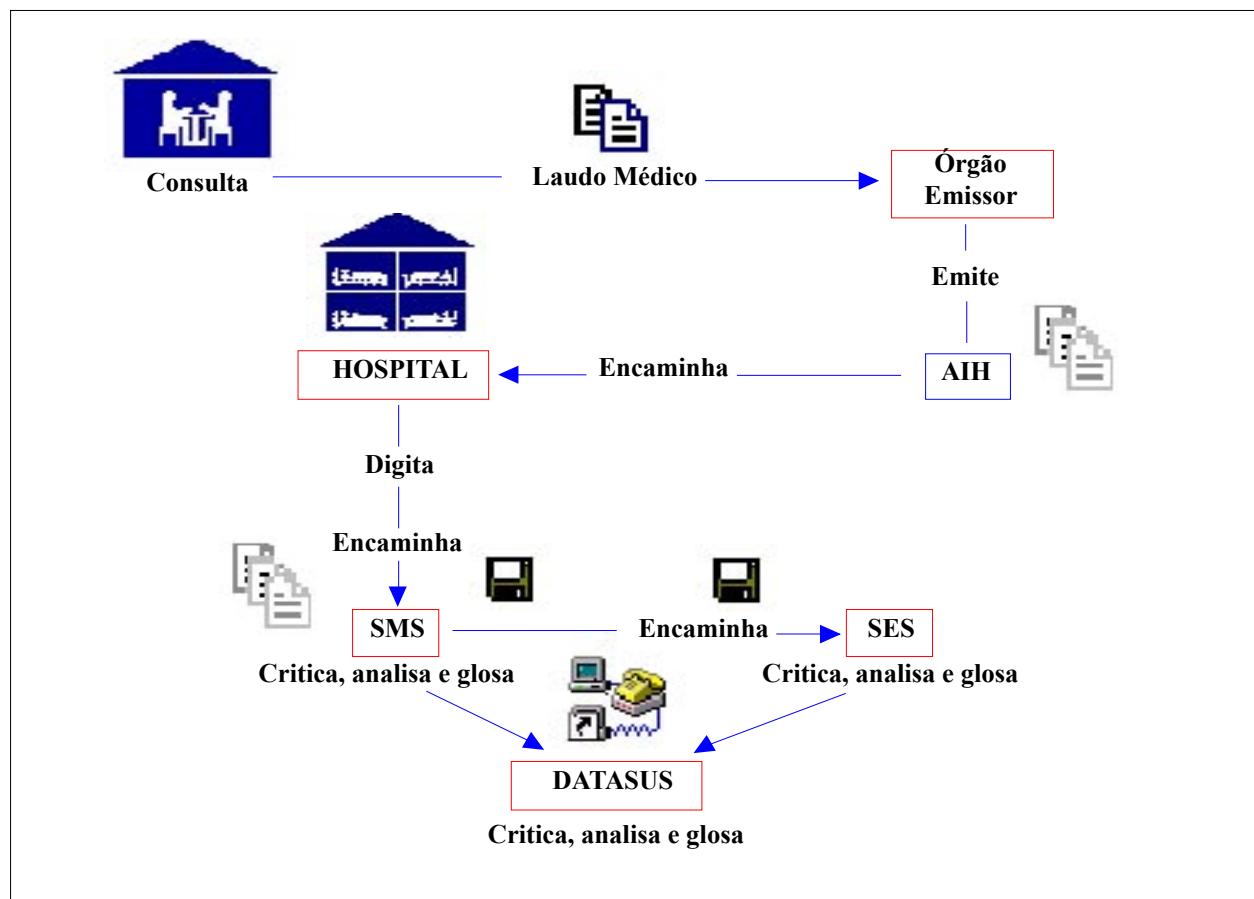
O SIH tem suas origens na década de 1970, sendo implantado com o propósito de controlar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados.

- **Caracterização da internação:** contém identificação do paciente, procedimento autorizado, nome e Cadastro de Pessoa Física - CPF dos médicos responsáveis pela emissão do documento e pela internação do paciente, tipo de admissão, campos específicos para preenchimento nos casos de acidente de trânsito e a data de emissão do formulário;
- **Caracterização de procedimentos especiais:** para o pagamento de valores adicionais aos estabelecidos na tabela, como uso de UTI e insumos especiais;
- **Caracterização de serviços profissionais:** contém informações detalhadas sobre os procedimentos médicos, exames e terapia realizada;
- **Caracterização da assistência prestada:** contém datas da admissão e da alta, motivo da alta e registro de eventual óbito, diagnóstico primário e secundário da internação e o registro do principal procedimento realizado. O diagnóstico primário ou principal é definido como aquele que, após a alta do paciente, é identificado como melhor justificativa da internação.⁷

Os outros instrumentos que compõem o SIH são: o *Laudo Médico para a emissão da AIH*; a *Ficha Cadastral de Hospital - FCH* e a *Ficha Cadastral de Terceiros - FCT*.⁸

Para maiores detalhes sobre os instrumentos do SIH e os campos de preenchimento das AIHs, consulte o Anexo 1.

Fluxo



Consulta

A consulta médica poderá ocorrer em:

1. Consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS;
2. Unidades Ambulatoriais Públicas (Federais, Estaduais, Municipais) e Privadas, (Filantrópicas e Lucrativas) integrantes do SUS.

Nos dois casos, o médico que realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico.

Laudo Médico

O Laudo Médico conterá, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários, as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

O médico solicitante registrará em campo próprio o seu CRM e CPF, assim como o código do Procedimento Solicitado constante do Laudo Médico.

O SIH/SUS utiliza um modelo padronizado de Laudo Médico. Caso o hospital disponha de outro impresso com a mesma finalidade, poderá continuar a utilização, desde que supra as mesmas funções.

O Laudo Médico deverá ser preenchido em duas vias, sendo a 2ª via anexada ao prontuário do paciente, e a 1ª via enviada ao Órgão Emissor da AIH. O preenchimento dar-se-á no momento da internação do paciente ou, excepcionalmente, até 72 (setenta e duas) horas após.

Emissão da AIH

O paciente ou responsável dirige-se à Unidade Gestora local, onde o médico (responsável pela emissão) analisa os dados contidos no laudo e dá o encaminhamento cabível:

1. Considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais ou
2. Seguindo critérios estabelecidos, confirma a necessidade da internação e autoriza a emissão da AIH.

Autorizada a internação, o Órgão Emissor preenche o campo “Órgão Emissor” contendo a identificação do paciente, com os dados transcritos do Laudo Médico.

Internação

1. Escolha do hospital

No caso de internação, o paciente terá direito a escolher o hospital de sua preferência, desde que o hospital seja devidamente cadastrado pelo SUS.

Na escolha do hospital, o paciente ou responsável poderá servir-se de informações do Gestor local.

2. Caráter da internação

O caráter da internação poderá ser: Eletivo ou Urgência/ Emergência.

1. Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Gestor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão.

Exceção: Parto - A AIH emitida para gestantes tem validade até a data do parto.

2. Urgência/Emergência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 72 (setenta e duas) horas úteis após a internação.

Hospital

No hospital, o paciente recebe os cuidados médico-hospitalares e, após o tratamento, todos esses cuidados médico-hospitalares, complementares de diagnóstico e terapia são

registrados na AIH, assim como os CPF e CGC dos profissionais que executaram aqueles serviços. A AIH então é assinada pelo Diretor Clínico do Hospital (AIH papel). Quando os dados forem apresentados em meio magnético, esta assinatura deverá ser apostila na “Simulação da AIH”.

