



MANUAL DE CONSULTAS
DAS NORMAS DE

Auditoria Médica e Enfermagem (MAME)

MB.007 - Versão 20

Vigente para atendimentos prestados a
partir de 1/1/2024

Unimed 
Brasil

NOTA

Na versão 20 do **Manual de Consultas das Normas de Auditoria Médica e Enfermagem** foram realizadas algumas alterações e/ou atualizações em vários capítulos. Para fácil identificação elas estão sinalizadas da mesma forma que esta nota.

MANUAL DE CONSULTAS DAS NORMAS DE AUDITORIA **MÉDICA E ENFERMAGEM** **(MAME)**

Unimed do Brasil
Diretoria Executiva
Gestão 2021-2025

Omar Abujamra Junior
Presidente

Emilson Ferreira Lorca
Vice-presidente

Dilson Lamaita Miranda
Diretor de Administração e Finanças

Rubens Carlos de Oliveira Júnior
Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Marcos de Almeida Cunha
Diretor de Gestão de Saúde

Silvio Porto de Oliveira
Diretor de Intercâmbio

Claudio Laudares Moreira
Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

©2023 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - Unimed do Brasil
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade,
sem autorização por escrito da Unimed do Brasil.

Direção

Marcos de Almeida Cunha - Diretor de Gestão de Saúde
Claudio Laudares Moreira - Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Coordenação

Área de Regulação em Saúde

Colaboração

Carlos A. Lugarinho - Federação Rio
Calim Curi - Federação Centro Brasileira
Renata Holanda - Federação Ceará
Sergio Emilio Rua - Federação Espirito Santo
Maria de Fátima Pontes S. Araújo - Federação Equatorial
Lucia Cristina Manoel de Macedo - Federação Parana
Regina Galvão - Federação Pernambucana
Ana Maria Franca - Federação Bahia
Andrea Marilia - Fundação Unimed
Claudia Rosa e Silva - Federação Minas Gerais
Eliane Araujo e Silva Félix - Federação Mato Grosso do Sul
Francisco José de Freitas Lima - Unimed do Brasil
Glória A. L. Huber - Federação Santa Catarina
João Pinto De Queiroz Falcão - Unimed Nacional
Mauro Couri - Unimed Fesp
Paulo Erui Moller Machado - Federação Rio Grande Do Sul
Wiston Barredo Romero - Federação Mato Grosso
Renata Cerri - Unimed do Brasil
Vera Bigio - Unimed do Brasil
Viviam Goor - Unimed do Brasil

Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed
Câmara Técnica Nacional de Medicina Baseada em Evidência

Câmara Técnica Nacional de Oncologia
CONENFA - Comitê Nacional de Enfermeiros Auditores

Texto

Grupo Técnico para revisão do manual
Coordenação Operacional: Francisco José de Freitas Lima

Os Fundamentos e Conceitos de Auditoria de Enfermagem

Colaboração

Renata Gonçalves Galo Cerri – Unimed do Brasil
Marcelo Madureira – Unimed do Brasil
Andréa Gonçalves – Unimed do Brasil
Bianca Letícia de Paula – Unimed do Brasil
Dayse Alves Cardoso – Unimed do Brasil
Marjorie F. Dian – Unimed do Brasil
Carolina Lima Querino – Unimed do Brasil
Maycon Pereira – Unimed do Brasil
Elisa Nóbrega de Abreu – Unimed Nacional
Paulo Santana de Souza – Unimed Nacional
Eloize Knaipp – Federação Paraná
Carla Luciana da Silva Vesgerau – Federação Paraná
Letícia Monteiro – Federação Mato Grosso do Sul
Kelli Cristina Enéas Barbosa – Federação Mato Grosso do Sul
Márcia Adriani Gussão Emerich Portes – Federação Mato Grosso
Luciana Begnossi de Oliveira – Federação Mato Grosso
Clara Aline dos Santos Conrado – Federação Minas Gerais
Elaine Aparecida – Federação Minas Gerais
Sirlene da Silva Pinho – Federação Rio de Janeiro
Rozéria Zaida Reis – Federação Rio de Janeiro
Lydia Petry – Federação Santa Catarina
Solmara Xavier De Paula – Federação Santa Catarina
Renata Almeida Barros – Seguros Unimed
Ana Carolina Tenani – Seguros Unimed
Bruno Gava – Federação Espírito Santo
Aroldo Merlo – Federação Espírito Santo
Alana Wypyszynski Petroceli – Federação Rio Grande do Sul
Eliane Bartz Huber – Federação Rio Grande do Sul
Ana Elizabeth Nunes Furtado – Federação Pernambucana
Soraya Helena Ferreira de Faria Dantas – Federação Equatorial
Sandra Bellumati – Federação das Unimeds do Estado de São Paulo
Celeste Sodrê de Oliveira – Federação das Unimeds do Estado de São Paulo
Joyce Kelly Gomes De Souza – Federação Equatorial
Roberta ribeiro de castro – Federação Centro-Brasileira

Texto

CONENFA – Comitê Nacional de Enfermeiros Auditores
Coordenação Operacional: Renata Gonçalves Galo Cerri

Validação

CNA – Colégio Nacional de Médicos Auditores
Coordenação Operacional: Francisco José de Freitas Lima

Revisão

Área de Comunicação da Unimed do Brasil

Projeto gráfico e diagramação

Área de Marketing da Unimed do Brasil



Rigor e padronização em prol da excelência

Prezamos pela humanidade, a qualidade e a eficiência no que fazemos de melhor: cuidar das pessoas. No atendimento de excelência ao beneficiário, valorizamos a cada momento o rigor e a padronização, conforme as boas práticas e regulações do nosso setor.

Cumprir as regras que balizam os serviços médicos e de enfermagem e nos manter informados sobre o tema são ações primordiais para que isso ocorra na prática. Neste sentido, o *Manual de Consultas das Normas de Auditoria Médica e Enfermagem* agrega em conhecimento para atuarmos com agilidade e referência em benefício da vida.

Este Manual é atualizado a cada reunião do Colégio Nacional de Auditores Médicos, permeando em um material de alta qualidade, revisado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de reconhecido conhecimento técnico.

Nesta versão mais recente, encontram-se as regras e orientações que permitem às operadoras do Sistema Unimed estarem cientes do que há de mais atual para continuarem a exercer o cuidado primordial com a saúde de nossos clientes.

Compreender, disseminar informações e, o mais importante, seguir as orientações deste Manual, entregue pela Unimed do Brasil, são atitudes essenciais para fortalecer o compromisso com a reputação da marca Unimed e a melhor experiência àqueles que confiam em nossos serviços.

Ciente da expertise de nossos profissionais, contamos com a cooperação de todos.

**Diretoria Executiva
Unimed do Brasil**

SUMÁRIO

Alergia e Imunologia	10
Anatomia Patológica	15
Anestesiologia	52
Aparelho Digestivo	57
Cabeça e Pescoço/Cirurgia	67
Cardiologia	71
Cirurgia Geral	89
Cirurgia Plástica	95
Cirurgia Torácica	99
Cirurgia Vascular	103
Coluna Vertebral	108
Consulta	128
Dermatologia/Cirurgia Dermatológica	133
Exames de Imagem	146
Fisioterapia	177
Genética	187
Ginecologia e Obstetrícia	199
Hemoterapia	211
Mastologia	223
Medicina Nuclear	232
Nefrologia	263
Neurologia/Neurocirurgia	273
Nutrologia	283
Oftalmologia	292
Oncologia	311
Ortopedia	318
Otorrinolaringologia	325
Pneumologia	342
Radioterapia	349
Terapia da Dor e Acupuntura	375
Transtornos Globais de Desenvolvimento	408
Urologia	413
Regras gerais da Auditoria Médica	435

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM	452
Conceito	452
Legislação	454
Atribuições do enfermeiro auditor	456
Tipos de Auditoria	457
Perfil do enfermeiro auditor	458
Referências bibliográficas	459
2. PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NA ONCOLOGIA	460
3. GUIA PARA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE LESÕES CUTÂNEAS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO HOSPITALAR	461
Introdução	461
Objetivos	461
Responsabilidade ética e legal do enfermeiro no tratamento de feridas	461
Mensuração das feridas	462
Registros fotográficos	462
Classificação das feridas	463
Sinais e sintomas que auxiliam no diagnóstico das infecções mais comuns	463
Técnica de limpeza de feridas	464
Oxigenoterapia hiperbárica	464
Avaliação	464
Tipos de coberturas	465
Orientações para o manejo das coberturas	469
Critérios para remuneração de curativos no Intercâmbio Nacional	470
Glossário	474
4. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES	476
Diária Hospitalar	476
Diárias Básicas	481
Hospital-Dia	484
Meia Diária	485
Diárias Especiais	486
Diárias de UTI	486
Diárias de Isolamento	487
Diária de Unidade de Tratamento Radioativo	490
Diária de Unidade de Transplantes	491
Diária Global	491
Diária Semiglobal	493
Taxa Semiglobal Pronto-Socorro	495
Taxas de Salas Cirúrgicas	496

Taxa de Recuperação Pós-Anestésica	502
Taxa de Vídeo e Taxas de Equipamentos	502
Taxa de Comercialização	507
Taxa de Angiografia e Hemodinâmica	507
Taxa de Nebulização	508
Taxa de Sala de Observação	509
Taxa de Curativo Ambulatorial	511
Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial	512
Taxa de sala para procedimentos realizados em consultório (pessoa física)	514
Taxa de Sala de Hemoterapia	515
Taxa de Sala de Quimioterapia	517
Taxa de Aplicação de Quimioterapia	519
Taxa de Aplicação de Imunobiológicos	521
Taxa de Sala de Hemodiálise	523
Taxa de Sala de Endoscopia/Colonoscopia	524
Taxa para ventilação não invasiva de pressão positiva (Capacete respirador e Cateter Nasal de alto Fluxo)	526
Taxa de Equipamento CPAP/BIPAP	527
Diária de Acompanhante e Taxa de Refeição	527
Taxa de Acompanhante em Centro Obstétrico	529
Taxa de Permeabilização de Cateter	529
Taxa de Aplicação de Medicamento	530
Taxa de Retirada de Pontos	533
Taxa de Fototerapia Ambulatorial	533
Taxa de Sala de Polissonografia	535
Taxa de Sala de Imobilização Gessada	536
Taxa de Sala de Imobilização Não Gessada	537
Remoção	539
Taxa de Unidade de Radiofármaco	542
Taxa para Angiofluoresceinografia Monocular	546
Taxa para punção ou infiltração articular ou extra-articular diagnóstica ou terapêutica	548
1. REGRAS GERAIS DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM	552
2. PROTOCOLO DE TROCA DE DISPOSITIVOS PARA O INTERCÂMBIO NACIONAL	563
Recomendações gerais	563
Referências bibliográficas	567
ANEXOS	
Anexo I - Critérios para Avaliação Presencial para Tratamento de Lesões de Pele	569
Anexo II - Uso Racional de Imunoglobulinas	575
Anexo III - Regras para utilização de brocas, fresas e serras	587
Anexo IV - Lista de medicamentos de aplicação subcutânea passíveis de fornecimento	596

ALERGIA E IMUNOLOGIA

Testes cutâneo alérgicos de leitura imediata

(Também conhecidos como testes de hipersensibilidade imediata ou Prick Test)

O diagnóstico das doenças alérgicas é feito, primariamente, por história clínica detalhada e pelo exame físico. Para a confirmação do diagnóstico, é necessário demonstrar a presença de IgE específico contra alérgenos envolvidos na história clínica e, quando possível, comprovar a participação desse(s) alérgeno(s) no desencadeamento dos sintomas e sinais.

Os testes cutâneo-alérgicos devem obedecer às normas científicas para sua realização e interpretação e devem ser realizados por médico especialista em alergia e imunologia.

Um teste positivo depende da presença do anticorpo IgE, da concentração de alérgeno testado, da liberação de mediadores químicos pelos mastócitos e da reatividade da pele aos mediadores.

Um teste alérgico positivo significa apenas sensibilização (presença de IgE específico para o alérgeno testado) e não faz o diagnóstico de doença alérgica. O diagnóstico de doença alérgica se faz ao se estabelecer a relação entre a manifestação clínica e a presença do IgE específico.

Isso é importante para evitar o pedido indiscriminado de baterias de antígenos que podem confundir o diagnóstico e que impõem restrição desses alérgenos aos pacientes, sem impacto na doença (especialmente, alérgenos alimentares).

Os testes cutâneos de leitura imediata são largamente utilizados, seguros, baratos, têm maior sensibilidade, resultados imediatos, fácil execução, resultados visíveis e úteis para orientação ao paciente e se correlacionam com a pesquisa de IgE in vitro.

A determinação de IgE específica (*código 40307255 - IgE, grupo específico, cada pesquisa e/ou dosagem ou 40307263 - IgE, por alérgeno (cada) pesquisa e/ou dosagem*) no soro tem a mesma finalidade dos testes cutâneos de leitura imediata. São comparáveis em relação à eficácia, à sensibilidade e à especificidade no diagnóstico clínico rotineiro. O teste in vitro apresenta algumas desvantagens, como o tempo de execução, maior custo e menor sensibilidade para alguns alérgenos. Entretanto, existem algumas condições de exceção em que o teste in vitro é a melhor alternativa: pacientes em uso de anti-histamínicos, corticoide oral ou outras medicações que possam interferir com testes cutâneos e sem possibilidade de suspendê-los: pacientes com dermatite atópica ou dermatografismo extensos com acometimento em área do teste; pós-quadro de anafilaxia (até seis semanas); quando o teste in vivo pode oferecer risco de reações sistêmicas, especialmente, venenos de insetos, látex e alimentos – situações em que é importante confirmar o teste cutâneo. Em resumo: são utilizados como exceção ao teste in vivo, quando há impeditivos anteriores para sua realização.

A disponibilidade de realização de IgE específica pelo laboratório também pode favorecer a má prática, como solicitação exagerada ou inadequada do exame. Uma anamnese adequada direciona a solicitação e reduz o número de testes usados para o diagnóstico. Diante disso, a recomendação é de que, se solicitados mais de seis (6) IgE específicas, devem ter autorização prévia, correlacionadas com história clínica e justificativa.

O mesmo teste cutâneo-alérgico para o mesmo paciente deverá ser feito com um intervalo mínimo de 6 meses. Pela baixa reatividade cutânea em crianças, podem ser repetidos se realizados antes dos 5 anos de idade.

Os beneficiários devem, obrigatoriamente, receber o resultado desse teste impresso, assim como de qualquer outro exame realizado.

Os códigos dos testes cutâneo-alérgicos incluem os antígenos testados por grupo e não por alérgeno, atendendo ao disposto na CBHPM.

Provas imunoalérgicas

Os procedimentos provas imunoalérgicas [*códigos 41401069 - Provas imunoalérgicas para bactérias*]

(por antígeno) e 41401077 - Provas imunoalérgicas para fungos (por antígeno)] referem-se ao diagnóstico de reações dependentes de linfócitos T (resposta retardada tipo IV) e a leitura do teste é de 24 a 48 horas após a aplicação do antígeno.

Teste de contato

Método mais eficiente para confirmar o diagnóstico etiológico do eczema de contato. Está indicado em qualquer paciente com quadro de dermatite pruriginosa crônica, eczematosa ou liquenificada em que existe a suspeita de alergia de contato. Ref.: Projeto Diretrizes AMB, CFM e ASBAI 2011.

O teste de contato é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico da sensibilização cutânea mediada por linfócitos T - hipersensibilidade do tipo IV.

Ele consiste na aplicação de substâncias em pele normal, não pilosa, preferencialmente na parte posterior do tronco, para demonstrar reações imunológicas de hipersensibilidade de contato (reação de hipersensibilidade tipo IV) a determinadas substâncias, sendo uma prova biológica in vivo.

Deve ser mantido na pele por 48 horas. Após esse período, os contêntores são retirados e a primeira leitura é realizada depois de 30 minutos. Como algumas substâncias só se evidenciam sob a ação da luz (fotossensibilização), recomenda-se ao paciente a exposição da área dos testes à luz solar e nova leitura após 24/48 horas da retirada dos testes, ou seja, de 72 a 96 horas depois do seu início (segunda leitura).

Os testes de contato com fotossensibilização incluem os testes padrão, como referido anteriormente.

A bateria de contactante mais utilizada na prática clínica é uma denominada Bateria Padrão Brasileira. Ela foi adaptada para ser usada como rotina para investigação de dermatite de contato no Brasil e é composta **de 30 substâncias contactantes**.

Assim, remuneramos o teste de contato ou teste de contato com fotossensibilização até 30 substâncias por meio dos códigos (41401425 - Testes de contato até 30 substâncias ou 41401441 - Testes de contato por fotossensibilização até 30 substâncias), que é a bateria padrão brasileira.

Outras substâncias, acima de 30, podem ser necessárias. No Brasil, atualmente, temos comercializadas para testes de contato as seguintes baterias: *bateria para cosméticos e higiene pessoal* (41401751 - Teste de contato bateria cosméticos), 41401794 - *bateria de medicamentos corticoides*, 41401760 - *bateria regional*, 41401778 - *bateria capilar*, 41401786 - *bateria unhas*, 41401808 - *bateria agentes ocupacionais*.

Testes cutâneos de contato (patch tests)

Código	Descrição
41401646	Testes cutâneos de contato (patch tests)

Definida a sua remoção dos procedimentos cobertos.

Os testes de contato cobertos atualmente pelo Rol da ANS são:

Código	Descrição
41401425	Testes de contato - até 30 substâncias
41401433	Testes de contato - por substância, acima de 30
41401441	Testes de contato por fotossensibilização - até 30 substâncias
41401450	Testes de contato por fotossensibilização - por substância, acima de 30

41401751	Teste de contato – bateria cosméticos
41401760	Teste de contato – bateria regional
41401778	Teste de contato – bateria capilar
41401786	Teste de contato – bateria unhas
41401794	Teste de contato – bateria medicamentos/corticoides
41401808	Teste de contato – bateria agentes ocupacionais

Imunoterapia alérgeno específica

A imunoterapia consiste na administração de alérgenos em doses crescentes, com o objetivo de dessensibilizar os pacientes alérgicos ou de prevenir os sintomas decorrentes da exposição natural a esses alérgenos por meio da modulação da resposta imunológica.

Tem efeito preventivo no desenvolvimento de novas sensibilizações alérgicas, além de prevenir a progressão de rinoconjuntivite alérgica para asma. Ela é dita específica quando realizada para o alérgeno positivo no teste cutâneo de leitura imediata, e inespecífica quando não tem essa especificidade. Esses procedimentos são excludentes.

A imunoterapia é realizada de 3 a 5 anos e se constitui de uma indução (doses crescentes do alérgenos divididas por fases) e manutenção (fase M). O planejamento técnico será reembolsado a cada troca de fase.

Imunoterapia inespecífica código 20104146 e imunoterapia específica 20104138 - ambas com planejamento técnico de 30 dias, são procedimentos excludentes quando realizados no mesmo momento.

O código 20104138 de imunoterapia específica somente poderá ser cobrada uma a cada 30 dias.

Os extratos de alérgenos para imunoterapia não são comercializados em farmácia e o acesso ao tratamento é direto com o especialista.

Atualmente, não existe indicação de imunoterapia para alergia a alimentos e para os quadros de alergia por contato.

Não há previsão de cobertura pelo Rol de Procedimentos da ANS para remuneração dos extratos alergênicos para imunoterapia específica e inespecífica.

Código	Descrição
20104146	Imunoterapia inespecífica - 30 dias - planejamento técnico
20104138	Imunoterapia específica - 30 dias - planejamento técnico

A imunoterapia consiste na administração de alérgenos em doses crescentes, com o objetivo de dessensibilizar os pacientes alérgicos ou de prevenir os sintomas decorrentes da exposição natural a esses alérgenos por meio da modulação da resposta imunológica. Tem efeito preventivo no desenvolvimento de novas sensibilizações alérgicas, além de prevenir a progressão de rinoconjuntivite alérgica para asma. Ela é dita específica quando realizada para o alérgeno positivo no teste cutâneo de leitura imediata e inespecífica quando não tem essa especificidade. Esses procedimentos são excludentes.

A imunoterapia é realizada de 3 a 5 anos e se constitui de uma indução (doses crescentes do alérgenos divididas por fases e manutenção (fase M). É reembolsada a cada troca de fase.

Os extratos de alérgenos para imunoterapia não são comercializados em farmácia e o acesso ao tratamento é direto com o especialista.

Atualmente, não existe indicação de imunoterapia para alergia a alimentos e para os quadros de alergia por contato.

Não há cobertura pelo Rol de procedimentos da ANS para os extratos alergênicos, por serem considerados insumos dos procedimentos acima.

Diretriz para teste de provocação oral (TPO) com alimentos

Código	Descrição
20101368	Teste de provocação oral (TPO) com alimentos

Recomendações:

- Os TPO estão indicados somente após um período de dieta isenta do alimento suspeito, com melhora ou resolução do quadro clínico;
- Realização por médico capacitado para os procedimentos técnicos, interpretação dos resultados, reconhecimento e tratamento de reações alérgicas graves, potencialmente fatais;
- Realização em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com material de ressuscitação cardiopulmonar prontamente disponível;
- É recomendável a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Indicações:

- Casos em que a IgE específica não é consistente com a história clínica;
- Quando a família/paciente e médico concordam que o benefício de introduzir o alimento na dieta supera os riscos;
- Ampliar a dieta nos casos de restrições múltiplas;
- Determinar se alérgenos alimentares associados com condições crônicas, como dermatite atópica ou esofagite eosinofílica podem causar reações imediatas;
- Avaliar tolerância em caso de reatividade/alergenicidade cruzada;
- Avaliar a tolerância de alimentos sob formas processadas (exs: leite, ovo).