DATASUS

1. AIH em papel

AIH erradas/rejeitadas:

Por erro do Gestor - serão corrigidas pelo Órgão Gestor.

Por erro do Hospital - serão devolvidas ao Hospital com listagem de erros.

2. AIH em meio magnético

Meios magnéticos são validados nos órgãos receptores definidos pelo SUS em cada Unidade da Federação e encaminhados para processamento no DATASUS.

Os meios magnéticos invalidados serão devolvidos ao hospital para correção.

Independente da forma de apresentação da AIH, serão observados os prazos de entrega definidos em cronograma anual divulgado ao fim de cada exercício.

Com a criação do Departamento de Informática - DATASUS, investimentos foram realizados buscando a informatização plena do sistema.

A partir de 1994, a AIH foi implantada em disquete, sendo eliminado o formulário impresso pré-numerado.

Informatização

Com a criação do Departamento de Informática - DATASUS, investimentos foram realizados buscando a informatização plena do sistema. A partir de 1994, a AIH foi implantada em disquete, sendo eliminado o formulário impresso pré-numerado. O retorno dos dados gerados em cada hospital conveniado com o SUS, permitiu, em 1995, a elaboração de uma série de aplicativos como o programa de gestão financeira (PGF) e sistema de gerenciamento da AIH (SGAIH) que possibilitaram aos gestores um maior controle e avaliação dos serviços prestados.

A mudança do meio de coleta, de papel para disquete, ampliou de tal forma sua utilização, como sistema de informação, que desencadeou um processo de recuperação da utilização do método epidemiológico como um dos fundamentos do planejamento, em confronto com a forte conotação de sistema de pagamento. O meio magnético muito contribuiu para a qualidade dos dados. A utilização de parâmetros de aceitação na digitação do código de diagnóstico reduziu o número de inconsistências. Essa avaliação tem levado ao estabelecimento de rotinas que permitem identificar as AIHs com problemas e providenciar sua correção antes do encaminhamento para processamento, aumentando a confiabilidade das informações geradas a partir dessa base de dados.⁹

Limites e Possibilidades

É importante ressaltar, no tocante à avaliação da cobertura do SIH, que este sistema contempla as internações realizadas na rede pública e conveniada com o SUS. Apesar disto, segundo Levcovitz,⁶ a cobertura chega a 80% do universo de internações hospitalares ocorridas na população, variando em função dos níveis de complexidade dos procedimentos realizados.

As estatísticas de morbidade hospitalar apresentam restrições seletivas (fornecem informações a respeito das doenças que exigiram hospitalização) e parciais (pessoas que precisam de hospitalizações, mas, por algum motivo, não se internam).

Write,¹⁰ em estudo realizado nos Estados Unidos e Grã-Bretanha, sugere que em uma população de adultos, cerca de 75% deles relatam episódios de doença, por mês. Dos que referem doença, 33% procuram médico e 3,6% destes são hospitalizados. No Brasil, cerca de 9% da população é internada durante o ano, levando a estabelecer este percentual como teto para distribuição das internações hospitalares.¹¹

As taxas de internações com base no SIH cresceram de 6,97 por 100 habitantes, em 1984, para 9,29%, em 1991. Este crescimento deve-se, principalmente, à inclusão dos hospitais universitários, em 1987, e dos hospitais públicos, em 1989. Nessa avaliação, estas taxas, quando analisadas por Região, em 1989, situava o Norte com 10,94% e o Sul com 14,83%, demonstrando uma diferença de 35% entre as duas Regiões, justificada pela oferta desigual de leitos hospitalares.¹²

Segundo Travassos,¹³ os maiores problemas identificados no SIH continuam sendo aqueles relacionados ao registro da morbidade, decorrente da precariedade das informações anotadas nos prontuários e ao processo de codificação. Um outro problema é que o sistema não identifica reinternações e transferências de outros hospitais, o que possibilita a contagem dupla de um mesmo paciente.

Mesmo apresentando estes problemas, o SIH continua sendo um sistema de grande importância para estudar o perfil das internações hospitalares e contribuir como fonte notificadora para vigilância epidemiológica, principalmente pela sua agilidade. Os dados deste sistema encontram-se disponíveis para o gestor com menos de um mês e para a população com dois meses, através da Internet.

Para análise do perfil de morbidade, portanto, faz-se necessário agregar outros recursos de informática para sua elaboração, considerando que os sistemas operacionais do SIH não produzem relatórios para este fim. O uso dos programas “TAB para DOS ou para Windows” desenvolvidos pelo DATASUS podem atender a este objetivo.²

Processo de Investigação dos Problemas de Saúde

Para conhecer, avaliar e intervir sobre os problemas de saúde, faz-se necessário caracterizar o problema de saúde, mediante delimitação do tema - objeto e escolha do marco teórico referente ao problema de estudo.

Definindo-se o *quê, por quê, onde, quem e como* se quer estudar, fica evidente qual o paradigma que o pesquisador defende. Não é apenas a escolha do marco teórico que sugere a incorporação de pressupostos, mas, principalmente, o plano de análise de um estudo, quando se mostram os resultados. A produção da informação, portanto, não apresenta neutralidade, mas remete à incorporação de algum paradigma.² Tanto na clínica como na epidemiologia, tecnologias usadas no processo de gestão do Sistema Único de Saúde, verificam-se várias correntes que norteiam a produção da informação para o diagnóstico da situação de saúde.^{14,15}

Entende-se por situação de saúde o conhecimento e interpretação sobre as condições de vida da população através do uso de indicadores.

O processo de trabalho faz refletir a situação de saúde, devendo, desta forma, ser a principal fonte para a construção de indicadores. Através do acompanhamento sistemático do processo de trabalho, é possível ter uma representação da realidade, com o uso de indicadores de saúde.

Utilização de Indicadores no SIH para Vigilância Epidemiológica

Indicador é uma representação, numérica ou não, que, considerando as referências e critérios, permite produzir informações, visando elaborar um conhecimento sobre uma determinada situação e assim transformar a realidade de um determinado território, historicamente produzido e em permanente transformação.^{2,16}

Os indicadores podem ser categorizados como: de **eficiência** (utilização de recursos da melhor maneira possível), de **eficácia** (alcance de melhores resultados possíveis) e de **efetividade** (obtenção de transformações concretas na situação de saúde).²

Na saúde, os indicadores de eficiência podem ser exemplificados através da avaliação da estrutura do sistema (produtividade, capacidade instalada, capacidade operacional

e distribuição dos gastos), os de eficácia são exemplificados através da avaliação de processo de trabalho em saúde (cobertura, concentração de procedimentos e resolutividade); e os de efetividade, através de indicadores de mortalidade, morbidade, demográficos, socioeconômicos e ambientais, refletindo avaliação de resultados.²

Para que um indicador tenha qualidade, Jordan Filho (1974), *apud* Moraes,¹ defende como características essenciais: **simplicidade** (fácil de ser calculado), **validade** (possível de ser reproduzido, sensível e específico para o que se quer medir), **disponibilidade** (fácil obtenção), **robustez** (pouco sensível às deficiências dos dados necessários à sua construção), **sinteticidade** (reflete o efeito do maior número de fatores), **discriminatoredade** (possui alto poder discriminatório) e **cobertura** (refere-se ao universo de cada território, tanto quanto possível).

O processo de gestão do SUS demanda a produção de informações, de forma contínua e sensível, que possam apoiar o processo decisório. Desta forma, a implantação de sistemas de informações é essencial.²

Indicadores Epidemiológicos no SIH	
Morbidade	Mortalidade
Freqüências absoluta e relativa	Freqüências absoluta e relativa
Coeficiente de internação hospitalar	Coeficiente de mortalidade hospitalar
Razão entre internação e notificação	Letalidade hospitalar
Coeficientes específicos (sexo e faixa etária)	Coeficientes específicos (sexo e faixa etária)

Banco de Dados

Banco de dados é um produto da transcrição dos instrumentos de coleta que, uma vez processados, gera uma matriz com linhas e colunas. As linhas representam os registros contidos no banco de dados, ou seja os instrumentos de coleta digitados, enquanto as colunas representam as variáveis contidas no instrumento de coleta.

Os arquivos de banco de dados gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares apresentam-se em DBASE III, com um limite máximo de 128 colunas. Estes arquivos, apresentam diferentes características, variando de acordo com os níveis de gestão e os softwares utilizados, conforme demonstra o quadro abaixo:

Arquivo	Descrição	Nível de Gestão	Sistema
DAIH010.DBF	Base de AIH original por hospital	Local	SISAIH01
DSMS010.DBF	Base de AIH original por Estado	Munic./Estadual	SGAIH
FCES010.DBF	Base de cadastro original da rede hospitalar	Munic./Estadual	FCES
RDUFAMM.DBC	Base de AIH do Estado gerada pelo DSMS010.dbf	Federal	TABWIN/TABNET
CHUHAAMM.DBC	Base de cadastro da rede hospitalar gerada pelo FCES010.dbf	Federal	TABWIN/TABNET

As diferenças entre estes arquivos caracterizam-se pela exclusão ou agregação de algumas variáveis, em função do nível de gestão. Desta forma, dados sobre identificação (nome e endereço) só estão disponíveis no arquivo gerado pelo nível local.

Os arquivos **RDUFAAMM** são os mais explorados pelos usuários que desejam estudar morbidade hospitalar, em função do avanço tecnológico (recurso do TABWIN e TABNET). Para acessá-los pode-se consultar o CDROM mensal ou anual produzido pelo DATASUS ou Internet (<http://www.datasus.gov.br>).

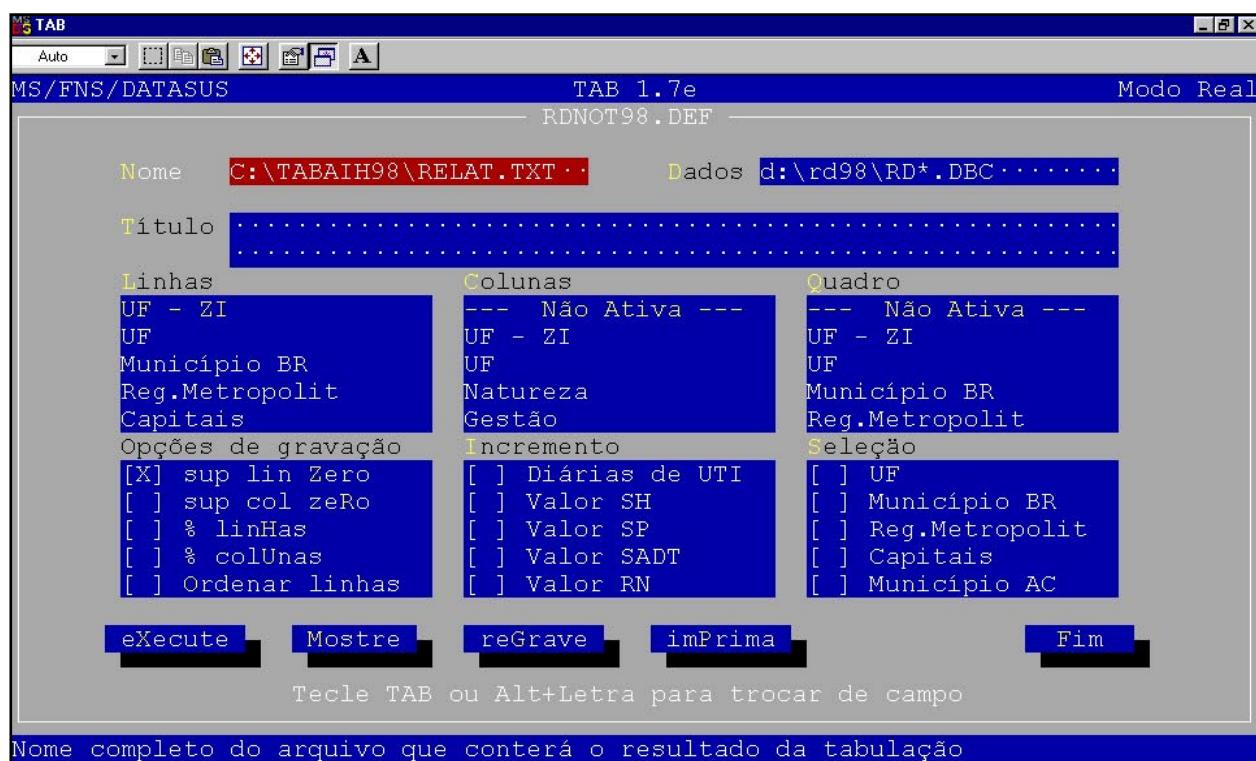
Caso haja interesse em explorá-los por outros softwares utilitários (Epi-info, Excel), basta descompactá-los usando o programa EXPDBF.EXE, transformando-os em DBASE.

Exploração dos Bancos de Dados do SIH

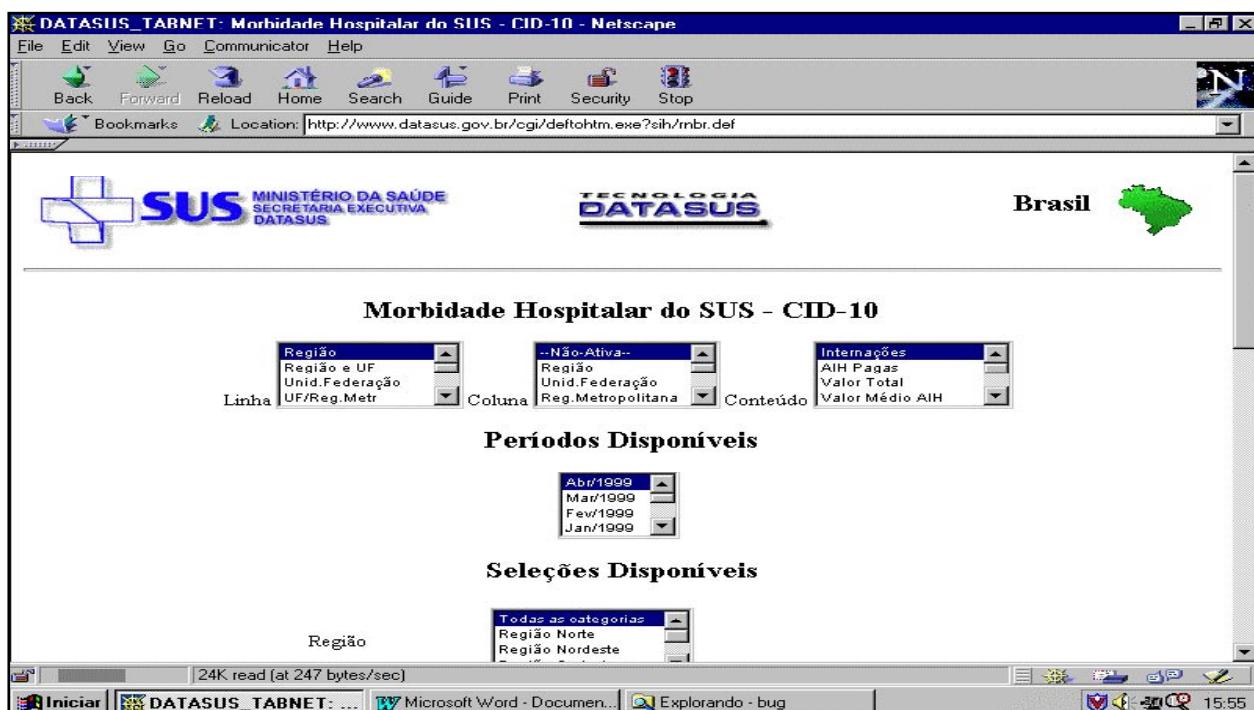
O DATASUS criou em 1994 o programa TAB com objetivo de oferecer um instrumento eficiente para a geração imediata de tabulações, a partir de arquivo DBF, que constituem os componentes básicos dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. O TAB é um programa de operação simples com capacidade de processamento rápido e automático de arquivos compactados, que permite realizar tabulações (uma variável na linha e outra na coluna) de uma grande quantidade de dados e variáveis através das seleções disponíveis. Este programa está disponível no MS-BBS (*Bulletin Board System* do Ministério da Saúde), na Internet (<http://www.datasus.gov.br>) e em CD-ROM que são distribuídos pelo DATASUS para gestores (federal, estadual e municipal) do SUS e órgãos de pesquisa.¹⁷