Contra indicações:

- Pacientes com histórico de anafilaxia relacionada a determinado alimento e com evidência de sensibilização IgE específica (in vivo ou in vitro) para este alimento.
- O TPO é considerado desnecessário na síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) nos pacientes com história clínica consistente com FPIES aguda e que tornam-se assintomáticos com a dieta de eliminação.
- Nas desordens gastrintestinais eosinofílicas (EGIDs) onde o diagnóstico é clínico e histopatológico. A investigação de alergia alimentar é através de dietas de exclusão + endoscopia digestiva.

ANATOMIA PATOLÓGICA

PROTOCOLO ANATOMIA PATOLÓGICA

O exame anatomopatológico (AP) consiste na avaliação de tecidos e células do nosso corpo, por meio de processamento histológico e colorações específicas por meio de observação a olho nu e com auxílio do microscópio, visando ao diagnóstico de uma doença (patologia). Esse material biológico pode ser oriundo de uma amostra recolhida de uma pequena cirurgia ou por agulha (biópsia), ou mesmo uma ressecção cirúrgica maior (peça cirúrgica). O diagnóstico é baseado na análise de alterações morfológicas em conjunto com as informações clínicas fornecidas pelo médico assistente.

Todo material destinado à análise anatomopatológica deve ser colocado em solução de formalina imediatamente após a coleta e direcionado ao laboratório de anatomia patológica. Após permanecer por tempo suficiente na solução de formalina, será analisado a olho nu (exame de macroscopia) e, posteriormente, processado para análise ao microscópio. Durante essa etapa de processamento, o material será incluído em um bloco de parafina, no qual serão realizados cortes para a confecção de lâminas histológicas para análise microscópica.

Para a análise microscópica, essas lâminas histológicas serão coradas utilizando um corante chamado Hematoxilina e Eosina. Após essa etapa, um diagnóstico será realizado por um médico patologista naquela área específica. Para auxiliar nessa análise, ou mesmo complementar com informações importantes acerca de tratamento ou prognóstico, o médico patologista poderá solicitar exames especiais nesse mesmo material, tais como Patologia Molecular, Imuno-histoquímica, Hibridização in situ e FISH.

Conceitos

Borda: extremidade ou limite de uma peça cirúrgica.

Margem ou margem cirúrgica: significa a porção de tecido saudável da peça cirúrgica que envolve a lesão.

Margem de segurança: exclusivamente avaliado pelo cirurgião, durante ato cirúrgico, corresponde a fragmentos adicionais além do bloco principal contendo a lesão principal, com o intuito de proporcionar uma distância maior entre o limite ressecado e a lesão principal (anéis proximal e distal a segmento de cólon, peças adicionais além do produto de uma quadrantectomia ou outras situações semelhantes).

Macroscopia: estudo anatômico de tecidos e órgãos, a olho nu.

Microscopia: é o estudo das alterações celulares por meio da obtenção de imagens ampliadas do material analisado, com auxílio de um aparelho de microscopia, que permitam distinguir detalhes não revelados a olho nu. É a análise que permite que o médico patologista determine o diagnóstico.

Biópsia: é o ato de coleta de um ou mais fragmentos de um órgão (pele, mama, fígado etc.) para estudos no laboratório de patologia. Pode ser classificada em dois tipos:

- Excisional: retirada de toda a lesão identificada; em casos dermatológicos pode ser diagnóstica e resolutiva.
- Incisional: são removidos apenas fragmentos da lesão onde sabidamente as margens estão comprometidas. Sua finalidade é somente diagnóstica.

Punch: técnica de biópsia na qual um cilindro de superfície cortante que, ao ser girado rotatoriamente, se aprofunda na pele e permite a remoção de um cone que pode alcançar até a gordura subcutânea. A ferida resultante é pequena e costuma ser suturada. Vários diâmetros são disponibilizados, cada um adequado para diferentes propósitos.

Shaving: técnica de biópsia na qual é removido um fragmento mais superficial da pele, feito com uma navalha que não se aprofunda em demasia, mas que pode ser mais extenso do que os removidos por “punch”. Essa maior extensão pode facilitar o estudo patológico das inflamações ou dos tumores

de localização superficial. Não há necessidade de sutura e costuma cicatrizar mais rapidamente, mas não se presta para o estudo de processos inflamatórios mais profundos ou para a avaliação de margens de ressecção cirúrgica nos casos de neoplasias.

Peças cirúrgicas: são espécimes provenientes de ressecção cirúrgica.

Requisição do exame

A requisição médica é um documento e deve ser preenchido corretamente com letra legível, deve estar assinada e conter o nome do médico solicitante, CRM, carimbo e seu telefone para contato.

Deve, obrigatoriamente, conter: nome completo do paciente, idade, sexo, etnia, nome da mãe, antecedentes pessoais e familiares de relevância para o diagnóstico, identificação do material, topografia anatômica e, se for o caso, designação de marcações prévias (por exemplo, margens ou pontos para orientação do espécime).

Lembrar sempre de informar as hipóteses clínicas, resultados de exames de imagem relacionados e exames (anatomopatológicos ou outros) progressos relevantes.

Metodologia

Fragmentos de tecido são processados e cortados em micras. Essas fatias muito finas e transparentes são colocadas em lâminas de vidro e tratadas com corantes que permitem a visualização das suas características morfológicas ao microscópio.

A técnica básica utiliza dois corantes: a hematoxilina, que tingem estruturas nucleares em azul, e a eosina que tingem estruturas citoplasmáticas em vermelho. Muitos outros corantes podem ser usados, levando em consideração sua capacidade de reagir com substâncias específicas do tecido ou mesmo de agentes infecciosos, como bactérias ou fungos.

Utilizamos várias colorações especiais, entre elas:

- Alcian blue;
- Azul de Toluidina;
- Fontana Masson;
- Giemsa;
- Grocott;
- Pas;
- Perls ou azul da Prússia;
- Prata de Jones;
- Reticulina;
- Tricrômico de Masson;
- Verhoeff;
- Vermelho Congo;
- Ziehl-Ceelsen;

Procedimentos de fixação e acondicionamento

- Fixação: é a conservação da peça até o momento da análise do patologista. Geralmente é realizada em solução de formalina 4% (formaldeído diluído 10:1)
- Biópsias: os tecidos ou biópsias coletadas devem ser acondicionados em frascos com boa vedação e imediatamente imersos em formalina (formaldeído a 10% sendo ideal tamponado), em

volume superior ao tamanho do fragmento, evitando que o material grude na tampa e provoque artefatos que inviabilizem tecnicamente a análise. Biópsias de topografias diferentes devem ser acondicionadas em frascos distintos.

- Peças cirúrgicas: ressecções parciais ou totais de órgãos, neoplasias de grandes dimensões e produtos de amputação de membros devem ser fixadas em formalina logo após sua obtenção. O volume ideal de formalina é a quantidade suficiente para envolver todo o material. Quando a peça for grande para se atingir uma proporção adequada de formalina, providenciar transporte no mesmo dia para o laboratório, para minimizar os efeitos da autólise. É importante que o material esteja adequadamente identificado com etiqueta contendo o nome do paciente, número do registro (se for o caso), designação da amostra e de sua topografia para evitar perdas e extravios. Não utilizar soro fisiológico para fixação.
- Requisição: deve ser acondicionada em uma embalagem plástica à parte e, então, colocar junto às amostras. Essa etapa é importante para proteger as informações do pedido médico caso o conteúdo líquido do frasco/saco extravase.

Procedimento de biossegurança

As amostras podem ser potencialmente infectantes até sua fixação. Devem ser manuseadas conforme as normas existentes.

Laudo do exame: trata-se de um procedimento médico a partir dos exames macroscópicos e microscópicos de amostras de células, tecidos e órgãos retirados de pacientes.

O laudo anatomopatológico deve exibir as seguintes informações:

- Nome completo do paciente;
- Idade;
- Data de nascimento;
- Registro de Identificação na instituição/hospital/plano de saúde;
- Nome do médico requisitante do exame;
- Data e assinatura do médico patologista ou citopatologista responsável pelo exame;
- Identificação da instituição;
- Nome e registro no CRM do responsável técnico pela instituição;
- Data de coleta e da entrada do espécime na instituição;
- Quantidade de frascos e dados da rotulagem;
- Data de emissão do laudo;
- Especificação do tipo de exame realizado,
- Órgão/sítio anatômico do espécime;
- Descrição da macroscopia, com designações específicas de blocos de acordo com a clivagem dos blocos nas peças em que haja mais de uma região/sítio anatômico;
- Descrição da microscopia;
- Conclusão diagnóstica;
- Observações pertinentes.

No exame macroscópico as medidas devem, preferencialmente, ser mencionadas em três dimensões; peso, quando aplicável; lateralidade em órgãos pares, quando peça cirúrgica informar se recebida íntegra ou fragmentada; descrição da lesão; distância das margens, se aplicável; presença de marcação cirúrgica, quando existente; número de fragmentos encaminhados para exame microscópico e seus respectivos blocos; identificação ou legenda que permita correlacionar cada bloco com o respectivo corte histológico e uma topografia específica (mapa).

Para o médico-auditor, é muito importante a leitura do cabeçalho do exame e do exame macroscópico de maneira que possa correlacionar com a conclusão e, por seguinte, com a codificação de cobrança.

Recomenda-se ainda atenção ao número de margens mencionadas no exame macroscópico e a quantidade de vezes que o código de remuneração de margens é solicitado, além de atenção ao mapa de clivagem, que deve vir junto ao final do exame macroscópico.

Cobrança de margem ou margem cirúrgica

Admite-se a cobrança da análise de margens cirúrgicas (cortes adicionais) para análise das bordas da lesão (previamente identificadas pelo cirurgião), desde que a lesão principal confirme malignidade. À frente, neste manual, as referências à 'cobrança de margens' associadas ao conceito 'tumor' ou 'neoplasia' referem-se aos tumores malignos.

Situações especiais:

Admite-se a cobrança adicional de duas margens cirúrgicas nos espécimes de conização de colo uterino, (margens exo e endo cervicais) e de até cinco margens cirúrgicas nos espécimes de cirurgia oncológica radical. Cada procedimento deste código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.

Admite-se a cobrança de margens (proximal e distal) em cirurgia não oncológica de cólon nos casos de megacólon, para análise de células ganglionares.

Procedimentos diagnósticos

4.02.02.05-4 - Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radioscópico

- Havendo um único frasco contendo um único fragmento remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0 1
- Havendo dois ou mais fragmentos em um único frasco remunera-se o código 4.06.01.19-6 por frasco
- Havendo dois frascos previamente identificados, por exemplo, brônquio direito e esquerdo, remunera-se 2X o código 4.06.01.11-0.

4.02.02.66-6 - Colonoscopia com biópsia e/ou citologia

- Havendo um único fragmento em um único frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0.
- Havendo dois ou mais fragmentos em um único frasco remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6.

Exemplo: um frasco do ceco contendo um fragmento e um outro frasco do cólon ascendente com três fragmentos, remunera-se:

1X o código 4.06.01.11-0 + 1X o código 4.06.01.19-6.

4.02.02.03-8 Endoscopia digestiva alta com biópsia

Codificação para o patologista:

- Havendo um único fragmento recebido em um único frasco remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0.1.
- Havendo dois ou mais fragmentos em cada frasco remunera-se o código 4.06.01.19-6 por frasco.
- Se o frasco contiver ou 2 ou 3 ou 4 ou mesmo 5 fragmentos remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6.

Exemplo 1: recebem-se 3 frascos com biópsias provenientes do fundo, corpo e antro, todos contendo 4 fragmentos, remunera-se 3X o código 4.06.01.19-6 (Remuneração por frasco por topografia)

Exemplo 2: recebem-se 3 frascos com biópsias do esôfago, antro e bulbo duodenal. Os frascos contendo as biópsias do esôfago e antro contém 4 fragmentos cada e do bulbo duodenal contém 1 fragmento, remunera-se:

2X o código 4.06.01.19-6 (referente a esôfago e antro) e

1X o código 4.06.01.11-0 (referente ao bulbo duodenal).

Exemplo 3: conforme Guideline do American College of Gastroenterology, em esôfago de Barret preconiza-se envio de oito fragmentos da área acometida para biópsia. Estando os oito fragmentos acondicionados em um mesmo frasco remunera-se:

1X o código 4.06.01.19-6.

4.02.02.35-6 - Jejunostomia endoscópica

Codificação para o patologista:

- Havendo um único frasco contendo um único fragmento remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0, por frasco.
- Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6, por frasco

4.02.02.36-4 - Laringoscopia com microscopia para exérese de pólipos/ nódulo/papiloma.

Codificação para o patologista:

- Havendo um único frasco contendo um único fragmento remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0, por frasco.
- Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6, por frasco
- Havendo 2 frascos, um com material de corda vocal direita e outro com biópsia da corda vocal esquerda, cada qual com apenas um fragmento, remunera-se 2X o código 4.06.01.11-0, por frasco.

*Sendo necessário colorações especiais, elas devem estar descritas no corpo do laudo e assim serão remuneradas 1X pelo código 4.06.01.26-9, para cada coloração realizada.

Se forem realizadas coloração de Grocott para pesquisa de fungos no material da corda vocal direita e esquerda, por exemplo, remunera-se 2X o código 4.06.01.26-9.

4.02.02.39-9 - Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipos/ nódulo/papiloma.

- Havendo um único fragmento no frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0, por frasco.
- Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6, por frasco

4.02.02.48-8 - Nasofibrolaringoscopia para diagnóstico e/ou biópsia.

- Havendo um único fragmento no frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0, por frasco.
- Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6, por frasco

Se existirem dois frascos, por exemplo, um identificado como fossa nasal e outro identificado como laringe, cada qual com apenas um fragmento, remunera-se 2X o código 4.06.01.11-0, por frasco.

4.02.02.49-6 -Papilotomia biópsia e/ou citologia biliar e pancreática.

Codificação para o patologista:

- Havendo um frasco com dois ou mais fragmentos de biópsia da região da papila duodenal remunera-se 1X o código 4.06.01.19-6, por frasco.
- Havendo um único frasco com apenas um fragmento remunera-se 1X o código 4.06.01.11-0, por frasco.
- Existe a possibilidade, também, de serem enviadas uma ou mais lâminas representativas de esfregaço dessa região, sendo assim, adiciona-se 1X o código 4.06.01.12-9, independentemente do número de lâminas enviadas para serem coradas e analisadas.

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Sistema digestório e anexos

3.10.01.25-4 Esofagectomia subtotal com linfadenectomia com ou sem toracotomia

Remunera para a peça cirúrgica oncológica com os códigos

1X 4.06.01.21-8 +

1X 4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos +

2X 4.06.01.22-6 para as margens cirúrgicas proximal e distal

Se acompanhar epíplon 1X 4.06.01.22-6

Codificação acima sem quimioterapia Neoadjuvante.

Com terapia Neoadjuvante acrescentar:

1X 4.06.01.15-3, obrigatório estar descrito no laudo.

É muito importante que esteja SALIENTADO no corpo do LAUDO que CORTES SERIADOS foram executados. Às vezes, em um simples CORTE APROFUNDADO pode se encontrar um foco residual de neoplasia, sem a necessidade de realizar CORTES SERIADOS.

3.10.01.23-8 - Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico

Divertículos do esôfago médio (tração) são causados pela tração de lesões inflamatórias mediastinais ou, de maneira secundária, por doenças de motilidade esofágica. Divertículos epifrênicos ocorrem logo acima do diafragma e em geral acompanham um distúrbio de motilidade (acalasia, espasmo esofágico difuso). Remunera-se:

1X 4.06.01.20-0

3.10.02.06-4 - Gastrectomia parcial com linfadenectomia

Considerando-se como uma peça cirúrgica oncológica remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

3X 4.06.01.22-6, referente às duas margens cirúrgicas proximal e distal +

1X 4.06.01.22-6, para cada grupo de seis linfonodos.

Exemplo: sendo dissecados um total de 15 linfonodos remunera-se:

3X 4.06.01.22-6.

Caso seja enviado em frasco separado, previamente identificado, um outro linfonodo suspeito que chamou a atenção do cirurgião no momento do ato operatório esse item, em particular, remunera-se:

1X 4.06.01.22-6

Adicionalmente, se for, ainda, enviado um fragmento anelar em separado, identificado como margem cirúrgica adicional, podendo ser a margem proximal, por exemplo, esse item, em particular, remunera-se:

1X 4.06.01.22-6. Portanto teremos a soma dos códigos citados acima como a remuneração final.

Com quimioterapia adjuvante acrescenta o código:

1X 4.06.01.15-3, obrigatório estar descrito no laudo.

Se acompanhar epíplon 1X 4.06.01.22-6.

3.10.02.11-0 - Gastrectomia total com linfadenectomia

Entendendo-se como uma peça cirúrgica oncológica remunera-se:

1X 4.06.01.21-8 +

2X 4.06.01.22-6, referente à margem proximal e distal na peça cirúrgica +

4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos dissecados em conjunto da pequena e da grande curvatura. Para cada frasco enviado adicionalmente a essa peça, podendo corresponder a fragmento anelar de margem adicional ou mesmo um linfonodo suspeito remunera-se, adicionalmente, o código 4.06.01.22-6.

Havendo informação pormenorizada que foram dissecados x linfonodos da pequena curvatura gástrica e da grande curvatura gástrica, nesse caso, com separação e identificação realizada ao exame macroscópico remunera-se cada cadeia linfonodal (pequena e grande curvatura gástrica) isoladamente, remunerando-se:

1X 4.06.01.22-6, para cada grupo de seis linfonodos de cada uma delas.

Com quimioterapia adjuvante acrescenta-se 1X o código 4.06.01.15-3, obrigatório estar descrito no laudo.

3.10.02.21-8 - Gastroplastia para obesidade mórbida

Nos casos de gastroplastia por obesidade, a peça cirúrgica é constituída por um segmento gástrico. Não se aplica a remuneração de margens aqui, remunerando-se somente;

1X 4.06.01.20-0

Aqui não se justifica o código de peça cirúrgica complexa.

São feitos menos de 7 blocos, pois não há investigações adicionais a pesquisar além de H. Pylori 1X 4.06.01.26-9

3.10.03.01-0 - Amputação abdômino-perineal do reto (completa)

Remunera-se;

4.06.01.21-8 referente à peça cirúrgica +

2X 4.06.01.22-6, referente às margens cirúrgicas proximal e distal +

4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos.

3.10.03.07-9 - Apendicectomia

Remunera-se:

1X 4.06.01.20-0

Deve-se receber um apêndice cecal íntegro ou fragmentado que será remunerado como 1X o código 4.06.01.20-0, e os diminutos linfonodos do mesoapêndice, não serão remunerados.

Se o diagnóstico for neoplasia maligna de apêndice remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

1X 4.06.01.22-6, margem cirúrgica proximal.

3.10.03.15-0 - Cisto mesentérico - tratamento cirúrgico

Remunera-se o código:

4.06.01.20-0 x1. Confecciona 3 a 6 blocos

Num cisto complexo se for descrito 7 ou mais blocos remunera-se o código;

40601218 1x

No laudo de anatomopatológico obrigatoriamente deve estar descrito o número de blocos confeccionados.

3.10.03.17-6 Colectomia parcial sem colostomia

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, referente à peça cirúrgica +

2X 4.06.01.22-6, referentes às duas margens cirúrgicas, proximal e distal +

4.06.01.22-6, para cada grupo de seis linfonodos que serão dissecados do entorno e do mesmo do segmento de cólon enviado.

Peças cirúrgicas adicionais enviadas em frascos separados ou que sejam passíveis de serem identificadas junto à peça cirúrgica principal devem ser remuneradas com o código:

4.06.01.22-6 ou

4.06.01.20-0 em caso de órgãos.

Exemplo: segmento de reto-sigmoide com extensa lesão neoplásica que infiltra todas as túnicas parietais e acomete também o ovário esquerdo, o qual estará aderido à peça cirúrgica. Nesse caso específico, remunera-se adicionalmente o código 4.06.01.20-0 para o ovário em questão.

Para colectomia parcial inflamatória:

1X 4.06.01.21-8,

Se houver órgão associado:

1X 4.06.01.20-0.

3.10.03.19-2 - Colectomia total com ileostomia

3.10.031.6-8 - Colectomia parcial com colostomia

3.10.03.17-6 - Colectomia parcial sem colostomia

Ileocolectomia direita por uma neoplasia na transição ceco-cólon)

Para uma Ileocolectomia oncológica, remunera-se:

1X 4.06.01.21-8, referente à peça cirúrgica +

2X 4.06.01.22-6, referente às duas margens cirúrgicas, proximal e distal +
4.06.01.22-6 para cada grupo de 6 linfonodos que serão dissecados de todo o entorno da peça acrescentados de 1X 4.06.01.20-0, para o apêndice cecal.

Caso o epiplon seja conjuntamente enviado remunera-se;
1x 4.06.01.22-6.

3.10.03.26-5 - Divertículo de Merkel

Remunera-se;
1X 4.06.01.20-0.

3.10.03.28-1 Enterectomia segmentar

Não oncológico

Em se tratando unicamente de um segmento de intestino delgado remunera-se;
1X 4.06.01.20-0

Porém, caso haja um segmento de intestino delgado aderido a um produto de colectomia devido a um adenocarcinoma em cólon e com aderência entre a serosa colônica e a serosa entérica, esse segmento de intestino pode ser remunerado com o código;

1X 4.06.01.20-0

Por Neoplasia maligna;

1X 4.06.01.21-8 +

2X 4.06.01.22-6, margens proximal e distal +

1X 4.06.01.22-6, para cada grupo de 6 linfonodos

3.10.03.35-4 - Esvaziamento pélvico total

Não havendo discriminações das cadeias e a peça sendo recebida em monobloco, remunera-se;
4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos. Sendo dissecados 14 linfonodos, por exemplo, remunera-se o código acima no máximo 3x.