O programa TAB apresenta-se em três versões:

- **TAB** - Primeira versão desenvolvida para o DOS, apresenta interface simples de interação com o usuário concentrando todas as opções de tabulação em um único Painel de Controle, possui limitações que foram superadas posteriormente pela versão do TABWIN.



- **TABNET** – Versão voltada para a Internet, permite realizar tabulações diretamente do site do DATASUS, que disponibiliza as principais informações para tabulações de morbidade sobre as Bases de Dados do SIH/SUS.



- **TABWIN** – versão mais atualizada do TAB, desenvolvida para ambiente Windows.
Esta versão apresenta muitos recursos para a realização de tabulações e tratamento dos dados. Utiliza arquivos de definição (com extensão DEF) e de conversão (extensão CNV). Permite, por exemplo:
 - Realizar operações com os dados da tabela gerada ou incorporada ao TABWIN;
 - Elaborar gráficos de vários tipos e mapas, a partir dos dados dessa tabela;
 - Incorporar as tabulações efetuadas na Internet (TABNET).
- O TABWIN possui uma barra de menu que contém seis comandos. Para acessá-los, basta clicar com o *mouse* em cima do comando desejado, ou usar a tecla **Alt + a letra sublinhada da opção desejada**. No quadro, a seguir, podemos verificar os campos com as respectivas opções de trabalho:

Nome dos Campos		Definição
Arquivo	Abrir tabela	Opção para abrir um arquivo já criado anteriormente, arquivos com extensão TAB, PRN ou CSV.
	Nova	Esta opção permite a criação de uma nova tabela no TABWIN
	Salvar como	Opção para salvar (ou seja, gravar em disco) a tabela que está sendo exibida na tela. Pode ser salva em três tipos de arquivo: <ul style="list-style-type: none"> • Tabulação: para ser trabalhado no ambiente TAB. O arquivo será gravado com a extensão TAB. • Documento HTML: Tipo de arquivo caso queira exportar para um site Web na Internet, extensão HTM.

Nome dos Campos		Definição
Arquivo	Salvar como	<ul style="list-style-type: none"> Exportação: caso queira exportar para outro software que leia planilhas eletrônicas, como o <i>Microsoft Excel</i>. O arquivo será gravado com a extensão PRN.
	Incluir tabela	Permite juntar dados de duas ou mais tabelas em uma única tabela.
	Executar tabulação	Opção para a geração de uma tabulação a partir de um arquivo de definição DEF.
	Avançado	Permite: Editar arquivo DEF ou CSV; Criar linhas de DBF; Converter acentuações do DOS; Comprimento do campo Chaves; Esconder Chave; Incluir dados de DBF.
	Imprimir	Para imprimir tabela que está sendo exibida na tela.
	Sair	Para encerrar o programa e retornar ao <i>Windows</i> .
Editar	Copiar	A opção copia toda a tabela, que está sendo exibida na tela, para o clipboard (área de transferência) do <i>Windows</i>
	Colar	Opção para colar dados inseridos no <i>Clipboard</i> (área de transferência).
Operações	/ Dividir	Para dividir, linha a linha, os valores de duas colunas da tabela.
	+ Soma	Para somar, linha a linha, os valores de duas ou mais colunas da tabela.
	(*) Multiplicar	Para multiplicar, linha a linha, os valores de duas colunas da tabela.
	- Subtrair	Para efetuar a subtração, linha a linha, dos valores de duas colunas da tabela.
	Multiplicar por fator	Para multiplicar, linha a linha, os valores de uma coluna por determinado fator.
	% Percentagem	Para calcular o valor percentual de cada linha em relação ao total da coluna.
	Acumular	Para somar, linha a linha, os valores de uma coluna, a partir da primeira linha
	Inteiro	Este comando permite manter apenas os números inteiros nas linhas de uma coluna (quando as mesmas forem compostas por valores monetários).
	Total	Esta operação é útil quando, em virtude de operações anteriores (divisão ou multiplicação, por exemplo), a linha de total deixou de corresponder à soma das parcelas.
	Constante	Para incluir uma nova coluna com valores constantes.
Quadro	Ordenar	Para ordenar os valores de uma coluna, do maior para o menor.
	Título das colunas	Para modificar o título (ou nome) de uma coluna.
	Largura das colunas	Para alterar a largura (o tamanho) de uma coluna.
	Decimais	Para alterar o número de casas decimais das linhas de uma coluna.
	Eliminar colunas	Para eliminar uma ou mais colunas de uma tabela.
	Mover colunas	Para mudar a posição das colunas dentro de uma tabela
	Suprimir linhas	Para suprimir linhas de uma tabela.
	Cabeçalho 1	Esse cabeçalho corresponde ao título exibido na parte superior da tela.

Nome dos Campos		Definição
Quadro	Cabeçalho 2	O segundo cabeçalho é montado automaticamente pelo programa, com base nas categorias selecionadas pelo usuário nos campos Linhas, Colunas e Incremento, no menu Arquivo/Executar tabulação. Esse cabeçalho não fica visível na tela do micro, mas é impresso como subtítulo quando se imprime a tabela.
Gráfico	Linhas	Para construir um gráfico de linhas a partir da tabela que está sendo exibida na tela.
	Barras	Para construir um gráfico de barras a partir da tabela que está sendo exibida na tela.
	Setores	Para construir um gráfico de setores (estilo pizza) a partir da tabela que está sendo exibida na tela.
	Pontos	A elaboração de um gráfico de pontos exige que a tabela tenha, pelo menos, duas colunas.
	Mapas	Para poder se construir um mapa a partir dos dados da tabela, a área de linhas da tabela deve estar composta por categorias geográficas tais como município, capital ou estado (UF).
Ajuda	Manual completo de utilização do programa.	

Nota: O programa não disponibiliza para o usuário o retorno de um comando realizado, ou seja, tem a limitação de não poder recuperar (voltar), uma ação executada. Portanto, é necessário prestar atenção na execução dos comandos de tabulação.

Trabalhando com o TABWIN

Para executar bem o TABWIN é importante formular claramente um problema de tabulação, ou seja, que informações gostaríamos de obter. Depois, devemos selecionar o conteúdo para linhas e colunas a partir dos arquivos de definição (DEF). Para um melhor entendimento do uso deste instrumento, vamos trabalhar com o seguinte exemplo:

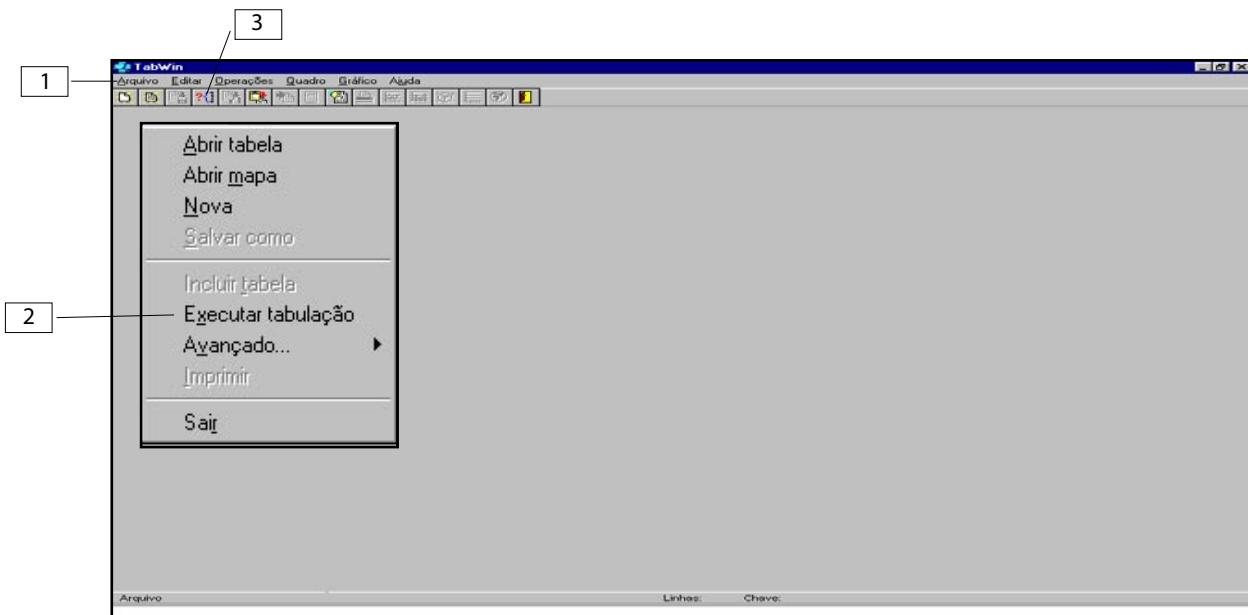
Realizar um levantamento das internações hospitalares por cólera ocorridas no Brasil, segundo Unidades da Federação no ano de 1998.

Para executar esta tabulação precisamos seguir os seguintes passos:

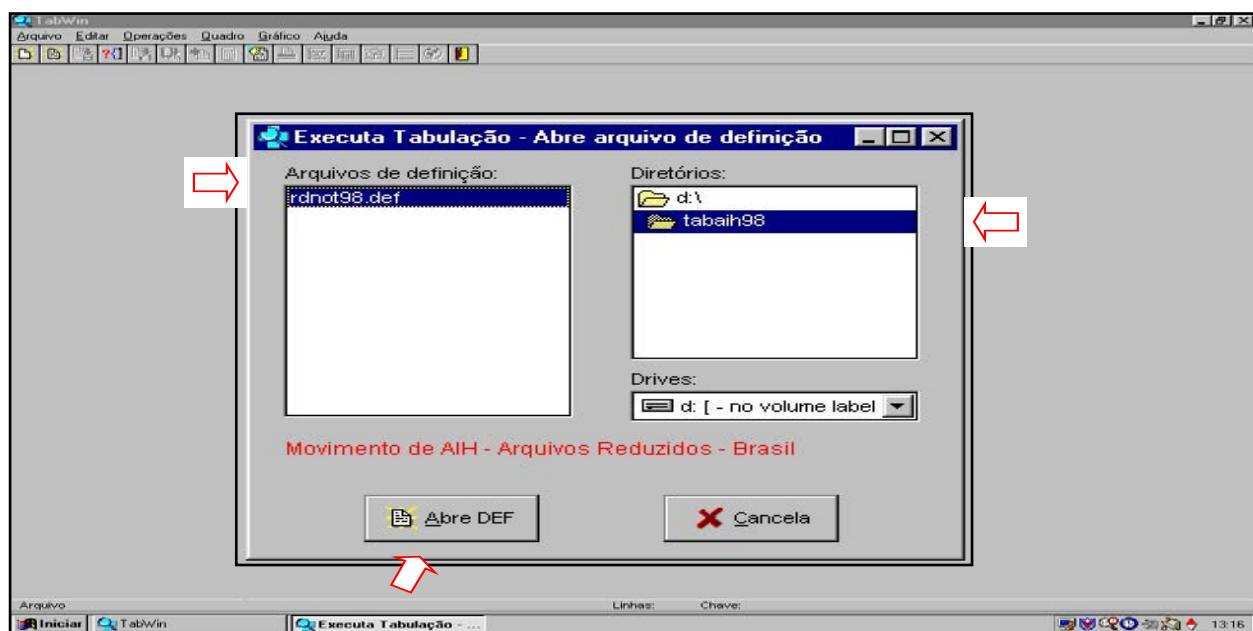
1. Abra o programa clicando no arquivo Tabwin.exe (localizado na pasta TABWIN do CD-ROM). O programa apresentará a tela principal, como na figura abaixo:



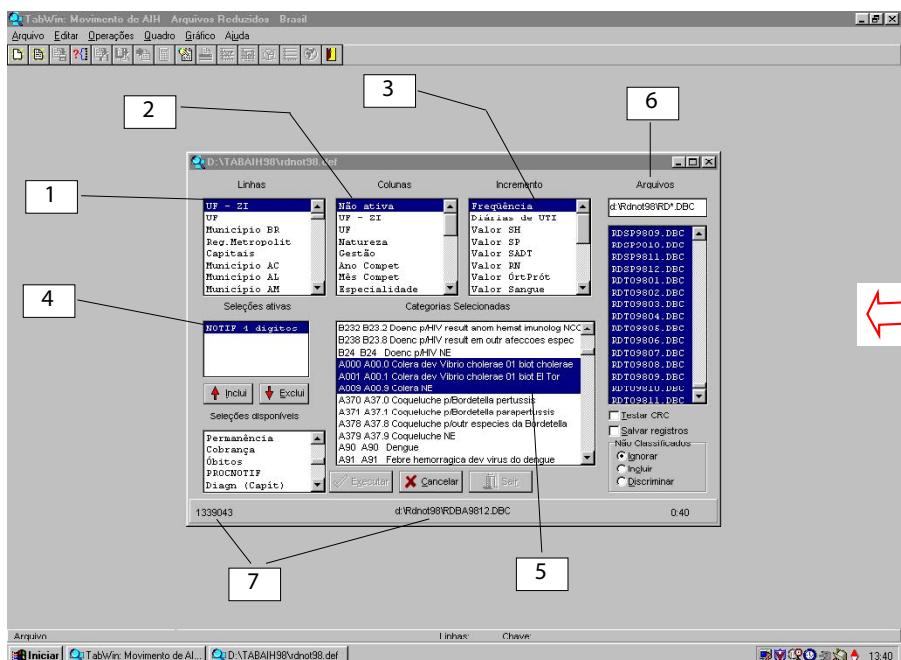
2. Clique no menu Arquivo (1) e depois em Executar tabulação (2) ou clique direto no botão Executar tabulação (3).