Não se remunera por linfonodos e sim por grupo, pois nesse tipo de peça não se tem como distinguir cadeias pela intensa reação desmoplásica, infiltração tumoral, disseca-se e paga-se o total de linfonodos dividido por seis.

3.10.03.46-0 - Megacólon Congênito

É uma anomalia congênita da inervação do intestino baixo, geralmente limitado ao cólon, resultando de obstrução parcial ou total. Os sintomas são de obstipação e distensão. O diagnóstico é feito por meio de enema baritado e biópsia do reto. Manometria anal pode ajudar a avaliar e revelar falta de relaxamento do esfíncter anal interno. O tratamento é cirúrgico. Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

e havendo descrição das margens, quanto à presença, de células ganglionares, remunera-se também;
2X 4.06.01.22-6.

3.10.04.09-1 - Excisão de plicoma

Remunera-se no máximo 1X 4.06.01.20-0.

3.10.04.14-8 - Fistulectomia anal

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

Uma fístula anorretal é um trajeto tubular com uma abertura no canal anal e outra geralmente na pele perianal. Os sintomas consistem em secreção e, algumas vezes, dor. O diagnóstico é feito por exame físico e sigmoidoscopia. O tratamento costuma necessitar de cirurgia.

3.10.04.20-2 - Hemorroidectomia

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, independentemente do número de mamilos hemorroidários.

3.10.04.24-5 - Pólipo retal

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

3.10.05.06-3 - Biópsia hepática por laparotomia

Em cunha igual ou maior que 1,5 cm, remunera-se

1X 4.06.01.20-0.

Menor que 1,5 cm remunera-se;

1X 4.06.01.11-0

3.10.05.07-1 - Biópsia hepática transparietal

Havendo um único fragmento no frasco recebido remunera-se

1X 4.06.01.11-0.

Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se

1X 4.06.01.19-6.

Dois frascos em separado;

2X 4.06.01.19-6

E quando houver coloração remunera-se;

1X 4.06.01.26-9 por coloração.

3.10.05.49-7 - Colescistectomia sem colangiografia por videolaparoscopia

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

O cístico é minúsculo, raramente representado em lâminas. A remuneração nesse procedimento é uma única vez o código 4060120-0. Pode-se afirmar, pela quase ausência de casos, que não há patologia no cístico, podendo somente, por vezes, identificar-se restos de cálculo e, quando houver neoplasia de vesícula biliar, raríssima, essa acometerá a região de fundo da vesícula.

3.10.05.29-2 - Lobectomia hepática direita

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

que cita “as ressecções de órgãos parenquimatosos...hepáticos...”. Em se tratando de uma peça oncológica cabe a cobrança de margens no máximo 3x pelo código 4.06.01.22-6.

3.10.05.35-7 - Ressecção de cisto hepático com hepatectomia

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 são seis blocos

Se neoplásico remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 sete blocos ou mais

3.10.06.01-9 - Biópsia de pâncreas por laparotomia

Se peça igual ou maior que 1,5cm remunera-se;

1X4.06.01.20-0

Se transparietal;

Havendo um único fragmento no frasco recebido remunera-se

1X 4.06.01.11-0

Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se

1X 4.06.01.19-6

Dois frascos em separado;

2X 4.06.01.19-6

3.10.06.07-8 - Pancreato-duodenectomia com linfadenectomia

Remunera-se;

1x 4.06.01.21-8 referente à peça oncológica +

2X 4.06.01.22-6 referente às margens cirúrgicas proximal e distal +

4.06.01.22-6 para grupo de seis linfonodos +

1X 4.06.01.20-0 referente à esplenectomia.

Havendo frasco separado, por vezes, contendo um ou dois linfonodos que foram considerados suspeitos pelo cirurgião, esses serão remunerados 1X pelo código 4.06.01.22-6.

No caso de cistos de cabeça de pâncreas com congelação com prova definitiva de não oncológico, retira-se somente o cisto parcialmente delimitado por rima de tecido pancreático e o pâncreas permanece. Cabendo, portanto, somente o código;

1X 4.06.01.20-0 seis blocos

1X 40601218 1x sete ou mais blocos, acrescido dos códigos de congelação.

3.10.07.03-1 - Esplenectomia

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, independentemente do diagnóstico.

3.10.09.02-6 - Biópsia de parede abdominal

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0 ou

1X 4.06.01.20-0 conforme descrição macroscópica – igual ou maior que 1,5cm

3.10.09.04-2 - Cisto sacro-coccigeo

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, essa remuneração corresponde a uma peça cirúrgica recebida integralmente ou fragmentada.

3.10.09.07-7 - Herniorrafia com ressecção intestinal-estragulada.

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 referente ao segmento intestinal estrangulado.

3.10.09.15-8 - Herniorrafia sem ressecção intestinal encarcerada

Havendo o envio do saco herniário para anatomopatológico, remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

Sistema urinário

3.11.01.03-8 - Adrenalectomia unilateral

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.11.01.10-0 - Estenose da junção pieloureteral-tratamento cirúrgico

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.11.01.18-6 - Nefrectomia radical

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

2X 4.06.01.22-6, referente a margem cirúrgica ureteral e a margem cirúrgica em hilo renal,

1X 4.06.01.20-0, referente à glândula supra-renal +

4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos dissecados. Entende-se peça recebida em monobloco.

Em se tratando de produto de nefrectomia não oncológica remunera-se

1X 4.06.01.21-8, não há previsão de remuneração de margens neste caso.

3.11.01.47-0 - Tumores retroperitoneais malignos unilaterais-exérese.

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

2X 4.06.02.2-6 margens +

4.06.01.22-6 para grupo de seis linfonodos.

3.11.02.02-6 Biópsia endoscópica de ureter.

Havendo um único fragmento no frasco recebido remunera-se;

1X 4.06.01.11- 0.

Havendo dois ou mais fragmentos no frasco recebido remunera-se;

1X 4.06.01.19-6,

Se forem enviados dois frascos, cada qual correspondente aos ureteres direito e esquerdo e cada frasco contendo dois fragmentos remunera-se;

2X 4.06.01.19-6 por frasco.

3.11.02.24-7 - Ureterectomia unilateral

Para peça oncológica, remunera-se

1X 4.06.01.21-8 +

2X 4.06.01.22-6

referente à margem cirúrgica proximal e distal + 4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos.

3.11.03.03-0 - Biópsia endoscópica de bexiga (inclui cistoscopia)

Remunera-se;

4.06.01.11-0 para cada frasco que contenha um único fragmento.

Para cada frasco que contenha dois ou mais fragmentos, remunera-se;

1X 4.06.01.19-6. Procedimento diagnóstico em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco

NÃO se remunera pelo número total de fragmentos recebidos.

3.11.03.06-5 - Cistectomia parcial

Para uma peça oncológica remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

1X 4.06.01.22-6, para cada margem - no máximo três, +

4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos.

3.11.03.45-6 - Tumor vesical-ressecção endoscópica.

Para o produto de RTU Vesical remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

Mudando a histologia remunera-se;

1X 4.06.01.22-6

3.11.04.16-9 - Ressecção de carúncula

Remunera-se no máximo 1X 4.06.01.20-0

Sistema genital e reprodutor masculino

3.12.01.04-0 Biópsia prostática-mais de oito fragmentos

Para seis frascos das seguintes regiões: ápice direito, porção média direita, base direita, ápice esquerdo, porção média esquerda e base esquerda cada frasco contendo de dois a três ou eventualmente quatro fragmentos filiformes e delicados remunera-se;

6X 4.06.01.19-6, independentemente se receberem ou dois ou três fragmentos em cada frasco.

Para oito frascos correspondendo à porção central da próstata, remunera-se

8X 4.06.01.19-6.

Para 6 frascos das topografias assinaladas acima contendo apenas um único fragmento remunera-se;

4.06.01.11-0 para cada frasco.

NÃO se remunera pelo número total de fragmentos enviados.

Exemplo: a seguinte situação, recebem-se três frascos rotulados como ápice à direita e cada frasco contendo um fragmento e novamente isso repete-se, recebem-se três frascos rotulados com porção média à direita e cada frasco contendo um único fragmento e, novamente, repete-se, recebem-se três frascos rotulados como basal à direita e cada um com apenas um único fragmento, remunera-se; 3X 4.06.01.19-6, referente a cada topografia, ou seja, ápice direito, porção média direita e base direita.

3.12.01.11-3 Prostatovesicuclectomia radical

Remunera-se:

4.06.01.21-8 referente à próstata,

3X 4.06.01.22-6, referente a margem vesical (uretral e circunferencial) além de;

2X 4.06.01.22-6, referente aos linfonodos obturadores à direita e à esquerda, habitualmente recebidos em frascos separados.

Para a linfadenectomia em frasco separado necessita sete blocos, remunera-se:

4.06.01.21-8

As vesículas seminais serão remuneradas pelo código;

2X 4.06.01.20-0.

3.12.01.12-1 - Prostatectomia a céu aberto

Remunera-se;

X 4.06.01.20-0.

3.12.01.13-0 - Ressecção endoscópica da próstata

Para o produto de RTU da próstata remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, independentemente do peso do material enviado.

3.12.02.04-7 - Exérese de cisto escrotal

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.12.03.10-8 - Torção de testículo

Remunera-se;
1X 4.06.01.20-0.

3.12.03.11-6 - Tumor de testículo

Remunera-se;
1X 4.06.01.21-8, referente ao testículo tumoral +
1X 4.06.01.22-6, referente à margem cirúrgica em cordão espermático +
1X 4.06.01.20-0, referente ao epidídimo.

3.12.04.03-1 - Epididimectomia unilateral

Remunera-se;
1X 4.06.01.20-0

3.12.04.06-6 - Exérese de cisto unilateral

Remunera-se;
1X 4.06.01.20-0.

3.12.06.01-8 - Amputação total pênis

Remunera-se;
1X 4.06.01.21-8 referente à peça cirúrgica, +
1X 4.06.01.22-6 referente à margem cirúrgica.
Para a linfadenectomia (peça separada) remunera-se;
1X 4.06.01.21-8.

3.12.06.03-4 Biópsia peniana

Recebendo-se um frasco com único fragmento remunera-se;
1X 4.06.01.11-0.
Se o frasco contiver dois ou mais fragmentos, remunera-se;
1X 4.06.01.19-6.

Sistema genital e reprodutor feminino

3.13.01.01-0 Bartolinectomia unilateral

Remunera-se;
1X 4.06.01.20-0.

3.13.01.02-9 Biópsia de vulva

Recebendo-se um frasco com único fragmento remunera-se
1X 4.06.01.11-0.

Se o frasco contiver dois ou mais fragmentos, remunera-se:

1X 4.06.01.19- 6.

Exemplo 1: havendo dois frascos identificados, um como grande lábio à direita com dois fragmentos e outro frasco identificado como grande lábio à esquerda com um fragmento remunera-se;

1X 4.06.01.19-6 +

1X 4.06.01.1-0.

Exemplo 2: recebem-se três frascos de biópsias vulvares cada qual com 2 fragmentos, remunera-se;

3X 4.06.01.19-63.

Frequentemente múltiplas lesões vulvares podem corresponder a áreas de líquen escleroatrófico, ou a lesões condilomatosas ou Condiloma plano viral ou mesmo serem representativas de um extenso carcinoma de células escamosas ou ainda representativas apenas de ceratoses seborreicas.

3.13.01.13-4 Vulvectomia simples

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, pois entende-se a peça como oncológica e as margens cirúrgicas devem ser avaliadas conforme o caso pelo patologista remunerando-se;

4.06.01.22-6 por cada margem descrita até no máximo de três.

3.13.02.01-7 Biópsia de vagina

Recebendo-se um frasco com único fragmento remunera-se;

1X 4.06.01.11-0.

Se o frasco contiver dois ou mais fragmentos remunera-se:

1X4.06.01.19- 6.

3.13.02.08-4 Exérese de cisto vaginal

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.13.03.02-1 Biópsia de colo uterino

Recebendo-se um frasco com único fragmento remunera-se

1X 4.06.01.11- 0.

Se o frasco contiver dois ou mais fragmentos remunera-se

1X 4.06.01.19-6.

Exemplo: recebem-se dois frascos representativos de áreas distintas, às 6h e às 12h, se cada frasco contiver um único fragmento, remunera-se;

2X 4.06.01.11-0.

se contiver dois ou mais fragmentos, remunera-se;

2X 4.06.01.19-6.

NÃO se remunera pelo número total de fragmentos recebidos.

3.13.03.03-0 - Biópsia do endométrio

Recebendo-se um frasco com único fragmento remunera-se;

1X 4.06.01.11-0.

Se o frasco contiver dois ou mais fragmentos remunera-se

1X 4.06.01.19-6.

3.13.03.05-6 Curetagem ginecológica semiótica e/ou terapêutica

Remunera-se

1X 4.06.01.9-6

Se forem enviados dois frascos representativos do colo uterino e do endométrio, remunera-se;

2X 4.06.01.19-6.

3.13.03.07-2 - Excisão de pólipos cervical

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.13.03.08-0 - Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, uni ou bilateral – qualquer via

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, referente ao corpo uterino.

Se houver anexectomia bilateral, remunera-se;

4.06.01.20-0 para cada ovário e;

4.06.01.20-0 para cada trompa uterina.

Os anexos podem vir apensos ao corpo uterino - podem ser enviados em frascos separados e previamente identificados.

Os anexos e as trompas são sempre considerados como peças cirúrgicas simples, não oncológicas.

Se for tumoral (neoplásico).

1X 4.06.01.21-8 +

1X 4.06.01.22-6

3.13.03.10-2 - Histerectomia total – qualquer via

Remunera-se;

2X 4.06.01.20-0, referente ao colo e corpo uterino.

Entende-se essa peça, como exemplo, um útero miomatoso ou resultante de uma cirurgia por quadro de prolapso uterino (descida do útero em direção ao introito vaginal ou ultrapassando-o).

Havendo uma neoplasia descrita, a peça cirúrgica deve ser considerada complexa e deve ser remunerada pelo código correspondente;

1X 4.06.01.21-8.

e sendo ainda necessário, observar a descrição de margens cirúrgicas que, caso existam, serão remuneradas pelo código;

1X 4.06.01.22-6.

3.13.03.11-0 - Histerectomia total ampliada-qualquer via, não inclui a linfadenectomia pélvica

A histerectomia total ampliada ou operação de Wertheim-Meigs (WM) é utilizada no tratamento do câncer do colo avançado e no tratamento do câncer do endométrio e consiste na retirada do útero com os seus ligamentos de suporte (paramétrio), trompas, ovários, e 1/3 da parte superior da vagina. Geralmente, é associada também à remoção dos gânglios linfáticos (linfonodos) retroperitoneais pélvicos e até para-aórticos (linfadenectomia retroperitoneal).

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

2X 4.06.01.20-0 referente aos ovários +

2X 4.06.01.20-0 referentes às duas trompas uterinas +

1X 4.06.01.22-6 para paramétrio +

1X 4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos resultante da linfadenectomia pélvica.

Sendo enviado um frasco em separado correspondente à linfadenectomia para-aórtica, remunera-se, também, para esse frasco específico, o código 1X 4.06.01.22-8.

Necessário avaliar as margens descritas junto ao exame macroscópico para remuneração de 1X 4.06.01.22-6 para cada margem até no máximo de três.

3.13.03.17-0 - Histeroscopia cirúrgica para biópsia dirigida

Se recebido um único frasco com um fragmento, o que é usual pois trata-se, habitualmente, de biópsia do endométrio, remunera-se;

1X 4.06.01.11-0.

Caso haja dois fragmentos ou mais no mesmo frasco, remunera-se

1X 4.06.01.19-6.

3.13.03.18-8 - Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia

Se recebido um único frasco com um fragmento, o que é usual pois trata-se, habitualmente, de biópsia do endométrio, remunera-se o código

1X 4.06.01.11-0

Caso haja dois fragmentos ou mais no mesmo frasco, remunera-se o

1X 4.06.01.19-6.

Em se tratando de uma lesão polipoide ou de um mioma submucoso, remunera-se o código;

1X 4.06.01.20-0.

Se for mioma;

1X 4.06.01.20-0,

Se for pólipos;

1X 4.06.01.20-0.

3.13.03.14-5 - Miomectomia uterina

Nódulos tumorais múltiplos são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independentemente de serem colocados em um mesmo frasco ou em frascos distintos, sendo remunerados pelo código;

4.06.01.20-0 - conforme o número de nódulos recebidos.

3.13.03.15-3 - Traquelectomia – amputação, conização

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

2X 4.06.01.22-6, referente às margens cirúrgicas ectocervical e endocervical.

Para linfadenectomia (peça separada)

1X 4.06.01.21-8.

3.13.04.04-4 - Salpingectomia uni ou bilateral

Remunera-se

1X 4.06.01.20-0, para uma única trompa uterina e x2 para ambas as trompas.

3.13.05.01-6 - Ooforectomia uni ou bilateral

Remunera-se

1X 4.06.01.20-0, para um único ovário e x2 para ambos os ovários.

3.13.07.18-3 - Endometriose peritoneal

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 independentemente do número de fragmentos enviados.

Sistema nervoso

3.14.01.01-5 Biópsia estereotáxica do encéfalo

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0

1X 4.06.01.19-6, se forem fragmentos múltiplos

3.14.01.15-5 Microcirurgia para tumores intracranianos

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, uma única vez.

Se forem enviados dois frascos, de regiões topográficas distintas, representativos de lesões diversas, utiliza-se o mesmo código acima x2.

3.14.03.11-5 Excisão de tumores dos nervos periféricos

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.14.03.13-1 Extirpação de neuroma

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

Sistema respiratório e mediastino

3.08.01.06-0 - Ressecção de tumor traqueal

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração de margens pelo código;

4.06.01.22-6 até no máximo de três margens.

3.08.03.01-2 - Bulectomia unilateral

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

3.08.03.08-0 - Lobectomia pulmonar

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração de margens pelo código;

4.06.01.22-6 até um total de três margens.

3.08.03.09-8 - Metastasectomia pulmonar unilateral

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 independentemente do número de fragmentos no frasco

4.06.01.22-6 uma margem.

3.08.03.15-2 - Segmentectomia

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração das margens pelo código;

4.06.01.22-6 até no máximo três margens.

3.08.04.01-9 - Biópsia percutânea de pleura por agulha

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0 para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6, conforme o número de frascos.

3.08.04.02-7 - Descorticação pulmonar

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, ao produto enviado pelo cirurgião torácico.

3.08.04.10-8 - Ressecção de tumor da pleura localizado.

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração de margens pelo código;

4.06.01.22-6 até no máximo de três margens.

3.08.05.03-1 - Biópsia de tumor do mediastino

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0

40601196 1x para fragmentos múltiplos

3.08.05.01-5 - Ressecção de bócio intratorácico

Remunera-se

1X 4.06.01.21-8

3.08.05.14-7 Ressecção de tumor do mediastino

Benigno

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

Maligno

Remunera-se

1X 4.06.01.21-8 +

3X 4.06.01.22-6 (três margens)

3.08.05.15-5 - Timectomia

Benigno

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0

Maligno

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 +

3X 4.06.01.22-6 (três margens)

Cabeça e pescoço

3.02.01.01-2 - Biópsia de lábio

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código

4.06.01.19-6, conforme o número de frascos.

3.02.01.05-5 - Excisão em cunha

Remunera-se

1X 4.06.01.20-0 +

2X 4.06.01.22-6 (duas margens).

3.02.02.02-7 - Biópsia de boca

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.02.02.03-5 - Excisão de lesão maligna

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração das margens pelo código;

4.06.01.22-6 até no máximo três margens.

3.02.02.04-3 - Excisão de tumor de boca com mandibulectomia

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração das margens pelo código 4.06.01.22-6 até no máximo de três margens.

Havendo presença de glândula salivar remunera-se adicionalmente;

1X 4.06.01.20-0.

E, havendo linfadenectomia associada remunera-se o código;

1X 4.06.01.22- 6, para cada grupo de seis linfonodos.

3.02.02.07-8 - Glossectomia subtotal ou total

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, e deve-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração de margens pelo código;

4.06.01.22-6 até no máximo de três margens.

Havendo linfadenectomia associada remunera-se o código;

1X 4.06.01.22-6 x1 para cada grupo de seis linfonodos.

3.02.03.03-1 - Biópsia de língua

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.02.04.01-1 - Biópsia de glândula salivar

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.02.04.02-0 - Excisão de glândula submandibular

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

Em se tratando de um caso oncológico, as margens cirúrgicas serão remuneradas pelo código;

4.06.01.22-6 até um total de três, conforme descrição em laudo +

1X 4.06.01.21-8.

3.02.04.03-8 - Exérese de ranula ou mucocele

Remunera-se, no máximo

1X 4.06.01.20-0.

3.02.04.06-2 - Parotidectomia total

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, para casos não oncológico ou

1X 4.06.01.21-8, para casos oncológicos, devendo-se avaliar o exame macroscópico e a conclusão junto ao laudo anatomopatológico para remuneração de margens pelo código; 4.06.01.22-6, até um total de três margens.

3.02.05.03-4 - Adeno-amigdalectomia

Sendo a peça cirúrgica constituída pela amígdalas direita e esquerda e pela adenoide, remunera-se

3X 4.06.01.20-0.

3.02.05.04-2 - Adenoidectomia

Remunera-se somente;

1X 4.06.01.20-0.

3.02.05.07-7 - Biópsia do cavum, orofaringe

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.02.06.13-8 - Laringectomia total

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 e um total de três margens remuneradas pelo código;

3X 4.06.01.22-6

Devido à complexidade dessa peça cirúrgica, é fundamental avaliar a presença de estruturas vizinhas que serão remuneradas pelo código

4.06.01.22-6 (ex osso hioide), além das cadeias linfonodais também remuneradas pelo

código 4.06.01.22-6 para grupos de seis linfonodos. A leitura do exame macroscópico é fundamental.