3. O programa exibe a caixa de diálogo “Abrir arquivo de definição”, selecione a pasta onde estão os arquivos de definição (Rdnot98.DEF) e clique em Abre DEF. No nosso exemplo, o arquivo de definição Rdnot98.def está localizado em D:\Tabaih98:



4. O programa exibe uma barra de menu para mostrar os comandos do TABWIN e a barra de ferramentas para que sejam feitas as opções de tabulação: nas linhas selecionamos **UF-ZI** (1); nas Colunas **Não ativa** (2); no Incremento **Freqüência** (3); nas seleções disponíveis ativamos **NOTIF 4 dígitos** (4) para marcar o CID da Cólica: A000, A001 e A009 (5) e em seguida escolha os arquivos a serem tabulados (D:\Rdnot98\RD*.DBC) (6) conforme a figura abaixo:



Aguarde até que o programa coloque os resultados na tela. É possível acompanhar o andamento da tabulação pelas informações que aparecem na Linha de status, na parte inferior da tela (7).

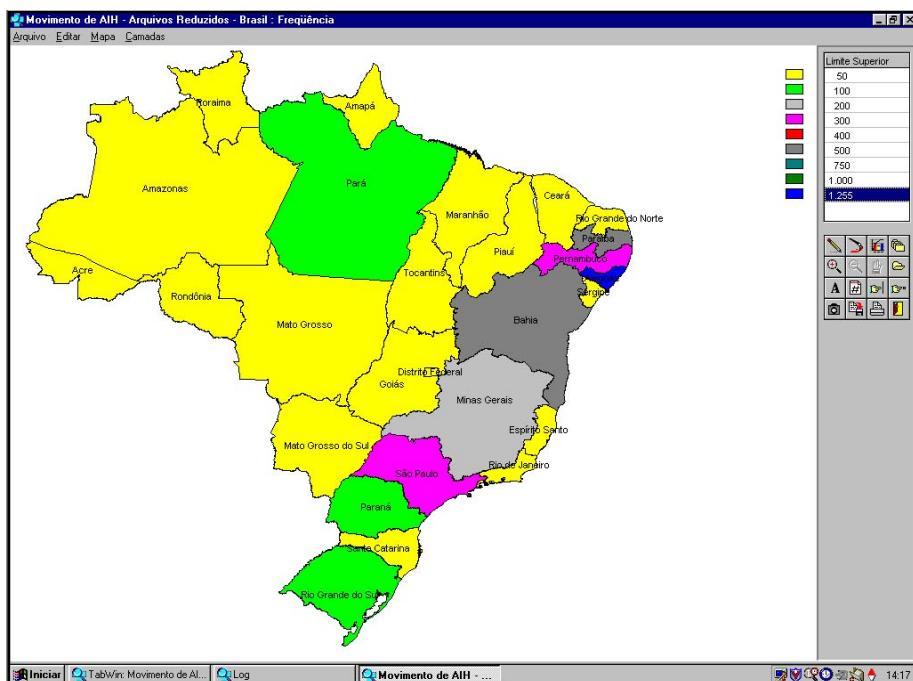
Ao final do processo, o programa constrói na tela uma tabela similar à figura abaixo:

UF - ZI	Frequência
Total	3.072
Rondônia	0
Acre	0
Amazonas	21
Roraima	0
Pará	68
Amapá	1
Tocantins	0
Maranhão	19
Piauí	7
Ceará	20
Rio Grande do Norte	4
Paraíba	423
Pernambuco	251
Alagoas	1.255
Sergipe	13
Bahia	404
Minas Gerais	132
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	7
São Paulo	232
Paraná	59
Santa Catarina	8
Rio Grande do Sul	86
Mato Grosso	43
Mato Grosso do Sul	1
Goiás	13
Distrito Federal	0
Ignorado	0

Nota: Após executar uma tabulação, o programa gera automaticamente um arquivo (**Log**), contendo o registro das ações efetuadas na tabulação (arquivos que foram lidos, o número de registros tabulados, o conteúdo dos campos Linhas, Colunas e Incremento etc.). Essas informações são úteis porque o usuário tem a chance de confirmar se realmente fez as seleções corretas antes de executar a tabulação.

Para minimizar ou fechar o arquivo (**Log**), utilize os próprios controles do Windows. Esse arquivo fica ativo enquanto a tabulação efetuada também estiver ativa.

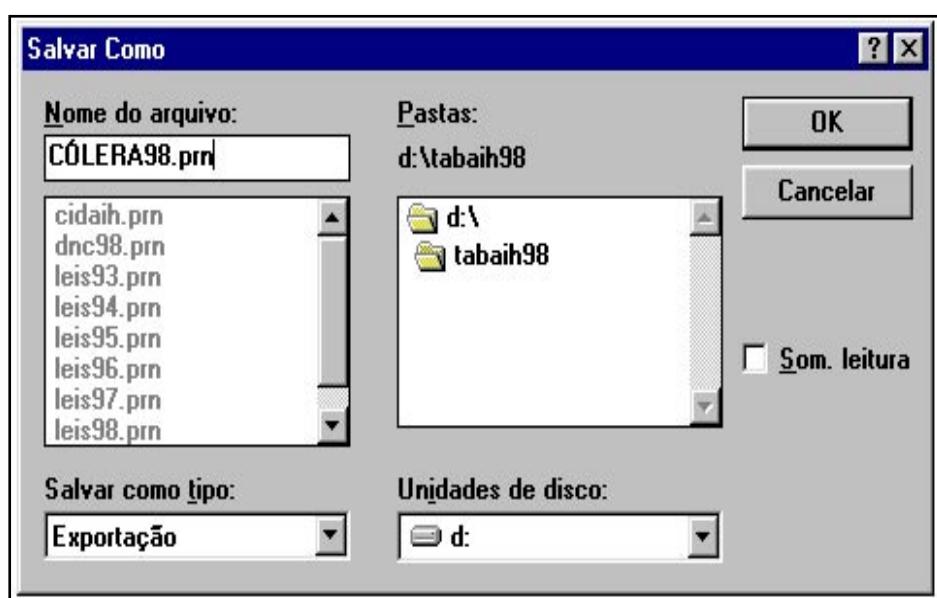
5. (Opcional) Trate os dados apresentados na tabela utilizando os comandos do menu Operações.
6. (Opcional) Altere a aparência da tabela utilizando os comandos do menu Quadro.
7. (Opcional) Construa gráficos e/ou mapas, utilizando os comandos do menu Gráfico. Os mapas são similares à figura abaixo:



Mapa do Brasil exibindo a freqüência de Cólera, por UF, em 1998.

O mapa pode ser editado, ou seja, pode ter a sua aparência alterada, utilizando-se tanto os botões disponíveis na Barra de Ferramentas, similar à figura ao lado, quanto as opções da Barra de Menus. A última versão do mapa é sempre salva ao se salvar o arquivo TAB que gerou o mapa.

1. (Opcional) Imprima a tabela e/ou o gráfico exibido na tela (Menu Arquivo/Imprimir).
2. (Opcional) Salve a tabela exibida na tela (Menu Arquivo/Salvar como):



Salve a tabela na pasta e drive de sua escolha. Cuidado para não tentar salvar a tabela no drive do CD-ROM porque, neste caso, o programa irá emitir uma mensagem de erro. Clique em OK e refaça a operação.