3.02.06.25-1 - Microcirurgia para ressecção de papiloma

Remunera-se no máximo

1X 4.06.01.20-0

3.02.06.26-0 - Microcirurgia para ressecção de pólipos, nódulo, prega vocal ou granuloma

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 por pólipo, nódulo ou granuloma.

3.02.12.03-0 - Esvaziamento cervical radical

Sendo possível identificação prévia dos níveis topográficos, no caso nível I, II e III remunera-se;

1X 4.06.01.21-8.

A leitura do material enviado e do exame macroscópico para avaliar se tal identificação foi possível, seja por marcação prévia recebida ou pelo patologista no momento da execução do exame macroscópico. Identificando-se glândula salivar junto ao nível I cabe a remuneração de;

1X 4.06.01.20-0,

Não sendo possível a identificação em níveis remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.02.12.06-5 - Exérese de cisto branquial

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.02.12.07-3 - Exérese de cisto tireoglossos

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

3.02.13.04-5 - Tireoidectomia parcial

Remunera-se;

Não neoplásico

1X 4.06.01.20-0

Neoplásico

1X 4.06.01.21-8.

Tratando-se de caso oncológico remunera-se ainda;
4.06.01.22-6 no máximo três margens

Adjacências – paratireoide remunera-se;
1X4.06.01.22-6

3.02.13.05-3 - Tireoidectomia total

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8.

Tratando-se de caso oncológico remunera-se adicionalmente o código;
1X 4.06.01.22-6 no máximo três margens.

Nesse código já está prevista a remuneração pelo estudo de toda a peça que é constituída pelo lobo direito, esquerdo e istmo.

3.03.01.02-5 - Biópsia de pálpebra

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;
4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.03.01.19-0 - Ressecção de tumores palpebrais

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

Nesse código já está incluso o estudo das lateralidades e da profundidade do material enviado.

Se maior que 3 cm, remunera-se;

1X4.06.01.21-8

Se neoplásico mais três margens;

3X 4.06.01.22-6

3.03.01.27-0 - Xantelasma palpebral – exérese

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

Nesse código já está incluso o estudo das lateralidades e da profundidade do material enviado.

3.03.03.02-8 - Biópsia de conjuntiva

Remunera-se

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.04.01.01-1 - Biópsia de pavilhão auricular

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.04.01.10-0 - Tratamento cirúrgico de sinus pré-auricular

Remunera-se

1X 4.06.01.20-0.

3.04.02.02-6 - Biópsia (orelha externa)

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código;

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.04.02.09-3 - Tumor benigno de conduto auditivo externo-exérese

Remunera-se

1X 4.06.01.20-0.

3.05.01.05-9 - Biópsia de nariz

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.05.01.28-8 - Polipectomia-unilateral

Remunera-se

1X4.06.01.20-0, por pólipo.

3.05.01.45-8 - Turbinectomia-unilateral

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, por lateralidade, no máximo 2x.

3.05.02.10-1 - Exérese de tumor de seios paranasais

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0.

Se maligno;

1X 4.06.01.21-8

3.05.02.19-5 - Seios paranasais-biópsia, qualquer via

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0, para um fragmento em um frasco.

Para mais de um fragmento em um mesmo frasco cabe o código

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

Mamas

3.06.02.01-7 - Biópsia incisional de mama

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.06.02.33-5 - Biópsia percutânea com agulha grossa

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0

4.06.01.19-6 conforme o número de frascos.

3.06.02.12-2 - Correção de hipertrofia mamaria

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 x1, por lateralidade, no máximo 2x.

3.06.02.08-4 - Exérese de mama supra-numerária-unilateral

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 x1 por mama supra-numerária

3.06.02.09-2 - Exérese de nódulo

Remunera-se o código;

4.06.01.20-0 - conforme o número de nódulos enviados, estejam eles acondicionados em um mesmo frasco ou não.

3.06.02.11-4 - Ginecomastia-unilateral

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0 por lateralidade, no máximo 2x.

3.06.02.14-9 - Mastectomia radical ou radical modificada

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

referente à peça oncológica bem como;

1X 4.06.01.22-6, referente à pele e mamilo +

4.06.01.22-6 conforme o número de margens avaliadas e amostradas, até no máximo três, bem como;

4.06.01.22-6 para cada grupo de seis linfonodos da axila.

3.06.02.15-7 - Mastectomia simples

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8 x1 +;

4.06.01.22-6 referente ao estudo da pele e mamilo.

As margens serão remuneradas pelo código;

4.06.01.22-6 conforme o número de margens avaliadas no máximo de três.

3.06.02.18-1 Punção ou biópsia percutânea de agulha fina-por nódulo

Remunera-se;

1X 4.06.01.11-0 por nódulo.

Nesse caso, os produtos de cada punção de nódulos diversos devem ser enviados em frascos separados e previamente identificados.

3.06.02.20-3 - Quadrantectomia-ressecção segmentar

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

As margens são remuneradas pelo código;

4.06.01.22-6 conforme o número de margens avaliadas e amostradas no laudo do exame anatomopatológico.

Placenta

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8, referente ao disco placentário e membrana mais;

1X 4.06.01.22-6, referente ao cordão umbilical.

Linfadenectomia

3.06.02.13-0 - Linfadenectomia axilar

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.06.02.28-9 - Ressecção do linfonodo sentinela

Remunera-se;

1X 4.06.01.20-0, para a avaliação laboratorial e, tendo sido realizados cortes seriados para pesquisa de micro metástases remunera-se, adicionalmente;

1X 4.06.01.15-3

3.09.14.05-1 - Linfadenectomia cervical

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.09.14.04-3 - Linfadenectomia inguinal ou ilíaca

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.08.05.09-0 - Linfadenectomia mediastinal

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.09.14.07-8 - Linfadenectomia retroperitoneal ou

3.09.14.15-9 - Linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

3.09.14.06-0 - Linfadenectomia pélvica ou

3.09.14.14-0 - Linfadenectomia pélvica laparoscópica

Remunera-se;

1X 4.06.01.21-8

Imuno-histoquímicas

O exame anatomopatológico é aquele no qual o médico patologista avalia um material biológico de um paciente, que foi retirado por biópsia, cirurgia, punção ou outro tipo de coleta. Algumas vezes, o médico patologista precisa de técnicas complementares para conseguir alcançar o diagnóstico correto. Dentre estas técnicas, o estudo imuno-histoquímico exerce papel fundamental para fins de diagnóstico e prognóstico de muitas doenças.

No exame imuno-histoquímico as amostras das biópsias são analisadas por meio de anticorpos monoclonais marcados com substâncias fluorescentes. Se o tumor contiver essa substância, o anticorpo se liga às células. Produtos químicos são, em seguida, adicionados de modo que as células com os anticorpos mudam de cor. Muitas vezes, o patologista precisa usar vários anticorpos até identificar o tipo de câncer específico.

Quando solicitar exame imuno-histoquímico

Nos casos em que o exame anatomopatológico per se não foi conclusivo o suficiente e/ou deixa aberta algumas questões quanto à histogênese bem como quando o oncologista solicita Imunofenotipagem de linfomas ou classificação molecular de carcinomas de mama pela técnica Imuno-histoquímica ou, ainda, dúvidas quanto às áreas de proliferação celular, entre outras indicações.

Para que serve o exame de imuno-histoquímica

O propósito da imuno-histoquímica é reconhecer antígenos e assim identificar e classificar células específicas dentro de uma população celular morfológicamente heterogênea (ou aparentemente homogênea). A visualização do complexo antígeno-anticorpo é possível pela adição de um cromógeno conjugado ao anticorpo e enzima que pode então ser observado ao microscópio.

INDICAÇÕES

Determinação de fatores preditivos de neoplasias

Alguns marcadores imuno-histoquímicos podem ser utilizados para identificar moléculas-alvo para tratamentos oncológicos modernos e individualizados, beneficiando os pacientes, como os receptores de estrogênio e progesterona e oncoproteína c-erbB-2/HER2 no câncer de mama, o CD20 nos linfomas, o EGFR e VEGFR em diversos tipos de tumores, entre outros.

Determinação de fatores prognósticos de neoplasias

Alguns marcadores imuno-histoquímicos podem ser utilizados para identificar o provável comportamento de uma determinada neoplasia.

Determinação / sugestão de sítio primário de adenocarcinoma

Alguns adenocarcinomas são descobertos sem sítio primário identificado clinicamente. A imuno-histoquímica pode sugerir o sítio primário mais provável e auxiliar na escolha do tratamento mais adequado, bem como conhecimento do prognóstico. Como a oncoproteína p53 e o antígeno Ki-67 em carcinomas, linfomas e tumores cerebrais.

Determinação de tipo / subtipo de linfomas e leucemias

A adequada classificação destas neoplasias permite o tratamento personalizado e mais eficaz, bem como conhecimento do prognóstico.

Diagnóstico de tumores indiferenciados

Algumas vezes o exame histopatológico não consegue definir se um tumor é um carcinoma ou linfoma ou melanoma ou sarcoma. Como cada tipo de tumor tem um tratamento e evolução diferente, é importante tentar diferenciá-los através da imuno-histoquímica, que vai pesquisar moléculas associadas a diferentes tipos de tumor.

Diagnóstico diferencial entre tumores e estados reacionais

Alguns processos inflamatórios (reacionais) podem ser de difícil distinção com câncer pelo exame histopatológico. Por exemplo: linfadenites x linfoma; alterações prostáticas benignas x câncer de próstata; doenças benignas x câncer de mama.

Diagnóstico de diversas doenças infecciosas

Por vezes é difícil determinar o agente etiológico de doenças infecciosas, particularmente os vírus. A imuno-histoquímica pode identificar as moléculas produzidas por diversos agentes infecciosos, como o da toxoplasmose e muitos vírus, como o citomegalovírus (CMV), vírus de epstein-barr (EBV), herpes simplex tipos I e II, vírus das hepatites B e C, HSV8 etc...

Classificação molecular do câncer de mama

Por meio da análise dos marcadores de receptor de estrogênio, receptor de progesterona, oncoproteína HER2 / c-erbB-2 e antígeno Ki-67 é possível definir um dos 4 perfis moleculares do adenocarcinoma de mama -tipos luminal A, luminal B, heR2 ou basal / triplo negativo. Esta definição tem valor preditivo, uma vez que auxilia na escolha do tratamento mais adequado.

Os códigos relacionados para cobrança e suas respectivas quantidades:

40601170 - Procedimento diagnóstico em painel de Imuno-histoquímica (duas a cinco reações) e
40601188 - Procedimento diagnóstico em reação Imuno-histoquímica isolada.

CITAM-SE ALGUNS EXEMPLOS DE EMPREGOS DE REAÇÕES IMUNO-HISTOQUÍMICAS ABAIXO: Nódulo no segmento V hepático, realizado estudo imuno-histoquímico com a finalidade de avaliar a histogênese da neoplasia. Realizado painel com 11 marcadores: PAX8 CAIX, RCC, CD10, vimentina, CK7, CK20, CDX2, TTF1 HepPar1, Ki67. No caso PAX8 utilizado como marcador nuclear com expressão em neoplasias.

Codificação em procedimentos citopatológicos

4.06.01.13-7 Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvicovaginal oncológica

Remunera-se 1x o código acima independentemente do número de lâminas. Usualmente em uma lâmina apenas, há representatividade da ectocérvice e da endocérvice, mas, às vezes, são enviadas duas lâminas uma contendo representatividade da ectocérvice e outra, da endocérvice.

4.06.01.34-0 Procedimento citológico em líquido ascítico

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas.

4.06.01.35-8 Procedimento citológico em líquido pericárdico

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas.

4.06.01.36-6 Procedimento citológico em líquido sinovial

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas. Porém, havendo líquido sinovial puncionado, por exemplo, do joelho direito e do joelho esquerdo, independentemente do número de lâminas, remuneram-se duas vezes.

4.06.01.37-4 Procedimento citológico em outros materiais

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas.

4.06.01.32-3 Procedimento diagnóstico em meio líquido

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas.

4.06.01.12-9 Procedimento citopatológico oncológico de líquidos e raspados cutâneos

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas. Porém, em se tratando de topografias distintas, por exemplo, de punções pleurais à direita e à esquerda concomitantes, independentemente do número de lâminas, remuneram-se duas vezes.

Materiais remunerados por esse código:

- Escovado brônquico;
- Lavado bronquioloalveolar;
- Secreção mamária (descarga papilar);
- Citologia oncótica de urina;
- Líquor.

4.06.01.16-1 Procedimento diagnóstico em citologia hormonal isolada

Remunera-se uma única vez independentemente do número de lâminas.

4.06.01.14-5 Procedimento diagnóstico em citologia hormonal seriada

Nesse código já está inclusa a remuneração do conjunto de lâminas a serem enviadas ao longo de um determinado período (coletas seriadas), deve ser remunerado uma única vez independentemente do número de lâminas.

4.06.01.39-0 Imprint de gânglio

Corresponde a imprint em linfonodo recebido a fresco, sendo remunerado uma vez independentemente do número de lâminas, para cada linfonodo recebido.

Necrópsia

4.06.01.05-6 Necropsia de embrião/feto até 500 gramas

Por definição, óbito fetal é o produto de uma gestação de menos de 20 semanas ou feto com peso menor que 500 gramas. Nesse caso remunera-se a análise do embrião/feto uma única vez.

4.06.01.04-8 - Necropsias de adulta/criança e natimorto com suspeita de anomalia genética

O código específico já está incluído o exame necroscópico bem como a confecção de lâminas e emissão do respectivo laudo. Utilizado nos casos de óbitos de adultos, crianças e natimortos (produto de gestação com mais de 20 semanas).

Amputações

4.06.01.24-2 - Procedimento diagnóstico em amputação de membros – causa oncológica

Remunera-se com o 4.06.01.24-2 x1, salientando que em peças oncológicas deve haver ainda remuneração de margem cirúrgica 4.06.01.22-6 até no máximo 5x e linfonodos 4.06.01.22-6 a cada seis linfonodos.

4.06.01.23-4 - Procedimento diagnóstico em amputação de membros – sem causa oncológica

Remunera-se 1x

Outros procedimentos

4.06.01.17-0 - Procedimento diagnóstico em painel de imunohistoquímica (duas a cinco reações)

Exemplo 1: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 8 anticorpos, remunera-se;
2x 4.06.01.17-0

Exemplo 2: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 13 anticorpos, remunera-se
3x 4.06.01.17-0

Exemplo 3: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 7 anticorpos, remunera-se;
2x 4060117-0

4.06.01.18-8 - Procedimentos diagnóstico em reação imuno-histoquímica isolada

Exemplo 1: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 1 anticorpo remunera-se;
1x 4.06.01.18-8

Exemplo 2: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 6 anticorpos remunera-se;
1X 4.06.01.17-0 +
1X4.06.01.18-8

Exemplo 3: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 11 anticorpos, remunera-se;
2X 4.06.01.17-0 +
1X 4.06.01.18-8

Exemplo 4: Em painel de imuno-histoquímica utilizando 16 anticorpos, remunera-se;
3X 4.06.01.17-0 +
1X 4.06.01.18-8

4.06.01.26-9 - Coloração especial - por coloração (Colorações Histoquímicas)

Remunera-se por cada coloração realizada sendo que elas devem estar mencionadas no exame microscópico ou na conclusão do laudo. São exemplos de colorações especiais: Grocott, Perls, Tricrômico de Gomory, BAAR, PAS entre outras.

4.06.01.28-5 - Procedimento diagnóstico em painel de hibridização “in situ”

Remunera-se 1x

4.06.01.29-3 - Procedimento diagnóstico por captura híbrida

Para pesquisa de HPV, sendo realizado pesquisa para baixo e alto risco, em separado, remunera-se 2X 4.06.01.29-3, caso contrário remunera-se uma única vez.

INSTRUÇÕES ANATOMIA PATOLÓGICA

4.06.01.01-3 - Procedimento diagnóstico peroperatório sem deslocamento do patologista

Ref. 4.06.01.01-3: Restringe-se ao exame feito durante o ato cirúrgico, não incluindo o exame dos espécimes retirados no procedimento e enviados ao laboratório para exame em cortes de parafina;

estes serão valorados de acordo com os itens pertinentes da Classificação.

Os imprints peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código

4.06.01.11 0

4.06.01.03-0 - Procedimento diagnóstico peroperatório com deslocamento do patologista

Ref. 4.06.01.03-0: Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. O exame do primeiro espécime utiliza este porte, enquanto os adicionais, quando existirem, terão portes individuais, utilizando o código 4.06.01.02-1. Assim como no código anterior, não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.

4.06.01.02-1 - Procedimento diagnóstico peroperatório – peça adicional ou margem cirúrgica

Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. O exame do primeiro espécime utiliza o porte 4.06.01.03-0, enquanto os adicionais, quando existirem, serão remunerados pelo código 4.06.01.02-1 – Procedimento diagnóstico peroperatório – peça adicional ou margem cirúrgica, também correspondendo a peças recebidas a fresco, não formalizadas a serem submetidas a cortes em criostato.

O código também não contempla os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina, que terão seus portes estabelecidos pelo código correspondente da peça ou margem 4.06.01.22-6

4.06.01.06-4 - Microscopia eletrônica

Estão inseridos todos os procedimentos do exame de microscopia eletrônica, incluindo documentação fotográfica para cada espécime único. Os espécimes múltiplos terão portes valorados separadamente.

Apenas os exames de cortes semifinos, sem utilização do microscópio eletrônico, terão seus portes fixados pelo código 40601153 – Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados, uma vez a cada espécime.

4.06.01.07-2 - Ato de coleta de PAAF (punção aspirativa por agulha fina) de órgãos ou estruturas superficiais sem deslocamento do patologista

4.06.01.08-0 - Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas profundas sem deslocamento do patologista

4.06.01.09-9 - Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas superficiais com deslocamento do patologista

4.06.01.10-2 - Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas profundas com deslocamento do patologista

Ref. 4.06.01.07-2; 4.06.01.08-0; 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2: O porte se refere apenas ao ato de coleta. Punções realizadas em diferentes regiões deverão ser valoradas separadamente.

Por exemplo: punções realizadas em diferentes quadrantes de mama ou diferentes nódulos de tireoide, são consideradas punções distintas. Os códigos 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2 são usados somente para a primeira região puncionada, devendo as demais seguirem os códigos 4.06.01.07-2 ou 4.06.01.08-0. A análise do material obtido (laboratório) terá sua remuneração pelos códigos: 4.06.01.25-0 ou 4.06.01.11-0, a seguir:

4.06.01.25- 0 - Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5 lâminas

Procedimento punção aspirativa por agulha.

Remuneração de PAAF (leitura de lâminas), códigos 4.06.01.25-0, de acordo com o número de lâminas enviadas ao laboratório.

Número de lâminas multiplique o código

4.06.01.25-0 Por

1 A 5 x1

6 A 10 x2

11 A 15 x3

16 A 20 x4

21 A 25 x5

4.06.01.11-0 Procedimento diagnóstico em biópsia simples “imprint” e “cell block

Amostra única de tecido de órgão/lesão com finalidade diagnóstica, acondicionada isoladamente (exige a confecção de um a três blocos histológicos). Cada “cell block” advindo de PAAF ou de líquidos de qualquer natureza; “imprints”.

Esse código remunera cada frasco, independentemente de órgão ou topografia.

Esse código corresponde às biópsias com finalidade diagnóstica, em geral, correspondendo a materiais diminutos ou filiformes que geram de um a dois blocos de parafina.

Biópsias de áreas distintas designadas separadamente implicam em cortes separados. Múltiplos frascos enviados separadamente são remunerados por este código para cada frasco processado, independente de discriminação das amostras. Múltiplos fragmentos colocados em um mesmo frasco, mas que tenham sido obtidos de regiões topográficas ou de lesões diferentes serão remuneradas de acordo com o código 4.06.01.11-0. O valor final do exame será obtido pelo valor do código multiplicado pelo número de regiões topográficas ou lesões (identificadas pelo procedimento anatomopatológico, referidas na requisição médica ou informadas pelo paciente/familiar).

4.06.01.15-3 Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados

Ref. 4.06.01.15-3: Cada revisão de lâmina deverá ser descrita e valorada individualmente, seguindo os princípios descritos para biópsias e peças cirúrgicas (4.06.01.11-0, 4.06.01.20-0 e 4.06.01.21-8). Este código também é utilizado para remunerar recortes histológicos seriados, além de procedimento diagnóstico em cortes semifinos, sem utilização da microscopia eletrônica.

Exemplo: revisão de lâminas de peça cirúrgica complexa com duas margens cirúrgicas e linfonodos acompanhados do respectivo laudo. Conforme mapa de clivagem tem-se a neoplasia, duas margens e um total de seis linfonodos, nesse caso, remuneram-se 4.06.01.15-3 x4.

4.06.01.19-6 Procedimentos diagnósticos em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco

O código se refere à remuneração de fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco, que exigem a confecção de três ou mais blocos histológicos.

Esse código remunera cada frasco contendo as múltiplas amostras (do mesmo órgão ou topografia).

Emprega-se esse código em uma gama ampla de espécimes tais como biópsias por via endoscópicas tais como biópsias gástricas, colônicas, biópsias prostáticas (sextante) e biópsias vesicais.

4.06.01.20-0 Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples

Ref. 4.06.01.20-0: Peças cirúrgicas ou anatômicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas. Incluem as exéreses de cistos, ressecções cutâneas ou retalhos (fusos) cutâneos, pólipos, linfonodo isolado.

Outros exemplos são: histerectomia simples (corpo e colo são remunerados separadamente), ressecções de baço, apêndice cecal, corneto nasal, hemorroida, nódulo prostático isolado, nódulo mamário isolado, nódulo tumoral benigno, ovário, saco herniário, segmento ósseo, testículo, tonsila, tuba uterina, vesícula biliar etc. Esse procedimento geralmente exige a confecção de três a seis blocos histológicos. Uma peça cirúrgica fracionada em frascos diferentes será remunerada de acordo com o número de frascos enviados para exame. Nódulos tumorais múltiplos (mamários, prostáticos, miomatosos etc.), são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independentemente de serem colocados em um mesmo frasco.