Considerações Finais

Propor novas metodologias para vigilância epidemiológica consiste num objetivo ousado, por mostrar, sob outro enfoque, um sistema de informação já bastante conhecido na ótica da produção de serviços.

A apresentação do uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS para vigilância epidemiológica teve como objetivo aumentar a difusão deste sistema junto aos profissionais da epidemiologia, mostrando seus limites e possibilidades para esta área. Apesar dos limites do SIH para uso na vigilância, sua exploração sistemática e de forma crítica permite uma crescente melhoria das suas informações na medida em que aponta para a realização de ajustes no sistema, a exemplo das apresentadas recentemente: compatibilização do procedimento realizado com diagnóstico; emissão de ficha de notificação no momento da digitação da autorização de internação hospitalar; reajuste da tabela de procedimentos para as doenças de notificação compulsória, com estímulo para a inclusão do ato de investigação; entre outras.

A exploração do SIH para o monitoramento e vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória mostrou grande coerência com as notificações do CENEPI. Tal fato reforça as potencialidades do sistema como fonte complementar de informações, ao contrário do senso comum que considera os dados do SIH de qualidade questionável e, por isso, leva a que esses dados não sejam utilizados na epidemiologia.

Entretanto, o SIH/SUS, por sua extrema agilidade e capacidade de detecção de casos em diversas patologias e agravos, torna-se um sistema com múltiplas potencialidades de uso pelos serviços, principalmente para a vigilância à saúde, e não somente como instrumento de pagamento e controle-avaliação de contas hospitalares.

Referências bibliográficas

1. Moraes IHS. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
2. Fundação Oswaldo Cruz, Universidade de Brasília, Finatec. *Sistema de informações*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. Série Gestão Operacional de Sistemas e Serviços de Saúde.
3. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Objetivos, estrutura e atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia. In: *Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica*; 1992 dez. 1 a 14; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 1993. p. 71-91.
4. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *II Plano diretor para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, 1995-1999*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
5. Goldbaum M. *Vigilância da saúde*. In: *Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica*; 1992 dez. 1 a 14; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 1993. p. 57-62.
6. Levcovitz E, Pereira TRC. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva nº 57.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual de preenchimento da autorização de internação hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
8. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. *Sistema de Informações Hospitalares, arquivos reduzidos: manual de preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

9. Moreira ML. Sistema de Informação em Saúde: a Epidemiologia e a gestão de serviços. *Saúde e sociedade* 1995; 4(1/2) : p. 43-46.
10. Write KL. The ecology of medical care. *Journal of Medicine* 1962; 265 : 885-892.
11. Carvalho DM. Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; 1998.
12. Buss PM. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Informe epidemiológico do SUS* 1993; II(2) : 5-42.
13. Travassos C. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS. 1996. Mimeo.
14. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994. p. 277.
15. Almeida Filho N. A clínica e a Epidemiologia. Salvador: APCE/ABRASCO; 1993.
16. Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no âmbito do distrito sanitário. In: Vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: OPAS/OMS; 1993. p.7-19.
17. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Tabulador Genérico - TABWIN: versão 1.33, Módulo Ajuda, 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Anexos

Anexo 1**Instrumentos do Sistema de Informação Hospitalar****Laudo Médico para Emissão de AIH**

O Laudo Médico é o instrumento para solicitação de internação do paciente em Hospitais integrantes do SIH-SUS. Devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos.

Autorização de Internação Hospitalar - AIH

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

A AIH poderá ser apresentada pela Unidade Hospitalar Prestadora de Serviços de duas maneiras: em papel ou em meio magnético.

AIH em Papel**AIH de Identificação 1**

É emitida exclusivamente pelos órgãos autorizados pelo SUS, em 3 (três) vias, com numeração própria, pré-impressa. A primeira via é arquivada no órgão emissor. A 2^a e a 3^a vias serão levadas ao hospital pelo paciente ou responsável.

A 2^a via é encaminhada para processamento e a 3^a via é arquivada no prontuário do paciente.

AIH de Identificação 3

AIH complementar para ser usada em casos de continuação ou rasura da AIH-1.

Possui duas vias: a 1^a via será enviada com a AIH-1 para processamento, e a 2^a via é arquivada no prontuário do paciente.

AIH de Identificação 5

AIH utilizada em casos de longa permanência nas especialidades de Psiquiatria e Crônico ou Fora de Possibilidade Terapêutica (FPT).

AIH em Meio Magnético**AIH de Identificação 7**

É emitida exclusivamente pelos órgãos autorizados pelo SUS, com numeração própria, pré-impressa.

É emitida em duas vias. A 1^a via será levada ao hospital pelo paciente ou responsável, e a 2^a via arquivada pelo órgão emissor no prontuário do paciente.

AIH de Identificação 5

Utilizada em casos de longa permanência nas especialidades de Psiquiatria e Crônico ou Fora de Possibilidade Terapêutica (FPT).

A coleta dos dados da AIH destinados ao processamento observa as características dos arquivos e o fluxo de informações definidos no Manual das Unidades Hospitalares, fornecido pelo Departamento de Informática do SUS.

Ficha Cadastral de Hospital - FCH

A Ficha Cadastral de Hospital (FCH) é o instrumento para o Gestor incluir, alterar ou excluir Unidades Hospitalares no Cadastro de Hospitais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

O CGC da Unidade Hospitalar é a chave de acesso ao SIH-SUS, constituindo elemento indispensável para identificação dos Hospitais no Sistema, sendo obrigatório seu preenchimento em toda FCH, qualquer que seja a sua função.

O preenchimento da FCH deverá ser feito preferencialmente em máquina de escrever. Caso seja preenchida à mão, usar letra de imprensa com os caracteres maiúsculos, em tinta preta ou azul.

A emissão do documento será em 3 (três) vias, com a seguinte destinação:

- 1^a via - DATASUS
- 2^a via - GESTOR SUS
- 3^a via - HOSPITAL

O preenchimento da FCH deverá ser efetuado de acordo com as instruções contidas em seu Manual de Preenchimento.

Ficha Cadastral de Terceiro - FCT

A Ficha Cadastral de Terceiro - FCT é o instrumento para o gestor incluir, alterar ou excluir Terceiros no Cadastro do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS.

O CGC/CPF do terceiro, conforme for o caso, é a chave de acesso ao SIH-SUS, constituindo elemento indispensável para identificação dos Terceiros no Sistema, sendo obrigatório o preenchimento em toda FCT, qualquer que seja a sua função.

Descrição dos Campos da AIH

Para melhor compreensão, dividimos a AIH em 5 (cinco) campos.

Identificação do Hospital

- CGC do Hospital
- CPF do Diretor Clínico

Caracterização da Internação

Identificação do Paciente

- Nome
- Data do nascimento com 6 (seis) dígitos, no formato:
 2 dígitos para o dia,
 2 dígitos para o mês,
 2 dígitos para o ano.
- Sexo
 1 (um) para o masculino
 3 (três) para o feminino.
- Residência habitual do paciente
 Logradouro, número, complemento, CEP, Município e UF.
- Identificação do Responsável pelo Paciente
 Nome
 PIS / PASEP / Número do Contribuinte Individual, com 11 (onze) dígitos.
- CPF do médico solicitante
- Número da AIH, com 10 (dez) dígitos
- Identificação da enfermaria, com 2 (dois) dígitos

- Número do leito, com 3 (três) dígitos
- Identificação do prontuário, com 8 (oito) dígitos de acordo com a relação abaixo:
 1. Cirurgia Geral
 2. Obstetrícia
 3. Clínica Médica
 4. Crônico ou FPT (Fora de Possibilidade Terapêutica)
 5. Psiquiatria
 6. Tisiologia
 7. Pediatria
 8. Reabilitação
 9. Psiquiatria (Hospital-dia)
- Órgão Emissor

O código do Órgão Emissor é composto de sete dígitos, dispostos em três grupos de algarismos, a saber:

2 (dois), indicativos da Unidade da Federação.

3 (três), indicativos da Área da Atividade, Município ou Espécie de Unidade.

2 (dois), individualização da área emissora.

Exemplos:

14 - Paraná

432 - Posto Curitiba Porto

01 - Divisão Médico-Assistencial

Código das Unidades Federadas	
02. Alagoas	16. Piauí
03. Amazonas	17. Rio de Janeiro
04. Bahia	18. Rio Grande do Norte
05. Ceará	19. Rio Grande do Sul
06. Mato Grosso do Sul	20. Santa Catarina
07. Espírito Santo	21. São Paulo
08. Goiás	22. Sergipe
09. Maranhão	23. Distrito Federal
10. Mato Grosso	24. Acre
11. Mina Gerais	25. Amapá
12. Pará	26. Rondônia
13. Paraíba	27. Roraima
14. Paraná	28. Tocantins
15. Pernambuco	

- Data da Emissão da AIH, com 6 (seis) dígitos:
 - 2 dígitos para o dia,
 - 2 dígitos para o mês,
 - 2 dígitos para o ano.
- Caráter da Internação, com 1 dígito da seguinte forma:
 1. Eletivo
 2. Urgência/Emergência.
- Procedimento Solicitado, com 8 (oito) dígitos.

- Procedimento Realizado, com 8 (oito) dígitos.
- Diagnóstico Principal
Classificação Internacional de Doenças - CID que motivou a internação, com 5 (cinco) dígitos.
- Diagnóstico Secundário
Campo destinado ao registro do CID quando houver mais de um diagnóstico de saída, com 5 (cinco) dígitos.
- Acidente - identificar o tipo de acidente de acordo com a relação abaixo:
 1. Acidente de trabalho,
 2. Acidente de trânsito,
 3. Tentativa de homicídio,
 4. Agressão,
 5. Tentativa de suicídio,
 6. Outros acidentes.

Obs.: Em caso de acidente de trabalho, informar o número da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) com 11 (onze) dígitos e o CGC do empregador.

- Parto

O algarismo correspondente ao número de nascidos (vivos) ou o número de nascidos (mortos).

Obs.: Os três campos seguintes são referentes ao número de nascidos quando da saída por: Alta, Transferência, ou Óbito(s) neonato(s).

Procedimentos Especiais

- Dias de UTI - dias de UTI utilizados (2 algarismos para cada campo).
 - Mês inicial - nº de dias de UTI utilizados no mês da internação;
 - Mês anterior - nº de dias de UTI no mês anterior ao da saída do Hospital;
 - Mês da alta - nº de dias de UTI utilizados no mês da alta, óbito ou transferência.
 - Total - total de dias de UTI utilizados.
- Diária de Acompanhante - nº de diárias de acompanhante, com 2 (dois) dígitos.
- Procedimento - serão lançados até 5 (cinco) procedimentos.

Serviços Profissionais

- Tipo de Serviços Profissionais - realizados, de acordo com a relação abaixo:
 - Tipo 1 - Cobrança de OPM - Ótese, Prótese e Material Especial,
 - Tipo 2 - Cobrança de Hemoterapia,
 - Tipo 3 - SADT próprio do Hospital,
 - Tipo 4 - Profissional empregado do Hospital ou que recebe através do Hospital,
 - Tipo 7 - Profissional autônomo,
 - Tipo 8 - SADT sem vínculo jurídico com o Hospital.

Obs.: Não será permitida a cobrança dos tipos 7 e 8 para hospitais Públicos e Universitários.

- CGC/CPF do Profissional

CGC (Pessoa Jurídica) ou CPF (Pessoa Física) do responsável pelo Ato. É mediante este lançamento que o prestador de serviços receberá o pagamento pelos serviços executados.

- Ato Profissional

Código da Tabela de Honorários Médicos dos atos executados no tratamento do paciente internado.

- Tipo de Ato - conforme quadro abaixo:

Código do Tipo de Ato Profissional	
01. Cirurgião ou Obstetra	11. Fisioterapia
02. Primeiro Auxiliar Cirúrgico	12. Hemoterapia
03. Segundo Auxiliar Cirúrgico	13. Inaloterapia
04. Terceiro Auxiliar Cirúrgico	14. Medicina Nuclear
05. Demais Auxiliares Cirúrgicos	15. Patologia Clínica
06. Anestesista	16. Radiologia
07. Consulta Clínica	17. Radioterapia
08. Anatomia Patológica	18. Traçados Diagnósticos
09. Assistência Ventilatória	19. Órtese, Prótese e Material Especial
10. Cardioversão	

- Quantidade de Atos

2 (dois) algarismos referentes ao número de vezes que o Ato foi realizado.

Caracterização da Assistência Prestada

- Data da Internação, com 6 (seis) dígitos:

2 dígitos para o dia,
2 dígitos para o mês,
2 dígitos para o ano.

- Data da Saída, com 6 (seis) dígitos:

2 dígitos para o dia,
2 dígitos para o mês,
2 dígitos para o ano.

- Motivo da Cobrança, com 2 (dois) dígitos:

- No primeiro dígito, observar a tabela a seguir:
 1. Alta
 2. Permanência
 3. Transferência
 4. Óbito com Necropsia
 5. Óbito sem Necropsia.

- No segundo dígito do motivo da cobrança, observar:

Se ALTA - especificar o motivo da alta:

2. Melhorado
3. Inalterado
4. A pedido
5. Internado para diagnóstico
6. Administrativa
7. Por indisciplina
9. Para complementação de tratamento em regime ambulatorial.

Se PERMANÊNCIA - em caso de permanência superior a 30 (trinta) dias, especificar o motivo:

1. Por características próprias da doença
2. Por intercorrência
3. Por motivo social
4. Por doença crônica
5. Por impossibilidade de vivência sociofamiliar.

Se TRANSFERÊNCIA - codificar a Clínica especializada do outro Hospital para o qual o paciente foi transferido, de acordo com a seguinte tabela:

1. Tisiologia
2. Psiquiatria
3. Clínica Médica
4. Obstetrícia
5. Berçário
6. Pediatria
7. Isolamento
8. Outros (UTI, Medicina Física, Radioterapia, Medicina Nuclear e Quimioterapia).

Se ÓBITO - assinalar o tipo de Óbito, de acordo com a tabela a seguir:

1. Ocorrido dentro das primeiras 48 (quarenta e oito) horas a partir da hora da internação, quando o paciente não for internado em estado agônico ou pré-agônico.
2. Ocorrido dentro das primeiras 48 (quarenta e oito) horas, a partir da hora da internação, quando o paciente não for internado em estado não-agônico ou pré-agônico.
3. Ocorrido a partir de 48 (quarenta e oito) horas após a internação.

A AIH é assinada pelo Diretor Clínico do hospital

- AIH em papel - na 2^a e 3^a vias em campo próprio do documento.
- AIH em meio magnético - na “Simulação da AIH” emitida pelo “Software” de Coleta de Dados fornecido pelo DATASUS.