4.06.01.21-8 - Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa

Ref. 4.06.01.21-8: Peças cirúrgicas ou anatômicas complexas são espécimes resultantes de intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica incluindo-se avaliação prognóstica através de estadiamento. Esse procedimento geralmente exige a confecção de sete ou mais blocos histológicos. São exemplos: os produtos de cirurgias radicais, como amputação de pênis, colectomia, conização de colo uterino, enterectomia, esofagectomia, esvaziamento ganglionar (monobloco isolado), exenteração de globo ocular, gastrectomia, histerectomia radical (por neoplasia), laringectomia, mastectomia, nefrectomia, orquiectomia, pneumectomia (ou lobectomia), prostatectomia, quadrantectomia mamária. Retossigmoidectomia, segmento ósseo com neoplasia maligna, sigmoidectomia, tireoidectomia (ou lobectomia), vulvectomia, etc. Também estão incluídas as ressecções cutâneas ampliadas (para melanoma ou para tumores cutâneos com mais de 3,0 cm); as ressecções de tumores volumosos (maiores de 7,0 cm); as ressecções de órgão parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, prostáticos etc.; a placenta (disco placentário); em caso de gemelares, cada placenta é remunerada de forma independente.

4.01.06.22-6 - Procedimentos diagnósticos em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem)

Ref. 4.06.01.22-6: Peças cirúrgicas adicionais são espécimes secundários de uma peça cirúrgica simples ou complexa, enviada em monobloco, ou de um espécime de amputação, como por ex., 1) Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epíplon, mesentério, etc, sendo cada estrutura remunerada de forma independente; 2) Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por grupo de até seis linfonodos) de uma peça anatômica simples ou complexa; 3) Cordão umbilical e membranas de uma placenta. Admite-se a cobrança adicional de duas margens cirúrgicas nos espécimes de conização de colo uterino, (margens exo e endocervicais) e de até cinco margens cirúrgicas nos espécimes de cirurgia oncológica radical. Cada procedimento deste código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.

Acesso à descrição do anatomopatológico

A solicitação da descrição do anatomopatológico deve ser encaminhada quando solicitada pela Unimed Origem e justificada tecnicamente.

ANESTESIOLOGIA

Instruções gerais do Rol de Procedimentos Unimed de interesse da Anestesiologia

O ato anestésico inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos em que haja indicação de seguimento em UTI.

Ele não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesio- logista, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião. Por exemplo, a dissecação de veia central não está inclusa na anestesia, poderá ser feita pelo anestesista e possui código e porte específicos.

Nesse trabalho, os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8, conforme as indicações do quadro a seguir:

Porte anestésico	
0	Anestesia local
1	3A
2	3C
3	4C
4	6B
5	7C
6	9B
7	10C
8	12A

O porte anestésico “0” significa não participação do anestesio- logista.

Nos atos cirúrgicos em que ocorram procedimentos pela mesma via de acesso, seja a mesma equipe cirúrgica ou equipes diversas, a valoração do anestesista se dará em 100% pelo procedimento de maior porte anestésico e 50% dos demais procedimentos praticados

Nos atos cirúrgicos em que ocorram procedimentos por outra via de acesso, seja a mesma equipe cirúrgica ou equipes diversas, a valoração do anestesista se dará em 100% pelo procedimento de maior porte anestésico e 70% dos demais procedimentos praticado”

Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, inexistindo código específico, os atos pratica- dos pelo anestesio- logista serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

Para os atos AN7 e AN8, ou naqueles nos quais seja utilizada circulação extracorpórea (CEC), em procedimentos de neonatologia cirúrgica e outras cirurgias que tenham duração acima de 6 horas, o anestesio- logista responsável poderá solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesio- logista), quando houver necessidade. Para esse, será atribuída uma valoração correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizado(s) pelo anestesio- logista principal. Cabe à auditoria retrospectiva endossar a solicitação, analisando a duração e a complexidade do procedimento. Atualmente, as cirurgias de obesidade mórbida, dificilmente, excedem 3 horas.

Seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de internação ou ambu- latorial, a valoração do porte inclui a anestesia geral, condutiva regional ou local, por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente.

Consulta anestésica

Será paga apenas em consultório, fora do ambiente hospitalar, devidamente registrada e somente para cirurgias eletivas com agendamento prévio. Após a internação, a visita pré-anestésica está inclusa no ato anestésico, não sendo remunerada como visita ao paciente internado.

Anestesia para procedimentos sem porte anestésico

Código	Descrição
31602312	<i>Anestesia para procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares</i>

Quando houver necessidade da participação do anestesista em procedimentos clínicos ambulatoriais ou hospitalares (alocados no grupo 2 da TUSS), os atos médicos praticados pelo anestesista serão valorados por meio do código 31602312.

Código	Descrição
31602347	<i>Anestesia realizada pelo anestesista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos ou para as situações de imperativo clínico</i>

Para os procedimentos alocados nos grupos 3 e 4 da TUSS, em que não está prevista a participação do anestesista, mas ela for necessária, e não sendo procedimentos específicos como em item seguinte, utilizar o código 31602347, conforme previsto pelas instruções gerais.

Esse código também serve para os atos odontológicos (codificações da aba de procedimentos odontológicos – iniciam-se pelo número 8) que, por imperativo clínico, necessitam de suporte hospitalar. Nessas situações odontológicas, remunera-se por código odontológico, independentemente da quantidade de vezes em que for executado. Exemplo: 82000786 – *Exérese ou excisão de cistos odontológicos* (1x) + 82000603 – *Enxerto com osso autógeno do mento* (1x) + 82000875 – *Exodontia simples de permanente* (5xx). Nesse exemplo, seria pago 31602347 (3xx com redução e via de acesso).

A Unimed Executora deve enviar justificativa médica para os procedimentos que não sejam de baixo risco.

Não há necessidade de justificativa nos casos de procedimentos da tabela de baixo risco, sendo responsabilidade da Unimed Executora a confirmação da participação do anestesista por meio de conferência do relatório de anestesia devidamente preenchido e assinado pelo profissional executante. Não cabe solicitação desse documento para pagamento do honorário no Intercâmbio Nacional.

Previsto via de acesso para o procedimento 31602347 – Anestesia realizada pelo anestesista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos ou para as situações de imperativo clínico.

Quando realizados os procedimentos odontológicos do grupo 8 por imperativo clínico, será remunerado o código 31602347 com quantidade máxima de duas vezes.

Para procedimentos diagnósticos e intervencionistas, existem códigos específicos de anestesia na tabela do Rol da Unimed:

Código	Descrição
31602231	Anestesia para endoscopia diagnóstica
31602240	Anestesia para endoscopia intervencionista
31602258	Anestesia para exames radiológicos de angiorradiologia
31602266	Anestesia para exames de ultrassonografia
31602274	Anestesia para exames de tomografia computadorizada
31602282	Anestesia para exames de ressonância magnética
31602290	Anestesia para procedimentos de radioterapia
31602320	Anestesia para procedimentos de medicina nuclear
31602304	Anestesia para exames específicos, teste para diagnóstico e outros procedimentos diagnósticos
31602037	Anestesia geral ou condutiva para realização de bloqueio neurolítico

Observação: a codificação 31602037 – Anestesia geral ou condutiva para realização de bloqueios neurolíticos seria cabível de ser cobrada somente se o procedimento neurolítico não tiver porte anestésico.

Percentualização do honorário do anestesista para serviços auxiliares de diagnóstico (SADT)

A remuneração do ato anestésico para os procedimentos exclusivamente diagnósticos será limitada à três procedimentos, com manutenção da percentualização de vias de acesso.

A decisão cabe para conjunto de procedimentos exclusivamente diagnósticos.

Acréscimo de 30% no honorário do anestesista na realização de TC ou RM

Não deve ser aplicado o acréscimo de 30% em função da idade (criança – até 12 anos ou idoso – acima de 65 anos).

Anestesia combinada, instalação de bomba de analgesia e instalação de cateter peridural para analgesia contínua

Conforme instruções gerais, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de internação ou ambulatorial, a valoração do porte inclui a anestesia geral e/ou condutiva loco-regional por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente.

Exceções permissíveis de associação de codificação incluem 31602207, 31602223 e 31602029. A solicitação de anestesia geral associada a bloqueio com instalação de cateter peridural com a finalidade de analgesia contínua ou instalação de bomba de analgesia deve ser checada pela Unimed Executora antes do envio para autorização pela Unimed Origem.

Código	Descrição
31602207	<i>Instalação de bomba de infusão para analgesia em dor aguda ou crônica, por qualquer via</i>

O código de instalação de bomba para analgesia contínua deve ser pago apenas uma vez e não permite a cobrança do código de analgesia diária na mesma data. O acompanhamento diário pelo anestesista é remunerável por visita enquanto o paciente estiver internado.

A instalação de bomba de infusão para analgesia deve ser remunerada apenas quando utilizada bomba de PCA, já que a simples instalação de droga no acesso escolhido (seja peridural ou endovenoso) não justifica a cobrança desse item como procedimento.

Código	Descrição
31602223	<i>Passagem de cateter peridural ou subaracnóideo com bloqueio de prova</i>

O pagamento de instalação de cateter peridural para analgesia contínua deve ser realizado apenas uma vez, e já inclui a analgesia no primeiro dia. Não procede a cobrança do código de analgesia diária (31602029 - *Analgesia por dia subsequente. Acompanhamento de analgesia por cateter peridural*) quando cobrado no mesmo dia.

Código	Descrição
31602029	<i>Analgesia por dia subsequente - acompanhamento de analgesia por cateter peridural</i>

Remunerar sempre que for mantido o cateter peridural, a partir do segundo dia. Remunerar por dia enquanto forem aplicadas medicações no cateter peridural.

Remuneração do ato médico conforme realizado:

- Anestesia geral (100%) + Peridural (70%)

Os procedimentos associados devem estar descritos na ficha anestésica, a ser auditado pela Unimed Executora.

Não se remunera bloqueios de nervos periféricos ou de plexos para analgesia pós operatório, por se tratar de parte integrante do ato cirúrgico/anestésico.

APARELHO DIGESTIVO

Conforme RN vigente, todas as escopias listadas nos anexos têm a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens assegurada igualmente.

Endoscopia diagnóstica Remuneração dos procedimentos endoscópicos

Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica alta seguida de endoscopia diagnóstica baixa: a remuneração do endoscopista será de 100% e 100%.

Para dois procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos, independentemente da via, a remuneração do endoscopista será 100% e 100%.

Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos pela mesma via: a remuneração do anestesista será de 100% e 50%.

Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos por vias diferentes: a remuneração do anestesista será de 100% e 70%.

Procedimentos endoscópicos com biópsia

Os seguintes procedimentos são considerados diagnósticos:

Código	Descrição
40202038	<i>Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia</i>
40202615	<i>Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease</i>
40202666	<i>Colonoscopia com biópsia e/ou citologia</i>
40202690	<i>Retossigmoidoscopia flexível com biópsia e/ou citologia</i>
40202720	<i>Retossigmoidoscopia rígida com biópsia e/ou citologia</i>
40202055	<i>Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radioscópico</i>

Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease

Código	Descrição
40202615	<i>Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease</i>

Este procedimento inclui o código:

Código	Descrição
40307840	<i>Urease, teste rápido para <i>Helicobacter pylori</i></i>

Anuscopia

Código	Descrição
40201023	<i>Anuscopia (interna e externa)</i>

A anuscopia, quando justificada, deve ser cobrada à parte da consulta.

Endoscopia peroral diagnóstica

Código	Descrição
40201031	<i>Broncoscopia com biópsia transbrônquica</i>

É importante avaliar e discutir a indicação clínica da biópsia, bem como o conhecimento dos laudos dos exames por imagem. Não é rara a solicitação desse código sem a efetiva realização da biópsia pulmonar.

Código	Descrição
40201058	<i>Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral</i>

Esse código é aplicado na maioria das broncoscopias realizadas em UTI.

Código	Descrição
40202054	<i>Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radioscópico</i>

Indicações diagnósticas da endoscopia peroral

Inspeção das vias aéreas
<i>Tosse persistente (após exclusão das causas mais comuns)</i>
<i>Hemoptise</i>
<i>Atelectasia persistente</i>
<i>Paralisia diafragmática</i>
<i>Estridor laríngeo ou sibilo fixo e localizado</i>
<i>Rouquidão</i>
<i>Suspeita de fístula traqueoesofágica</i>
<i>Trauma de tórax</i>
<i>Suspeita de corpo estranho</i>
<i>Avaliação das condições de doador para transplante pulmonar</i>

Avaliação funcional da laringe
<i>Pesquisa de discinesia das cordas vocais</i>

<i>Deglutição e pesquisa de aspiração</i>
<i>Ronco e apneia por sono induzido</i>

Coleta de material (biópsia, punção ou lavado)
<i>Nódulo ou massa parenquimatosa</i>
<i>Doença intersticial pulmonar</i>
<i>Massa hilar, mediastinal ou paratraqueal</i>
<i>Pneumonia recorrente ou não resolvida em imunocompetente</i>
<i>Pneumonia nosocomial</i>
<i>Pneumonia em imunossuprimido</i>
<i>Avaliação de rejeição em transplante pulmonar</i>

Unidade de terapia intensiva
<i>Avaliação de queimaduras</i>
<i>Pneumonia associada à ventilação mecânica</i>
<i>Obs.: na prática diária, é habitual a realização de broncoscopia na UTI, com a finalidade de desobstrução brônquica (geralmente, tampões de secreção), coleta de material e identificar sítio de sangramento nas vias aéreas.</i>

ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNÓSTICA

Endoscopia digestiva com biópsia

No Intercâmbio Nacional, quando se tratar de solicitação de endoscopia digestiva alta com biópsia, o código que deverá ser liberado é o:

Código	Descrição
40202038	<i>Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia</i>

Caso inclua a solicitação de pesquisa de *Helicobacter pylori*, o código a ser liberado é o:

Código	Descrição
40202615	<i>Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease (pesquisa de <i>Helicobacter pylori</i>)</i>

Diretrizes para autorização de exames endoscópicos com magnificação e cromoscopia

1. Dimensionamento de rede:

Demografia da carteira – idosos acima de 45 anos e localização

2. Visita técnica:

- Local de execução (RESOLUÇÃO-RDC Nº 6, DE 10- DE MARÇO DE 2013 da ANVISA):

Equipamentos providos de sistemas de magnificação e cromoscopia (Alta e Baixa)

Ex: NBI (Narrow Band Image – Olympus)

FICE (Flexibe Spectral Imaging Color Enhancement – Fujinon)

Manutenção

Equipe médica com especialização e atualização em Magnificação e Cromoscopia

O diagnóstico de profundidade é extremamente crucial na escolha do tratamento entre a ressecção endoscópica e a cirurgia nas fases iniciais dos cânceres.

Não há como estabelecer uma percentualização para exame endoscópico com magnificação.

Se o serviço contempla as diretrizes para realização do exame com cromoscopia, é norma de boa prática a escolha do método.

ENDOSCOPIA UROLÓGICA DIAGNÓSTICA

Uretroscopia, cistoscopia ou uretrocistoscopia (com ou sem biópsia)

Procedimento diagnóstico de ampla utilização, visto que é adequado para a investigação de doenças obstrutivas do trato urinário inferior, hematúria e infecção urinária de repetição, que apresentam grande incidência na população em geral (Urologia Brasil, 2013; Urologia Moderna, 2013; Guidelines EAU, 2014). Pode ser feita sob anestesia tópica, porém em homens e crianças, quando indicada biópsia, é pertinente a sedação ou analgesia profunda – casos especiais mediante solicitação prévia e análise da Auditoria Médica.

Código	Descrição
40201066	Cistoscopia e/ou uretroscopia
31103030	Biópsia endoscópica de bexiga (inclui cistoscopia)

Equipamentos necessários
Cistoscópio
Torre para endourologia: composta por microcâmera e monitor, fonte de luz, cabo óptico, gravador de mídia ou impressora para registro de imagens
Pinça de biópsia endoscópica

Materiais de consumo básico
Luva LTA (camisa para microcâmara)
Equipo para irrigação
Solução para irrigação isotônica*
Gel anestésico ou lubrificante estéril**
* Soro fisiológico e solução de manitol ** Gel lubrificante estéril – 5 gramas para pacientes do sexo feminino e 10 gramas para pacientes do sexo masculino são os volumes habituais

Medicamentos:

Não há indicação para antibioticoprofilaxia.

Ureteroscopia com ou sem biópsia

Indicada na suspeita de lesões ureterais e pielocaliciais vegetantes ou obstrutivas. Considerando o manuseio ureteral, recomenda-se anestesia ou sedação profunda (Guidelines EAU, 2014).

Código	Descrição
40201279	Ureteroscopia flexível unilateral
40201287	Ureteroscopia rígida unilateral
31102026	Biópsia endoscópica de ureter unilateral

Equipamentos necessários
Ureteroscópio (rígido ou flexível)
Torre para endourologia
Pinça de biópsia para ureteroscópio

Materiais de consumo básico
Luva LTA
Equipo para irrigação
Solução para irrigação isotônica
Gel lubrificante estéril
Bainha para ureteroscópio (se flexível)

Medicamentos:

Não há indicação para antibioticoprofilaxia.

Observa-se que, em exames diagnósticos, é direito do paciente receber o laudo do exame devidamente assinado pelo médico assistente.

A ureteroscopia flexível está indicada para pacientes que necessitam de acesso diagnóstico ao ureter superior e aos cálices renais. Para os demais segmentos ureterais, o acesso com ureteroscopia rígida é o indicado.

ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

Procedimentos endoscópicos intervencionistas

A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e consequente classificação de risco do paciente, está incluída nos portes respectivos de cada procedimento. Entretanto, sempre que essa consulta contraindicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao porte da consulta.

Nos portes dos procedimentos intervencionistas, já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração desses atos obedecerá ao item 14.1 dessas instruções gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto no item 16 dessas instruções gerais. Esse adicional não se aplica ao custo operacional ou a taxas. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 dessas instruções gerais.

Nos procedimentos endoscópicos em que há o concurso de endoscopista auxiliar, ele será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal (item 15 dessas instruções gerais).

Quando houver a necessidade do concurso de anestesiológico nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte 2, código 31602231 - *Anestesia para endoscopia diagnóstica*. Quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3, código 31602240 - *Anestesia para endoscopia intervencionista*.

Quando da realização de dois procedimentos intervencionistas através da mesma via, deverão ser valorados em 100% e 50%.

Indicações terapêuticas da endoscopia peroral

Unidade de terapia intensiva
Auxílio à intubação
Posicionamento da cânula de traqueostomia ou orotraqueal
Ajuste de cânula de duplo lúmen
Auxílio à traqueostomia percutânea
Extubação (via aérea difícil/intubação recorrente)

Desobstrução (tumores, estenoses)
Aplicação de laser e eletrocautério
Crioterapia
Terapia fotodinâmica (PDT)
Instalação de cateter de braquiterapia
Dilatação de estenoses por balão pneumático
Dilatação de estenoses por sondas metálicas
Aplicação de órteses
Outras indicações
Remoção de corpos estranhos
Hemoptise (aspiração ou obstrução brônquica por balão)
Fístulas (agentes esclerosantes, cola biológica ou membranas)
Lavado terapêutico para proteinose alveolar
Remoção de plugs mucosos em asma grave
Drenagem de abscessos

Códigos de endoscopia peroral intervencionista

Código	Descrição
40202593	<i>Retirada de tumor ou papiloma por broncoscopia</i>
40202364	<i>Laringoscopia com microscopia para exérese de pólipo/nódulo/papiloma</i>
40202372	<i>Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe/faringe (tubo flexível)</i>
40202399	<i>Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipo/nódulo/papiloma</i>
40202763	<i>Laringoscopia/traqueoscopia com laser para exérese de papiloma/tumor</i>
40202429	<i>Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)</i>
40202477	<i>Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia com aparelho flexível</i>
40202445	<i>Laringoscopia/traqueoscopia para intubação oro ou nasotraqueal</i>
40202631	<i>Tratamento endoscópico de hemoptise*</i>
40202178	<i>Dilatação de estenose laringotraqueobrônquica**</i>
40202194	<i>Dilatação instrumental e injeção de substância medicamentosa por endoscopia</i>
<p>* As causas mais frequentes são a tuberculose pulmonar e suas sequelas, colonização intracavitária por fungos, bronquiectasias, fibrose cística, abscessos, neoplasias, traumatismo torácico, fístulas arteriovenosas e broncovasculares. Nesses casos, a broncoscopia terapêutica é bastante laboriosa – habitualmente, são utilizados grande volume de soro fisiológico gelado, adrenalina, intubação seletiva com bloqueio endobrônquico etc.</p> <p>** É importante conhecer a história clínica do paciente. A maioria das estenoses laringotraqueais na atualidade é decorrente das intubações traqueais em pacientes submetidos à ventilação mecânica prolongada. Os exames por imagens e fotografias endoscópicas são esclarecedores para o diagnóstico.</p>	

Atentar-se que, nos procedimentos intervencionistas, já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração se dará de acordo com as instruções gerais (50% para os demais atos).

Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimo em seus portes.

Os portes e os custos operacionais dos procedimentos endoscópicos dependentes de exame radiológico não incluem os portes e os custos operacionais da radiologia.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA INTERVENCIONISTA

Polipectomia

Código	Descrição
40202542	<i>Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos)</i>
40202550	<i>Polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos)</i>

O pagamento deve ser independentemente do número de pólipos.

A remuneração do porte ao anestesista seguirá as instruções gerais do Rol de Procedimentos Médicos.

Não há necessidade de autorização para polipectomia, quando executada durante a realização de procedimentos endoscópicos diagnósticos, devendo apenas ser notificada a troca do procedimento à Unimed Origem.

Polipectomia associada com hemostasia

Código	Descrição
40202291	<i>Hemostasia mecânica do esôfago, estômago ou duodeno</i>
40202305	<i>Hemostasia térmica por endoscopia</i>
40202313	<i>Hemostasias de cólon</i>

A hemostasia endoscópica, quando realizada no mesmo ato da polipectomia, é parte integrante do procedimento de polipectomia. Deve ser liberado apenas o material adicional necessário à técnica de hemostasia utilizada (agulha injetora ou clipe hemostático ou sonda bipolar para coagulação elétrica).

Papilotomia + colangiopancreatografia

Código	Descrição
40202518	<i>Papilotomia endoscópica (para retirada de cálculos coledocianos ou drenagem biliar)</i>
40201074	<i>Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica ou</i>
40809072	<i>Colangiopancreatografia retrógrada</i>

Para a evidenciação da presença de cálculos, o exame radiológico deve ser realizado.

Associação de cobrança de endoscopia diagnóstica e intervencionista

Quando são realizados procedimentos no mesmo ato **por vias diferentes**, foi deliberado o pagamento da seguinte maneira:

Exemplo:

Código	Descrição
40202542	Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos) – 100%
31602240	Anestesia para endoscopia intervencionista – 100%
40202038	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia – 100%
31602231	Anestesia para endoscopia diagnóstica – 70%

Troca de sonda de Gastrostomia

A remuneração da troca de sonda de gastrostomia se dará de acordo com seguintes critérios: tipo de sonda e tipo de procedimento originalmente realizado.

Se for necessária a troca de sonda cuja fixação seja através de balão, botton ou outro método por manipulação externa, ou simplesmente a troca dos materiais de fixação externa, será remunerada consulta em consultório, consulta em pronto socorro ou visita hospitalar de acordo com o local da realização.

Se a gastrostomia original for endoscópica a troca deverá ser remunerada através de uma nova gastrostomia endoscópica.

Percentualização para pacotes endoscópicos

Independente do tipo de procedimento gerador do pacote, será pago até 2 pacotes, sendo 100% para o maior pacote e 50% para o segundo pacote, com exceção aos pacotes de genética, hemoterapia e antiangiogênico para DMRI.

CABEÇA E PESCOÇO/CIRURGIA

Biópsia de lábio

Código	Descrição
30201012	Biópsia de lábio

Boca

Cirurgia bucomaxilofacial

Segundo a Súmula nº11 da ANS:

1. A solicitação dos exames laboratoriais/complementares previstos no art. 12, inciso I, alínea b, da Lei nº 9.656 de 1998, e dos procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares, de natureza bucomaxilofacial ou por imperativo clínico, dispostos no art. 12, inciso II, da mesma lei, e no art. 7º, parágrafo único da Resolução CONSU nº 10 de 1998, devem ser cobertos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, **mesmo quando promovidos pelo cirurgião-dentista assistente**, habilitado pelos respectivos conselhos de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.
2. A solicitação das internações hospitalares e dos exames laboratoriais e complementares requisitados pelo cirurgião-dentista, devidamente registrado nos respectivos conselhos de classe, deve ser coberta pelas operadoras, sendo vedado negar autorização para realização de procedimentos, exclusivamente, em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada ou referenciada da operadora.
3. A solicitação de internação, com base no art. 12, inciso II, da Lei nº 9.656 de 1998, decorrente de situações clínicas e cirúrgicas de interesse comum à medicina e à odontologia deve ser autorizada mesmo quando solicitada pelo cirurgião-dentista, desde que a equipe cirúrgica seja chefiada por um profissional médico.
4. A cobertura dos procedimentos de natureza odontológica deve respeitar o Rol de Procedimentos da ANS, contemplando todas as doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde, assim como a segmentação contratada entre as partes.

Visitas da Cirurgia Bucomaxilofacial

Desde que devidamente indicadas e justificadas, as visitas hospitalares para cirurgiões-dentistas em atendimentos relacionados à cirurgia bucomaxilofacial poderão ser remuneradas no Intercâmbio Nacional, obedecendo às mesmas regras de remuneração de visitas hospitalares médicas, inclusive em período pós-operatório e nos casos de pareceres e acompanhamentos.

Extração de dentes impactados ou inclusos que, por imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar

Quando ocorrer tal situação, ficou definido que deverá transitar no Intercâmbio Nacional o código:

Código	Descrição
30714028	Corpo estranho intraósseo - tratamento cirúrgico

Enxertia óssea para reabilitação oral

Código	Descrição
30722306	<i>Enxerto ósseo (perda de substância) – tratamento cirúrgico</i>

Biópsia de boca

Código	Descrição
30202027	<i>Biópsia de boca</i>

Exérese de tumor e enxerto cutâneo ou mucoso

Código	Descrição
30202051	<i>Exérese de tumor e enxerto cutâneo ou mucoso</i>

Laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe

Código	Descrição
30202159	<i>Laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, por sessão</i>

Biópsia de língua

Código	Descrição
30203031	<i>Biópsia de língua</i>

Biópsia de glândula salivar

Código	Descrição
30204011	<i>Biópsia de glândula salivar</i>

Redução de luxação da articulação temporomandibular (ATM)

Código	Descrição
30207231	<i>Redução de luxação da ATM</i>

Biópsia de mandíbula

Código	Descrição
30211018	<i>Biópsia de mandíbula</i>

Tireoidectomia total + esvaziamento

Código	Descrição
30213053	<i>Tireoidectomia total</i>
30914051	<i>Linfadenectomia cervical</i>

No caso de tireoidectomia total com esvaziamento, devem ser utilizados os códigos acima, conforme parecer da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP).

Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

CARDIOLOGIA

Teste ergométrico

Código	Descrição
40101037	Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)
40101045	Teste ergométrico convencional - 3 ou mais derivações simultâneas

Por decisão do CNA, faz parte da planilha de baixo risco e foi tratado como exceção para procedimentos que possuem diretrizes de utilização, sendo liberado de forma automática.

Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)

Código	Descrição
20102038	Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)

Cobertura quando preenchido, pelo menos, um dos seguintes critérios:

1. Suspeita de hipertensão do avental branco
2. Avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgãos-alvo e suspeita de hipertensão mascarada
3. Avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva
4. Quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo
5. Quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência ou progressão de lesão de órgãos-alvo

Em função das dificuldades operacionais no Intercâmbio, esse procedimento está classificado como procedimento de baixo risco.

Holter

Indicações de acordo com II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatrics. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (3 supl. 2): 1-112.

Código	Descrição
20102011	Holter de 24 horas - 2 ou mais canais - analógico
20102020	Holter de 24 horas - 3 canais - digital

A diferença para o paciente é que o aparelho do processamento digital é menor, mais leve e confortável. Para o médico, rapidez na análise das informações e armazenamento nos sistemas de informação sobre o paciente, sem necessidade de registro em papel.

Em função das dificuldades operacionais no Intercâmbio, esse procedimento está classificado como procedimento de baixo risco.

Tilt teste

Código	Descrição
20102070	Tilt teste

Teste do coraçãozinho

Código	Descrição
41401514	Oximetria não invasiva

Trata-se da oximetria de pulso no recém-nascido. É recomendado que seja realizado entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar.

O código 41401514 *oximetria não invasiva* é um dado vital, é parte integrante da consulta médica/retorno e da avaliação durante uma visita hospitalar, para médicos e profissionais não médicos, também não é devido para remuneração durante a realização de exames e para pacientes sob monitorização/observação.

Honorário de médico perfusionista

Código	Descrição
30905060	Perfusionista em procedimentos cardíacos

Não cabe o pagamento de honorários de perfusionista ao médico cirurgião, e nem aos membros da equipe cirúrgica em campo.

CIRURGIA CARDÍACA

Com circulação extracorpórea

Código	Descrição
Procedimento principal +	
30905036	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
30906164	Cateterismo da artéria radial - para PAM
30913098	Dissecção de veia com colocação catéter venoso
30905044	Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) ou

De acordo com relatório cirúrgico.

Os seguintes códigos não devem ser pagos:

Código	Descrição
30915023	Drenagem do pericárdio
30912083	Colocação de catéter intracavitário para monitorização hemodinâmica
20201052	Cardioversão elétrica eletiva (avaliação clínica, eletrocardiográfica, indispensável à desfibrilação)
30907144	Varizes – tratamento cirúrgico de um membro
30904080	Instalação de marca-passo epimiocárdico temporário
30804116	Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada
20104049	Cateterismo vesical em retenção urinária
30915040	Pericardiotomia
30916011	Hipotermia com ou sem parada cardiocirculatória total

Códigos excluídos do Rol da ANS

Código	Descrição
30903050	Enxerto com veia para revascularização miocárdica
30903068	Enxerto com artéria para revascularização miocárdica

Quando houver necessidade de utilização de qualquer uma dessas técnicas, deve-se usar o código abaixo para pagamento:

Código	Descrição
30906377	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares

Stent farmacológico para tratamento da doença arterial coronariana – (DAC)

Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

Documento sobre stent farmacológico: foi publicado em fevereiro de 2014 e o demandante foi a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI).

Pergunta:

Os stents farmacológicos (eluidores de droga) são mais eficazes, efetivos e custo-efetivos que os *stents* convencionais no tratamento da doença arterial coronariana em pacientes adultos elegíveis para intervenção coronariana percutânea?

Evidências científicas: as evidências científicas de eficácia apresentadas pelo demandante foram consideradas inadequadas.

Busca suplementar incluiu 14 revisões sistemáticas que avaliaram a comparação de stent farmaco-

lógico versus *stent* convencional.

Conclusões quanto aos estudos:

Quanto à mortalidade, não houve diferença estatística significativa entre os pacientes que receberam *stent* farmacológico ou *stent* convencional nos dez estudos que avaliaram a mortalidade em qualquer que fosse o tempo de seguimento – que variou entre seis meses e cinco anos.

Não houve diferença estatística significativa entre os pacientes que receberam *stent* farmacológico ou convencional em dez estudos que avaliaram a incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM), em até cinco anos de acompanhamento.

Em todos os estudos, os *stents* farmacológicos (com sirolimo ou paclitaxel) apresentaram menor taxa de reintervenção que o *stent* convencional, em qualquer tempo de seguimento.

Trombose intra-*stent* – semelhante nos dois grupos, desde que os portadores de *stents* farmacológicos recebam terapia antiplaquetária dupla por tempo prolongado.

Diabéticos – mesmo padrão obtido para pacientes não diabéticos, com menor taxa de reintervenção para pacientes que utilizaram *stent* eluidor de sirolimo comparado aos que utilizaram *stent* convencional, porém sem diferença entre os grupos para os desfechos de morte, morte ou IAM, IAM e trombose intra-*stent*.

Discussão:

Estudos realizados no Brasil demonstraram que o uso do *stent* farmacológico não apresenta uma razão de custo-efetividade favorável na perspectiva do SUS. Entretanto, quando foi utilizado o escore de propensão, o uso de *stents* farmacológicos foi custo-efetivo para idosos, diabéticos e pacientes com lesões longas ou vasos de fino calibre.

Recomendação:

Considerando as evidências avaliadas para um subgrupo específico, a Conitec recomendou para o SUS a incorporação dos *stents* farmacológicos para as intervenções endovasculares cardíacas e extracardíacas em pacientes diabéticos e com lesões em vasos finos (lesões de calibre inferior a 2,5 mm e extensão maior que 18 mm), condicionada ao mesmo valor de tabela do *stent* convencional.

CDI – Cardiodesfibrilador implantável

Código	Descrição
30904161	Implante de cardiodesfibrilador multissítio – TRC-D (gerador e eletrodos)

Classes de indicações para implante de CDI em situações especiais

I – Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC)

Classe I: pacientes com TVPC, sobreviventes de parada cardíaca, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIa: pacientes com TVPC que evoluem com síncope ou TVS, apesar do uso de betabloqueador em dose máxima tolerada e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe III: não indicado (sem melhora ou piora do quadro). Pacientes com TVPC assintomática que apresentem boa resposta ao tratamento com betabloqueador.

II – Síndrome do QT longo

Classe I: pacientes com SQTLC (Síndrome do QT Longo Congênito), sobreviventes de parada cardíaca e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIa: pacientes com SQTLC que evoluem com síncope ou TVS, apesar do uso de betabloqueador em dose máxima tolerada e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIb: pacientes com SQTLC do tipo LQT2 ou LQT3 e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe III: não indicado (sem melhora ou piora do quadro). Pacientes assintomáticos sem diagnóstico específico por análise genética.

III – Síndrome de Brugada (SB)

Classe I: pacientes com SB, sobreviventes de parada cardíaca e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIa: pacientes com SB e alterações eletrocardiográficas espontâneas, síncope e expectativa de vida de pelo menos 1 ano. Pacientes com SB e documentação de TVS espontânea que não provocou parada cardíaca e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIb: pacientes com SB e alterações eletrocardiográficas induzidas por fármacos, síncope de origem indeterminada e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe III: não indicado (sem melhora ou piora do quadro). Pacientes com SB assintomáticos e sem fatores de risco documentados.

IV – Cardiomiopatia hipertrófica (CMH)

Classe I: pacientes com CMH que tenham apresentado TV/FV sustentada de causa não reversível e expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIa: pacientes com CMH que apresentem 1 ou mais fatores de risco maiores para MSC (morte súbita cardíaca), como, por exemplo, taquicardia ventricular sustentada (TVS) espontânea, história familiar de morte súbita em jovens, síncope inexplicada, espessura de parede ≥ 30 mm ou TV não sustentada (FC > 120 bpm ao Holter).

Classe III: não indicado (sem melhora ou piora do quadro). Pacientes com CMH sem fatores de risco.

V – Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD)

Classe I: pacientes com CAVD que tenham apresentado TV/FV sustentada de causa não reversível e com expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe IIa: pacientes com CAVD com doença extensa, incluindo envolvimento do VE, associada à história familiar de MSC em 1 ou mais membros, ou síncope de origem não determinada e com expectativa de vida de pelo menos 1 ano.

Classe III: não indicado (sem melhora ou piora do quadro). Pacientes com CAVD assintomáticos, sem fatores de risco.

Ressincronizador cardíaco ou marca-passo multissítio

Código	Descrição
30904064	<i>Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio</i>

Deve-se entender o marca-passo multissítio como o ressincronizador cardíaco usado para tratar miocardiopatias graves, que cursam com bloqueio de ramo esquerdo (o que configura o dessincronismo da contração ventricular esquerda) e provocam sintomas de insuficiência cardíaca, mesmo com o uso de tratamento clínico otimizado.

Marca-passo unicameral e bicameral

Código	Descrição
30904137	<i>Implante de marca-passo monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)</i>
30904145	<i>Implante de marca-passo bicameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular)</i>

Quanto à indicação de unicameral versus bicameral: não existem evidências científicas convincentes que demonstrem benefício do tipo de marca-passo (unicameral versus bicameral) sobre mortalidade total. Marca-passos bicamerais implicam na redução de incidência de fibrilação atrial, melhora de capacidade física e melhora de escores de qualidade de vida, além de tendência à redução no desenvolvimento de insuficiência cardíaca. Complicações, especialmente deslocamento de eletrodo e infecção, ocorrem com maior frequência nos pacientes com estimulação bicameral.

Recomendações:

1. Marca-passo unicameral deve ser primeira escolha no tratamento da bradicardia sintomática em:
 - Pacientes em que se antecipa limitação funcional importante, comorbidades significativas e/ou expectativa de vida limitada
 - Pacientes com fibrilação atrial permanente (escolha é unicameral ventricular)
2. Em pacientes com doença do nó sinusal e condução atrioventricular supostamente normal, a escolha do tipo de marca-passo é incerta, uma vez que se estima que, por ano, aproximadamente 1% a 2% desenvolverão bloqueio atrioventricular. Em pacientes com condução atrioventricular comprovadamente normal, a escolha deverá ser marca-passo unicameral atrial.
3. Marca-passo bicameral pode ser considerado opção no tratamento nos demais casos da bradicardia sintomática por doença do nó sinusal ou bloqueios atrioventriculares, considerando-se expectativa de melhora de desfechos substitutos.
4. (Recomendações de Grau A)

Fonte:

Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências – Sumário das evidências e recomendações para seleção de modelos de marca-passos nos bloqueios atrioventriculares e doença do nó sinusal: unicamerais versus bicamerais – Unimed Rio Grande do Sul

Avaliação clínica e eletrônica de marca-passo, sincronizador ou desfibrilador

Código	Descrição
20101201	<i>Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo ou sincronizador ou desfibrilador</i>

Deverão ser seguidas as diretrizes preconizadas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. A remuneração da avaliação está inclusa na consulta médica do avaliador.

Implante de monitor de eventos (looper implantável)

Código	Descrição
30904170	<i>Implante de monitor de eventos (looper implantável)</i>

Cateterismo cardíaco

Código	Descrição
30911044	<i>Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia/cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica</i>
30911052	<i>Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio</i>
30911060	<i>Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar</i>
30911079	<i>Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia</i>
30911087	<i>Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos toracoabdominais e/ou membros</i>

Procedimento ambulatorial diagnóstico com as seguintes indicações:

- Pacientes com angina limitante, mesmo estável
- Síndromes coronarianas agudas instáveis, considerados de alto risco (angina refratária, aumento de enzimas, dor associada a novos desnivelamentos do segmento ST ou a insuficiência cardíaca e arritmias graves)
- Pacientes na fase aguda do infarto do miocárdio com supradesnivelamento de ST, que serão submetidos à angioplastia primária ou que evoluem com instabilidade hemodinâmica ou isquemia persistente

Os pacientes considerados de baixo risco clínico (angina de alívio rápido com medicação, ausência de alterações eletrocardiográficas ou laboratoriais ou dor torácica atípica) podem ser estratificados por métodos não invasivos. Se não houver indução de isquemia, a cinecoronariografia não estará indicada e o tratamento clínico bem conduzido é ainda adequado para um grande número de doentes.

FFR – Fluxo fracionado de reserva do miocárdio

Código	Descrição
30911028	Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (catéter ou guia)

Fluxo fracionado de reserva do miocárdio (FFR) é um método para identificar as obstruções coronarianas que estão produzindo isquemia miocárdica, realizado durante a cineangiocoronariografia. O FFR representa a fração de fluxo miocárdico máximo normal que poderá ser atingido a despeito da presença de estenose. Pode ser determinado dividindo-se a pressão média distal à lesão coronariana pela pressão média em aorta durante a vasodilatação máxima. O valor normal de FFR é igual a um. Um FFR de 0,60 significa que a quantidade máxima de sangue que irriga aquela área específica do miocárdio atinge apenas 60% do que atingiria se a artéria responsável fosse completamente normal. Valores de FFR menores que 0,80 correspondem a teste positivo para isquemia com acurácia maior que 90%.

É indicado para medir parâmetros fisiológicos no coração e nos vasos sanguíneos coronários e periféricos. Limitações técnicas, como presença de tortuosidades, calcificações e oclusões crônicas, podem limitar o uso do FFR.

Não deve ser utilizado na fase aguda do infarto do miocárdio, até seis dias após, pois, nessa época, a capacidade de dilatar a microcirculação e de se obter hiperemia máxima pode estar comprometida, fazendo que o FFR não forneça dados confiáveis. Outra situação que pode prejudicar a interpretação do FFR, é cardiomiopatia hipertrófica.

Recomendação:

No paciente eletivo, o impacto fisiológico de uma obstrução coronariana deve ser determinado por testes indutores de isquemia (teste ergométrico ou cintilografia miocárdica) realizados, mais comumente, antes da angiografia, mas também depois dela. Entretanto, a decisão de tratar ou não uma obstrução coronariana em situações agudas baseia-se unicamente em critérios angiográficos. A avaliação do fluxo coronariano de reserva pode ser útil nessas situações agudas, ou seja, quando a coronariografia detecta uma lesão aterosclerótica moderada no contexto de uma síndrome coronariana aguda, representando uma forma de se determinar o impacto funcional dessa obstrução, e, assim, subsidiar a intervenção sobre a lesão também em critérios funcionais e não só angiográficos.

Contraindicações:

- Pacientes com angina estável, passíveis de se submeterem a teste indutor de isquemia
- Pacientes em fase aguda de infarto agudo do miocárdio, com supradesnívelamento de segmento ST
- Oclusão total de artéria coronariana
- Pacientes com lesão obstrutiva única

Como é feita a medida do fluxo fracionado de reserva (FFR) do miocárdio?

Após infusão intracoronariana de uma substância vasodilatadora, adenosina ou papaverina, capaz de provocar hiperemia máxima, procede-se às medidas da pressão após a obstrução e antes dela.

$$\text{FFR} = \text{pressão coronária distal} / \text{pressão coronária proximal}$$

Referências bibliográficas:

Diretrizes das indicações da ecocardiografia. Arq. Bras. Cardiol. 2009; 93 (6 supl. 3): e265-e302. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_eco_9306supl3.asp>.

Olshansky B. Evaluation of syncope in adults. Version 18.3 [last literature review:] Jun 15, 2012. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>.

Podrid PJ. Invasive cardiac electrophysiology studies: Tachyarrhythmias. Version 18.3. [last literature review: set. 2010]. Acesso em: 14 jan. 2011. Disponível em: www.uptodate.com 2. Zipes et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). ACC/AHA/ESC Practice Guidelines *J Am Coll Cardiol*. 2006; 48(5): e247-346.

Eletrofisiologia cardíaca

Ratificado o entendimento de aplicação das vias de acesso para os procedimentos de eletrofisiologia do capítulo 3 da CBHPM.

Estudo eletrofisiológico (EEF)

Código	Descrição
30918014	<i>Estudo eletrofisiológico com ou sem sensibilização farmacológica</i>

Conforme Instruções Gerais da Tabela Rol UNIMED: procedimento terapêutico, permanência hospitalar de um dia e de duas a quatro vias de acesso distintas. Procedimentos excludentes conforme instruções gerais da CBHPM: acessos vasculares periféricos, acessos vasculares centrais, cateterismo de câmaras cardíacas e provas farmacológicas ou elétricas.

Os objetivos do estudo eletrofisiológico são:

- Estabelecer o diagnóstico preciso da arritmia;
- Estabelecer a etiologia da síncope;
- Estimar prognóstico;
- Estabelecer a estratificação de risco de morte cardíaca súbita;
- Conhecer dados para orientação terapêutica, como implante de marca-passo ou de desfibrilador cardíaco;
- Orientar a terapia com drogas antiarrítmicas;
- Avaliar os resultados da terapia não farmacológica, como, ablação de arritmias com cateter de radiofrequência, cirurgias antiarrítmicas e a terapia com cardioversor e desfibrilador cardíacos.

Indicações:

1. Taquicardia ventricular (TV)

O estudo eletrofisiológico é usado para documentar a taquicardia ventricular, guiar a ablação de focos arritmogênicos, avaliar os efeitos de drogas antiarrítmicas, determinar os riscos de recorrência de taquicardia ventricular e os riscos de morte súbita, avaliar síncope em pacientes para os quais se suspeita de etiologia arrítmica e, em alguns casos, estabelecer a indicação de cardiodesfibrilador.

O alcance do teste eletrofisiológico como ferramenta de diagnóstico e avaliação das taquicardias ventriculares (TV) varia fundamentalmente com o tipo e a gravidade da doença cardíaca subjacente, a presença ou ausência de TV sustentada, a terapia concomitante com drogas, o protocolo de estimulação e o sítio de estimulação.

Os maiores índices de indução e de reprodutibilidade são observados em pacientes portadores de doença coronariana, sobretudo aqueles em fase tardia após infarto do miocárdio.

2. Taquicardia ventricular em portadores de doença cardíaca coronariana

Indicação Classe I – nível de evidência B: o EEF é recomendado para avaliação diagnóstica de pacientes com infarto do miocárdio remoto (com mais de 40 dias) com sintomas sugestivos de taquiarritmias ventriculares, como palpitações, pré-síncope e síncope. Também recomendado para pacientes

com doença cardíaca coronariana tanto para guiar a ablação como para determinar a eficácia do tratamento ablativo da taquicardia ventricular.

Indicação Classe I – nível de evidência C: o EEF é útil em portadores de doença cardíaca coronariana para avaliação diagnóstica de taquicardias com complexo QRS largo, cujo mecanismo é desconhecido.

Indicação Classe IIa – nível de evidência B: o EEF é razoável na estratificação de risco dos pacientes com infarto do miocárdio remoto, taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) e FE menor ou igual a 40%.

A indicação para avaliação da eficácia terapêutica de drogas antiarrítmicas foi abandonada.

3. Estudo eletrofisiológico nos portadores de miocardiopatia dilatada (doença estrutural cardíaca não isquêmica)

O estudo eletrofisiológico desempenha um papel menos importante na avaliação e na conduta terapêutica nas taquicardias ventriculares dos portadores de miocardiopatia dilatada, não isquêmica. Isso porque, nesses casos, a possibilidade de induzir a taquicardia ventricular e a reprodutibilidade é baixa. Sendo assim, o valor preditivo positivo da TV induzida também é baixo.

Indicação Classe I – nível de evidência C:

- O EEF é útil no diagnóstico da taquicardia ventricular por reentrada em ramos cardíacos e para orientar a ablação do local de origem.

- O EEF é útil na avaliação de pacientes com miocardiopatia dilatada não isquêmica, sintomáticos com palpitações persistentes, pré-síncope ou síncope e com taquicardia com complexos QRS largos.

4. Estudo eletrofisiológico nas anomalias de repolarização ventricular devidas a síndromes arrítmicas genéticas

Síndrome do QT longo: o estudo eletrofisiológico não provou ser de qualquer utilidade na avaliação dessa síndrome.

Síndrome de Brugada: o papel do EEF na estratificação de risco dos portadores de Síndrome de Brugada é discutível e é provável que permaneça indefinido até que estejam disponíveis evidências obtidas de estudos prospectivos, com amostra e seguimento adequados.

Para os portadores sintomáticos, recuperados de parada cardíaca ou que apresentaram TV documentada sem parada cardíaca ou que tiveram síncope e apresentam elevação espontânea do segmento ST em V1 e V2, há indicação de cardiodesfibrilador implantável, sem necessidade de realização de estudo eletrofisiológico.

5. Taquicardia ventricular na ausência de doença estrutural cardíaca

A taquicardia ventricular que se origina na via de saída do ventrículo direito é a forma mais comum em pessoas aparentemente saudáveis, sem evidências de doença estrutural cardíaca e é associada a um bom prognóstico. Geralmente, ela se apresenta com morfologia de bloqueio de ramo esquerdo, induzida pelo esforço, sem outras alterações isquêmicas ou de forma repetitiva. Os sintomas tendem a ser leves e a síncope é rara. A via de saída do ventrículo esquerdo pode ser também o sítio de origem de taquicardias ventriculares em corações estruturalmente normais, e responsabiliza-se por uma pequena porcentagem de todos os casos de taquicardia ventricular.

O estudo eletrofisiológico é razoável na avaliação diagnóstica de pacientes com coração estruturalmente normal e taquicardia ventricular que se origina na via de saída ventricular (Classe IIa – nível de evidência B).

6. Cardiomiopatia hipertrófica

O papel do EEF na cardiomiopatia hipertrófica não está definido.

Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito: as manifestações arrítmicas da cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito são variáveis. O papel na determinação do prognóstico dos por-

tadores de extrasístoles frequentes ou de TV não sustentada não está estabelecido. A gravidade da doença pode influenciar a resposta ao estímulo eletrofisiológico.

7. Estudo eletrofisiológico na avaliação dos pacientes com síncope

A síncope consiste na perda abrupta e transitória de consciência, associada à perda do tônus postural, seguida por recuperação completa e usualmente rápida.

É um sintoma assustador para o paciente e a família ou as testemunhas. É manifestação de múltiplos processos patológicos e pode sugerir uma parada cardíaca. Ainda assim, frequentemente, é benigna e autolimitada.

A síncope pode provocar traumas, que ocorrem em até um terço dos pacientes, e os episódios recorrentes são psicologicamente devastadores. Em alguns casos, pode ser um sinal premonitório de parada cardíaca, especialmente nos pacientes com doença cardíaca orgânica.

Uma causa cardíaca foi identificada em 23% dos casos de síncope, em estudo prospectivo, que incluiu 341 pacientes com essa condição. A síncope mediada por mecanismos neurais (vasovagal) foi demonstrada em 58% dos casos. Em 1%, foi diagnosticada uma doença neurológica ou psiquiátrica e, em 18%, a causa permaneceu indefinida.

O EEF está indicado em pacientes selecionados, particularmente, naqueles com doença estrutural cardíaca. Não constitui o primeiro passo na avaliação da síncope e deve ser utilizado como instrumento complementar, após todo um trabalho de investigação não invasiva.

A avaliação não invasiva inclui:

- História clínica detalhada das condições em que ocorreram os episódios, os sintomas precedentes
- A frequência dos episódios, a posição do paciente, a duração do sintoma, uso de medicamentos etc.
- Exame físico
- ECG (que pode elucidar distúrbios de condução, da repolarização cardíaca e, mais raramente, alterações do ritmo)
- Ecocardiograma (que comprova a existência ou não de disfunção cardíaca e a presença de alterações estruturais do músculo e das valvas cardíacas)
- Teste ergométrico
- Monitorização eletrocardiográfica (pelo sistema Holter, pelo sistema de registro de eventos, pelo registrador tipo alça implantável – que é um dispositivo colocado sobre a região peitoral ou paraesternal esquerda e tem uma bateria com alcance para 18 a 24 meses)
- Avaliação neurológica em casos específicos, após triagem clínica
- Realização do teste de inclinação (tilt teste) em casos específicos

Indicações:

Indicação Classe I, nível de evidência B: o EEF é recomendado aos pacientes com síncope de causa desconhecida com doença estrutural cardíaca.

Indicação Classe IIa, nível de evidência B: o EEF pode ser usado nos pacientes com síncope, sem doença estrutural cardíaca, quando tem suspeita de bradiarritmias ou taquiarritmias, e nos quais a avaliação diagnóstica não invasiva não foi conclusiva.

a. EEF quando há suspeita de bradiarritmias

A síncope pode ser devido à bradiarritmia por disfunção do nó sinusal ou por bloqueio atrioventricular.

Drogas antiarrítmicas, betabloqueadores, glicosídeos cardíacos e bloqueadores dos canais de cálcio podem induzir bradicardia sintomática. O EEF pode ser usado para documentar ou provocar bradiarritmias, quando outros testes tiverem falhado em prover informações conclusivas.

O alcance diagnóstico do EEF nas bradiarritmias é variável de acordo com a população estudada.

Constitui uma ferramenta útil na presença de doença estrutural cardíaca. Na ausência de doença cardíaca ou com eletrocardiograma normal, o valor diagnóstico do estudo eletrofisiológico é baixo.

Resultados falso positivos podem ser encontrados em mais de 24% dos pacientes.

O EEF em pacientes com bradicardia esporádica e síncope tem sensibilidade limitada, mesmo com a adição de estímulos eletrofarmacológicos.

O estudo eletrofisiológico pode provocar taquiarritmias inespecíficas em pacientes com função ventricular esquerda preservada e sem outras anomalias estruturais cardíacas.

b. EEF quando há suspeita de taquiarritmias

Suspeita de taquicardia supraventricular (TSV): nessa situação, o papel do estudo eletrofisiológico é documentar o tipo de arritmia e orientar a conduta do paciente. Em uma população mista, o poder diagnóstico foi de 5%.

Nas taquicardias supraventriculares, a síncope não é um sintoma comum e, quando presente, geralmente é acompanhada ou precedida por palpitações. A síncope pode ser causada por uma reação vasodepressora, que acompanha a TSV, principalmente naquelas provocadas por reentrada no nó atrioventricular. Não tem correlação com a frequência ou a distância dos intervalos R-R na síndrome de Wolff-Parkinson-White, durante a fibrilação atrial.

c. Suspeita de taquicardia ventricular (TV)

A síncope em pacientes com doença estrutural cardíaca é um indício de gravidade, em particular, quando há comprometimento importante da função ventricular esquerda.

A síncope associada à presença de taquicardia ventricular não sustentada ao Holter e de doença estrutural cardíaca é um indício altamente sensível de taquicardia ventricular induzível ao EEF.

Mesmo quando o EEF é negativo, a ocorrência de síncope associada à doença cardíaca e fração de ejeção baixa apresenta alta recorrência e alto índice de mortalidade.

O valor do EEF é maior entre os portadores de doença cardíaca de origem isquêmica e menor nas cardiopatias não isquêmicas. Na cardiopatia isquêmica, o alcance diagnóstico do EEF pode atingir 50%.

Na cardiomiopatia hipertrófica, o EEF não tem valor diagnóstico na maioria dos pacientes.

A indução de taquicardia ventricular polimórfica ou de fibrilação ventricular (FV), especialmente com técnicas agressivas de estimulação cardíaca, não é específica. Taquicardias ventriculares inespecíficas têm sido induzidas em 23% dos pacientes portadores de disfunção cardíaca leve (queda discreta da FE).

Ablação percutânea por catéter

Código	Descrição
30918081	<i>Ablação percutânea por catéter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (fibrilação atrial, taquicardia ventricular com modificação de cicatriz, taquicardias atriais macrorreentrantes com modificação de cicatriz), por energia de radiofrequência</i>

Trata-se de um procedimento terapêutico que comporta permanência hospitalar máxima de dois dias e duas a quatro vias de acessos vasculares distintas.

Vias de acessos especiais, como a punção de saco pericárdico ou punção transeptal, podem ser incorporadas à intervenção e cobradas à parte, dada a sua alta complexidade.

O estudo eletrofisiológico, o mapeamento de gatilhos ou substratos e o mapeamento eletroanatômi-

co 3D possuem objetivos diversos, não necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação e/ou que envolvem alto grau de complexidade, podendo ser cobrados à parte, quando previamente planejados ou realizados por decisão transoperatória.

Mapeamento eletroanatômico cardíaco tridimensional

Código	Descrição
30918030	Mapeamento eletroanatômico tridimensional

Procedimento de identificação da região responsável pela arritmia por meio de técnica de mapeamento em imagem 3D. Não dispensa o mapeamento convencional por técnica eletrofisiológica. Habitualmente, empregado nos procedimentos de ablação percutânea.

É um método de mapeamento endocárdico não fluoroscópico que permite a geração de mapas coloridos e tridimensionais da propagação do impulso nas câmaras cardíacas, guiando a navegação do catéter e determinando o local para a ablação.

Não existem estudos comparativos do sistema NavX® versus sistema CARTO®. Então, nesse momento, se equivalem em resultados e a recomendação é pela remuneração daquele de menor custo.

Stent farmacológico para tratamento da doença arterial coronariana – (DAC)

Com relação à evidência científica baseada em ensaios clínicos randomizados e controlados e revisões sistemáticas com metanálise, os stents farmacológicos eluidores de sirolimo ou paclitaxel não apresentaram superioridade aos stents convencionais, demonstrando benefícios apenas em relação aos eventos cardiovasculares adversos maiores e à taxa de reintervenção.

Para a avaliação econômica, estudos realizados em outros países têm demonstrado que o stents farmacológicos apresentam uma relação custo-efetividade favorável ao stent convencional somente em pacientes de alto risco cardiovascular, tais como diabéticos e pessoas com lesões de calibre inferior a 2,5 mm e extensão maior que 18 mm. Estudos realizados no Brasil demonstraram que o uso do stent farmacológico não apresenta uma razão de custo-efetividade favorável na perspectiva do SUS (FERREIRA et al., 2010, POLANCZYK et al., 2007) com base nos preços do referido produto no mercado nacional. Ferreira et al. (2012) demonstrou que, apesar de os stents farmacológicos não serem custo-efetivos na população em geral, o uso do escore de propensão mostrou que, em idosos, diabéticos e pacientes com lesões longas ou vasos de fino calibre, o seu uso parece ser custo-efetivo.

A CONITEC recomendou a incorporação dos stents farmacológicos para as intervenções endovasculares cardíacas e extracardíacas em pacientes diabéticos e com lesões em vasos finos (lesões de calibre inferior a 2,5 mm e extensão maior que 18 mm).

Discussão:

Estudos realizados no Brasil demonstraram que o uso do stent farmacológico não apresenta uma razão de custo-efetividade favorável na perspectiva do SUS, porém quando foi utilizado o escore de propensão, o uso de stents farmacológicos foi custo-efetivo para idosos, diabéticos e pacientes com lesões longas ou vasos de fino calibre.

Recomendação:

Considerando as evidências avaliadas para um subgrupo específico, a Conitec recomendou para o SUS a incorporação dos stents farmacológicos para as intervenções endovasculares cardíacas e extracardíacas em pacientes diabéticos e com lesões em vasos finos (lesões de calibre inferior a 2,5 mm e extensão maior que 18 mm), condicionada ao mesmo valor de tabela do stent convencional.

Remuneração para retirada da veia ou artéria para confecção das pontes de safena

Será paga somente uma vez, ou seja, será remunerada a retirada da veia safena e/ou a retirada do enxerto mamário.

Exames angiográficos – percentualização e exclusão

- Honorários médicos: 100% e 50%
- Custo operacional: 100% e 50%
- Filme radiológico: 100% e 100%

Os códigos abaixo foram considerados não excludentes, conforme o objetivo pelo qual foram criados:

- 40812022 *Angiografia por punção ou*
- 40812030 *Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso*
- 40812065 *Angiografia transoperatória de posicionamento*
- 40812073 *Angiografia pós-operatória de controle*

O código 40812022 é excluído se cobrado com o 40812030 *Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso*, até por aquele não ser mais utilizado.

Já o conjunto de códigos abaixo é utilizado para acompanhar procedimentos intervencionistas e só pode ser cobrado uma única vez para cada um:

- 40812030 *Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso*
- 40812065 *Angiografia transoperatória de posicionamento e*
- 40812073 *Angiografia pós-operatória de controle*

Cintilografia Estresse: físico e farmacológico

Cintilografia associada ao teste ergométrico:

- O ECG já faz parte do exame seja antes ou após. Sem remuneração adicional.
- Na cintilografia de miocárdio perfusão - repouso e estresse, está incluso o teste ergométrico, que não deve ser remunerado.

Cintilografia associada à adenosina:

- O estresse é físico OU farmacológico. Não é viável os dois tipos.
- Teste ergométrico computadorizado já inclui o ECG basal convencional. Código TUSS 40101037 DUT 68.

É pertinente para técnica tomográfica dos exames de cintilografia do miocárdio repouso estresse remunerado em 50% no valor no HM.

Trombectomia no IAM

Favorável ao uso de catéter de aspiração de trombos no IAM com SST até 12 horas de evolução.

Codificações de cardiologia intervencionista diagnóstico

As codificações de cardiologia intervencionista diagnóstico foram muito bem planejadas para serem completas.

Os procedimentos abaixo não podem ser cobrados simultaneamente.

30911044 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica

30911052 Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio

30911060 Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar

30911079 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia

30911087 Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros

30911095 Cateterismo E e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos

30911109 Cateterização cardíaca E por via transeptal

Havendo praticamente todas as opções com códigos de cardiologia intervencionista, eu entendo que não cabe associar estes com nenhum código do grupo 4, isto é, são excludentes a:

40809161 Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US (nao inclui o exame de base)

40812014 Aortografia abdominal por punção translombar

40812022 Angiografia por punção

40812081 Flebografia por punção venosa unilateral

40812030 Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso

40812049 Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário - por vaso

40812057 Angiografia por cateterismo superselctivo de ramo secundário ou distal - por vaso

40812065 Angiografia transoperatória de posicionamento

40812073 Angiografia pós-operatória de controle

40810046 Avaliação hemodinâmica por cateterismo (aferimento de pressão ou fluxo arterial ou venoso)

40812090 Flebografia retrógrada por cateterismo - unilateral

Tratamento da arritmia e mapeamento

Código	Descrição
30915015	<i>CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS ARRITMIAS</i>
30911150	<i>MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS HEMODINÂMICA</i>

O tratamento da arritmia e mapeamento quando realizados no mesmo ato cirúrgico não podem ser considerados excludentes, exceto nos casos de cirurgia aberta, onde o diagnóstico é feito previamente.

30911028 – Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (cateter ou guia)

Trata-se de procedimento invasivo para aferição da reserva de fluxo fracionada (FFR). Utiliza transdutor específico, com verificação do gradiente de pressão pré e pós estenose. O gradiente deve ser descrito no laudo.

O FFR é o atual padrão diagnóstico para avaliação funcional da gravidade da lesão em pacientes com estenose de grau intermediário (tipicamente em torno de 40-70%^{1,2}), sem evidência de isquemia em teste não invasivo ou em pacientes com doença multiarterial.

Num contexto ambulatorial, se constatada lesão moderada à cineangiocoronariografia (CATE), o paciente deverá ser encaminhado a submeter-se a estratificação isquêmica não invasiva, caso não a tenha realizado.

Caso:

- **a estratificação não invasiva seja proibitiva (com a contraindicação apontada previamente pelo médico assistente, ambulatorialmente) e seja solicitado cateterismo de forma direta em paciente sintomático**

ou

- **a estratificação não invasiva já tenha sido realizada, com resultado negativo ou inconclusivo e paciente sintomático, pode-se indicar a FFR no mesmo momento do CATE na presença de lesões intermediárias.**

Considera-se como lesão hemodinamicamente significativa:

$$\mathbf{iFR < 0,89 \text{ OU } FFR < 0,8}$$

Para realização de procedimento há necessidade de um único cateter independentemente do número de artérias avaliadas.

Orientações para auditoria:

Regras gerais:

- Não está indicado o procedimento para estudo de lesões $\geq 70\%$.
- Não está indicado para estudo de lesões de tronco de coronária esquerda.
- O simples fato de se avaliar de forma observacional uma estenose encontrada numa cineangiocoronariografia não justifica a cobrança deste código 30911028 como procedimento.
- As Diretrizes consideram o FFR e o iFR como equivalentes¹

Indicação em casos agudos:

- Há indicação de aferição de FFR/iFR em casos agudos (angina instável ou infarto sem supra de ST) quando a cineangiocoronariografia (CATE) exhibe lesão moderada (40-70%) e há dúvidas quanto ao prejuízo funcional desta lesão.
- Para fins de autorização nos casos agudos, é imprescindível que o laudo exiba o gradiente de pressão pré/pós estenose (neste caso, no momento da autorização o paciente já foi submetido ao procedimento). A Unimed executora deve fazer esta checagem com dados de prontuário, pois se questionada no Intercâmbio, poderá sofrer glosa. Quando questionado, o auditor da Unimed executora deverá inserir tal informação

Indicação em casos eletivos:

Nos exames eletivos pode-se indicar o procedimento FFR/iFR durante o CATE quando:

- CATE eletivo exibe lesão entre 40-70% e a estratificação isquêmica não invasiva foi positiva para isquemia
- CATE eletivo exibe lesão entre 40-70% e a estratificação isquêmica não invasiva foi contraindicada

OBS 1: O FFR/iFR não deve ser autorizado eletivamente de rotina, pois sua indicação irá depender dos achados do CATE. As condições para solicitação prévia são:

- CATE eletivo recente exibindo lesão moderada e prova isquêmica ambulatorial positiva para isquemia OU;
- CATE eletivo recente exibindo lesão moderada e prova isquêmica ambulatorial contraindicada
- CATE realizado de forma ambulatorial exibir lesão intermediária (40-70%) por paciente sintomático estável, na ausência de estratificação isquêmica não invasiva, ou exame inconclusivo ou negativo.

OBS 2: O FFR pode ser indicado em mais de uma artéria, desde que cada uma enquadre-se nas condições acima e nenhuma outra tenha estenose $\geq 70\%$

OBS 3: na presença de uma lesão coronariana $\geq 70\%$, não está indicada neste momento aferição de FFR/iFR para investigação de lesões concomitantes moderadas (40-70%).

CIRURGIA GERAL

Pacotes cirúrgicos

Os pacotes cirúrgicos realizados simultaneamente deverão ser cobrados no máximo 02 (dois), considerando o pacote de maior valor a 100% e o segundo maior valor no valor de 50%, limitados a dois pacotes. Não poderá ser considerada a regra supracitada para:

1. Tratamento ocular quimioterápico (Lucentis e Eylia), quando os medicamentos estão inclusos no pacote.
2. Implante intravítreo de fármaco (Ozurdex), quando o medicamento está incluso no pacote.
3. Pacotes distintos de honorário médico + pacote hospitalar, para o mesmo procedimento.

Se um dos procedimentos não estiver negociado como pacote, a conta deverá ser aberta para todos os procedimentos.

Para pacotes cirúrgicos, a regra é o Regulamento Técnico para Pacotes.

Valoração dos atos cirúrgicos

Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Vias de acesso

Cirurgias realizadas através da mesma via de acesso: 100% + 50%

Quando ocorrer mais de uma intervenção pela mesma via de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 50% do porte de cada um dos demais atos praticados.

Cirurgias realizadas através de vias de acesso diferente: 100% + 70%

Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas, será atribuído o porte de acordo com o procedimento realizado.

Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, não será valorada a somatória do conjunto, mas apenas o ato principal.

Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2.500 g, fica previsto um acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

Os procedimentos cirúrgicos incluem os cuidados pós-operatórios relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 dias após o ato cirúrgico.

Esgotado esse prazo e se houver necessidade de acompanhamento, a cobrança de visita hospitalar ou de consulta ambulatorial (caso o paciente tenha recebido alta), a valoração do porte passa a ser regida conforme os critérios estabelecidos.

Não cabe remuneração de profissional clínico para visitas pós-operatórias sem que haja a solicitação formal de parecer ou acompanhamento clinicamente justificado.

Em procedimentos eletivos com cirurgia agendada não cabe cobrança de visita no pré-operatório.

Auxiliares de cirurgia

A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliar e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento que tiver a maior quantidade de auxiliares para todos os demais procedimentos.

Instrumentador cirúrgico

A remuneração de instrumentação cirúrgica é parte integrante da composição da taxa de sala cirúrgica. Cabe o reembolso integral do referido valor quando o beneficiário solicitar reembolso à Unimed Origem (comprovando documentalmente) e a Unimed Origem por sua vez poderá emitir fatura contra a Unimed Executora, no valor integral cobrado, que deverá ser quitado pela mesma.

Cirurgia minimamente invasiva

Segundo parecer da ANS que reitera o artigo 12 da Resolução Normativa vigente, para serem cobertos, os procedimentos minimamente invasivos devem constar no Anexo I com a descrição de minimamente invasivo.

Procedimentos realizados com utilização de laser e radiofrequência

Os procedimentos realizados com utilização de laser e radiofrequência somente terão cobertura assegurada quando especificados na Resolução Normativa vigente da ANS, anexo I, de acordo com a segmentação contratada.

Procedimentos cirúrgicos que podem ter seu valor dobrado quando realizados ambulatorialmente e o beneficiário possuir plano com direito a apartamento

Procedimentos cirúrgicos com indicação de internação, mas realizados em ambulatório, devem ser pagos de acordo com o plano do cliente, conforme a tabela de procedimentos ambulatoriais vigente para o Intercâmbio Nacional.

Vias de acesso

A possibilidade de aplicação de vias de acesso sobre os procedimentos cirúrgicos e intervencionistas obedece à planilha aprovada pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos vigente para o Intercâmbio Nacional.

Laparotomia exploradora

Código	Descrição
31009174	<i>Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão</i>
31009352	<i>Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia</i>

Não cabe cobrança concomitante de laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas quando associado ao código específico para tratamento da patologia.

Hemorroidectomia

Código	Descrição
31004202	<i>Hemorroidectomia aberta ou fechada, com ou sem esfínterectomia</i>

Esse código deverá ser remunerado apenas uma vez, independentemente do número de mamilos hemorroidários tratados.

As técnicas de tratamento de hemorroidas utilizando a desarterialização hemorroidária transanal (THD), bem como a anopexia mecânica com grampeador, não foram incorporadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, portanto não fazem parte da cobertura para planos regulamentados.

O grampeamento circular (hemorroidopexia mecânica), conhecida como PPH (procedure for prolapse and hemorrhoids), tem cobertura para hemorroidas com prolapso grau III, mas não tem sustentação na MBE.

Refluxo gastroesofágico

Código	Descrição
31001262	<i>Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (hérnia de hiato)</i>
31001360	<i>Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (hérnia de hiato) por videolaparoscopia</i>

Não cabe a utilização da codificação 30806038 - Hérnia diafragmática - tratamento cirúrgico (qualquer técnica) para o tratamento de refluxo gastroesofágico (hérnia de hiato).

A hérnia do hiato caracteriza-se pelo deslizamento de uma porção do estômago para o tórax, através do hiato do diafragma. Hérnia diafragmática é um defeito (congenito ou adquirido) no diafragma que permite que o conteúdo abdominal passe à cavidade torácica, portanto são patologias diferentes.

Obesidade mórbida

Código	Descrição
31002218	<i>Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica</i>
31002390	<i>Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia</i>
31002013	<i>Colocação de banda gástrica</i>
31002285	<i>Colocação de banda gástrica por videolaparoscopia</i>

Procedimentos com DUT.

Necessita de uma perícia médica para avaliar o enquadramento na diretriz de utilização.

Cirurgia Bariátrica Revisional

Para qualquer cirurgia revisional, com ou sem critérios de DUT, por qualquer razão ou técnica, serão remunerados os seguintes procedimentos:

A) – Quando realizada por vídeo

Código	Descrição
31002390	<i>Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia</i>
31002048	<i>Degastrogastrectomia sem vagotomia</i>

B) – Quando realizada aberta (convencional)

Código	Descrição
31002218	<i>Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica (com diretriz definida pela ANS – nº 27)</i>
31002048	<i>Degastrogastrectomia sem vagotomia</i>

Observações:

- 1- Cirurgia revisional não é tratamento de complicação (hérnia interna, fístula, obstrução...), não se aplicando o conceito e pacotes nos primeiros 60 dias da bariátrica.
- 2- Se outros procedimentos forem realizados no mesmo ato, não ligados diretamente à revisão (ex. colecistectomia), estes podem ser normalmente agregados, conforme regras já vigentes.
- 3- O máximo de OPMEs é o já previsto nos pacotes de bariátrica.
- 4- Nas cirurgias revisionais, a DUT não será critério de cobertura, sendo opção escolhida para fins de pagamento de procedimentos revisionais.
- 5- Serão consideradas as seguintes exclusões:
 - 5.1 – Quando realizada por vídeo

Código	Descrição
31002137	<i>Gastroenteroanastomose</i>
31002358	<i>Gastroenteroanastomose por videolaparoscopia</i>
31003672	<i>Enterectomia segmentar por videolaparoscopia</i>
31003680	<i>Enteroanastomose (qualque segmento) por videolaparoscopia</i>
31002307	<i>Gastrectomia parcial com linfadenectomia por videolaparoscopia</i>
31002315	<i>Gastrectomia parcial com vagotomia por videolaparoscopia</i>
31002323	<i>Gastrectomia parcial sem vagotomia por videolaparoscopia</i>
31001360	<i>Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (Hérnia de hiato) por videolaparoscopia</i>
31001319	<i>Reintervenção sobre a transição esôfago gástrica por videolaparoscopia</i>

31009352	<i>Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia</i>
31002030	<i>Degastrogastrectomia com vagotomia</i>
31002218	<i>Gastroplastia para obesidade mórbida – qualquer técnica ABERTA (com diretriz definida pela ANS – nº 27)</i>
31005675	<i>Biópsia hepática por videolaparoscopia</i>

5.2 – Quando realizada aberta (convencional)

Código	Descrição
31002137	<i>Gastroenteroanastomose</i>
31003290	<i>Enteroanastomose (qualquer segmento)</i>
31003281	<i>Enterectomia segmentar</i>
31002064	<i>Gastrectomia parcial com linfadenectomia</i>
31002072	<i>Gastrectomia parcial com vagotomia</i>
31002080	<i>Gastrectomia parcial sem vagotomia</i>
31002145	<i>Gastrorrafia</i>
31001262	<i>Refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico (Hérnia de hiato)</i>
31001149	<i>Reintervenção sobre a transição esôfago gástrica</i>
31002390	<i>Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia</i>
31009174	<i>Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão</i>
31002030	<i>Degastrogastrectomia com vagotomia</i>
31005063	<i>Biópsia hepática por laparotomia (até 3 fragmentos)</i>

Tumores do cólon e reto

Nas cirurgias por tumores de cólon, remunera-se o código referente ao segmento a ser ressecado, não cabendo a cobrança de linfadenectomia adjacente (pericólicos e mesocólicos), ou a reconstrução, pois já fazem parte da técnica.

E, nos casos em que houver necessidade de cirurgia de abaixamento, deve-se remunerar apenas o código referente a esse procedimento, pois a ressecção do segmento de cólon, a linfadenectomia e a reconstrução já estão incluídas nessa técnica, conforme publicações do Colégio Brasileiro de Cirurgia.

A linfadenectomia retroperitoneal não faz parte do planejamento oncológico habitual em câncer de cólon. Por este motivo, não se enquadra no conceito de “linfadenectomia adjacente”, podendo ser remunerada à parte, se houver indicação. Como este procedimento não tem indicação habitual, será autorizado eletivamente apenas se sua indicação for justificada por exames de imagem (linfonomegalia retroperitoneal comprovada por TC, RNM e ou PET Scan). Necessária comprovação com anatomopatológico validada pela auditoria da Unimed executora.

CIRURGIA PLÁSTICA

Cobertura para cirurgia de mama

Conforme parecer da ANS, os procedimentos cirúrgicos com cobertura obrigatória são apenas aqueles especificamente assinalados no Anexo I da Resolução Normativa vigente da ANS.

Portanto, não há cobertura para cirurgia plástica estética pelo Rol vigente.

Os códigos a seguir constam no Rol da ANS e têm cobertura em casos de ferimentos traumáticos e tumores.

Código	Descrição
30602165	<i>Mastectomia subcutânea e inclusão da prótese</i>
30602173	<i>Mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral</i>
30602211	<i>Reconstrução da placa aréolo-mamilar - unilateral</i>
30602246	<i>Reconstrução mamária com retalhos cutâneos regionais</i>
30602254	<i>Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia</i>
30602262	<i>Reconstrução da mama com prótese e/ou expensor</i>
30602327	<i>Substituição de prótese</i>

O parecer técnico número 19/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, acima citado, refere que vários procedimentos para o tratamento cirúrgico dos tumores de mama ou daquelas pacientes que se enquadrem como de alto risco para câncer de mama.

A cirurgia plástica reconstrutiva das mamas, associada ou não ao uso de próteses e/ou expansores para reconstrução mamária, terá cobertura obrigatória quando indicada pelo médico assistente para beneficiários com:

- 1 - Diagnóstico de câncer de mama
- 2 - Probabilidade de desenvolver câncer de mama de acordo com exame genético, conforme DUT da ANS 110, item 26
- 3 - Lesões traumáticas e tumores em geral (quando a sua retirada, mesmo em caráter investigativo, mutila a mama)

Cabe destacar que a reconstrução da mama oposta também é de cobertura obrigatória e está contemplada no procedimento mastoplastia em mama contralateral (30602173) em casos de lesões traumáticas e tumores, indicado para beneficiários com diagnóstico firmado em uma mama quando o médico assistente julgar necessária a cirurgia da outra mama, mesmo que ela ainda esteja saudável.

O código 3.06.02.12-2 - *Correção da hipertrofia mamária unilateral* não consta no Rol de coberturas obrigatórias da Resolução Normativa vigente da ANS, conforme ratificado por parecer da ANS: o procedimento mamoplastia redutora não estética (correção de hipertrofia mamária) é indicado para a redução de mama no controle da dor e na melhora da postura, e não possui cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Outro aspecto importante nesse tópico, é o parecer técnico número 26/GEAS/GGRAS/DIPRO 2019, que trata do tema Redesignação sexual ao decidir que o processo transexualizador ou de redesignação sexual não se encontra listado na Resolução Normativa vigente da ANS, portanto, não é de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde. Esse parecer faz uma ressalva para os procedimentos que constam no Rol com cobertura e, eventualmente, passam a ser cobertos, como histerectomia, mastectomia etc. Para isso, é necessário que o(a) paciente esteja sendo acompanhado(a), em unidades de atenção especializada no processo transexualizador, por equipe multidisciplinar constituída por psiquiatra, endocrinologista, psicólogo, e assistência social há no mínimo, dois

anos, sendo que esses serviços devem estar registrados nos conselhos e seguir a resolução CFM 1955/2010. Ela estabelece, entre outras normas, que os profissionais citados devem fazer parte do corpo clínico e constar no regimento interno dos hospitais que realizam os procedimentos.

Dermolipectomia

Código	Descrição
30101271	<i>Dermolipectomia para correção de abdômen em avental</i>

Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago).

Código 30101271 Dermolipectomia para correção de abdômen em avental

Possui Diretriz de Utilização

Os códigos 30101190 Correção de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana de membros superiores e inferiores, 30101999 – Dermolipectomia dos membros inferiores – coxoplastia pós-bariátrica, 30101980 – Dermolipectomia dos membros superiores – braquioplastia pós-bariátrica e o 30602360 – Mamoplastia feminina (com ou sem uso de implantes mamários) pós-bariátrica não constam no Rol da ANS e, portanto, não têm cobertura no Intercâmbio Nacional.

Cobertura para substituição de próteses mamárias

Conforme parecer da ANS: todos os usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo os da Saúde Suplementar, que possuírem implante mamário de silicone das marcas PIP ou Rofil e apresentarem sinal ou confirmação de ruptura da(s) prótese(s) deverão ser acolhidos pela rede de assistência pública ou conveniada ao SUS e pela saúde suplementar para diagnóstico da situação do implante e das condições de saúde dos pacientes. Portadores de implantes mamários cuja fabricante é desconhecida por eles ou que não possuírem mais o cartão que identifica a prótese utilizada deverão procurar o médico que os operou para as devidas informações. Na impossibilidade de localização do profissional que realizou a cirurgia, o paciente deverá dirigir-se ao hospital onde foi feito o procedimento e solicitar as informações que constam do prontuário médico (disponível aos pacientes por até 20 anos). Uma vez identificada a procedência da prótese e se for das marcas PIP ou Rofil, o paciente deverá procurar o estabelecimento público de saúde ou a rede de saúde suplementar onde o implante foi realizado.

Súmula normativa nº 22, de 23 de janeiro de 2012:

1 - Em caráter excepcional, somente para os beneficiários dos planos regulamentados com cobertura hospitalar em que foram implantadas próteses das marcas PIP e Rofil, e de acordo com as diretrizes divulgadas no sítio do Ministério da Saúde, em 20 de janeiro de 2012 (anexo), e firmadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Sociedade Brasileira de Mastologia, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão arcar com o ônus do acompanhamento clínico, dos exames complementares e do procedimento médico de substituição, sendo obrigatória a cobertura da prótese substituída.

2 - A obrigatoriedade de cobertura prevista nesse Enunciado de Súmula será limitada à rede credenciada, cooperada ou referenciada da operadora de planos privados de assistência à saúde e será garantida de acordo com a segmentação contratada pelo beneficiário.

3 - Nos planos firmados anteriormente à edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e não adaptados, caso não haja cláusula expressa de exclusão da cobertura de próteses, a operadora de planos privados de assistência à saúde também deverá oferecer a cobertura do disposto nesse Enunciado de Súmula.

CIRURGIA TORÁCICA

Troca de cânula de traqueostomia

Deve ser remunerada por meio do código:

Código	Descrição
30801150	<i>Troca de prótese tráqueo-esofágica</i>

Bulectomia por videotoracoscopia

Código	Descrição
30803179	<i>Bulectomia unilateral por videotoracoscopia</i>

É o procedimento de eleição para o tratamento do pneumotórax espontâneo. Alguns cirurgiões realizam apenas a abrasão da superfície pleural (procedimento chamado de pleurodese). Entretanto, também pode ser feita a pleurectomia.

Quando é realizada, deve ser acrescentado um dos códigos abaixo:

Código	Descrição
30804167	<i>Pleurectomia por videotoracoscopia ou</i>
30804175	<i>Pleurodese por videotoracoscopia</i>

Bulectomia unilateral

Código	Descrição
30803012	<i>Bulectomia unilateral</i>

Esse código deve ser liberado quando o procedimento é realizado pela via convencional.

Materiais
1 trocater de 5 mm
1 trocater de 10 mm
1 trocater de 12 mm
Pinças de vídeo (Hook, Grasper, Endoclinch, Maryland)
1 endogrampeador
2-3 cargas de 45 mm
1 carga de 60 mm

Pode ser realizado com intubação seletiva (Carlens ou Robertshaw) ou não. Quando não, é utilizado CO₂.

Segmentectomia

Código	Descrição
30803152	<i>Segmentectomia (qualquer técnica)</i>
30803233	<i>Segmentectomia por videotoracoscopia</i>

Podem ser realizadas por via convencional – qualquer técnica ou por vídeo. Habitualmente, indicada para ressecção de nódulos periféricos e biópsias para elucidação diagnóstica.

Retirada do dreno tubular

Código	Descrição
30804116	<i>Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)</i>

Foi deliberado que a retirada do dreno de tórax é referente ao ato inicial (colocação do dreno) e só é passível de cobrança se realizada em outro hospital.

Toracostomia com drenagem torácica

Código	Descrição
30804132	<i>Toracostomia com drenagem pleural fechada</i>

Foi deliberado pelo CNA que é passível de cobrança somente se for o procedimento principal. Não pode ser cobrado caso se trate de etapa de outro procedimento principal ou inerente a ele.

Pleuroscopia por vídeo

Código	Descrição
30804183	<i>Pleuroscopia por vídeo</i>

Indicada principalmente no diagnóstico das patologias pleurais. Em especial, os derrames pleurais.

Simpatectomia

Código	Descrição
31403344	<i>Simpatectomia</i>
31403379	<i>Simpatectomia por videotoracotomia</i>

A simpatectomia por hiper-hidroze deve ser liberada com base nas seguintes indicações médicas:

- Idade:

Maior ou igual a 16 anos, com Termo de Ciência obrigatório devidamente assinado pelo usuário/responsável.

- Indicação:

Palmar – quando funcional

Axilar – somente quando o usuário manifestou a doença palmar também

A liberação dessa cirurgia está condicionada à realização obrigatória da perícia médica.

É recomendado que o profissional que irá realizar a referida cirurgia seja cirurgião habilitado pela Singular Prestadora. Ficou definido também que não será liberado o pagamento do Ultracision no Intercâmbio Nacional.

CIRURGIA VASCULAR

ACESSOS VASCULARES

Acesso venoso central

Na UTI: Será permitida a cobrança dos procedimentos abaixo desde que esses não sejam realizados pelo plantonista da UTI:

Código	Descrição
40813231	<i>Colocação de cateter venoso central ou portocath</i>
30913012	<i>Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas</i>

Cabe remuneração do plantonista quando este implantar cateter de hemodiálise.

No Centro cirúrgico: O acesso venoso central realizado no centro cirúrgico por anestesista deve ser remunerado a parte, respeitando se a via de acesso.

Implante de cateter venoso central por ultrassonografia

Código	Descrição
30913012	<i>Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas</i>
40813231	<i>Colocação de cateter venoso central ou portocath</i>

Quando esses procedimentos forem guiados por ultrassonografia, o código 40901211 - US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) deve ser pago concomitantemente.

Código	Descrição
40901211	<i>US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)</i>

Essa regra vale para todas os códigos relativos aos acessos venosos centrais, quando realizados por médicos.

Cirurgia de varizes

Código	Descrição
30907101	<i>Tratamento cirúrgico de varizes com lipodermatoesclerose ou úlcera (um membro)</i>
30907136	<i>Varizes - tratamento cirúrgico de dois membros</i>
30907144	<i>Varizes - tratamento cirúrgico de um membro</i>
30907152	<i>Varizes - ressecção de colaterais com anestesia local em consultório/ambulatório</i>

Liberada apenas para classificações "CEAP" 2, 3, 4 e 5.

Com o objetivo de padronizar a elaboração de relatório e o tratamento das diversas manifestações venosas crônicas, foi desenvolvido um sistema de classificação (CEAP) para permitir o diagnóstico e a comparação uniformes de populações de pacientes.

C: Clínica

E: Etiologia

A: Anatomia

P: Patofisiologia

Clínica	Características
Classe 0	Não apresenta doença venosa
Classe 1	Telangiectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm)
Classe 2	Veias varicosas (> 4 mm)
Classe 3	Classe 2 + edema
Classe 4	Classe 3 + pigmentação, eczema e lipodermatoesclerose
Classe 5	Classe 4 + úlcera varicosa cicatrizada
Classe 6	Úlcera varicosa aberta

Escleroterapia

Código	Descrição
30907063	<i>Escleroterapia de veias - por sessão</i>

A perícia médica é recomendada sempre que possível.

Planos não regulamentados: respeitar as cláusulas contratuais.

Planos regulamentados: sem cobertura.

Filtro de veia cava

Código	Descrição
30907080	<i>Implante de filtro de veia cava</i>

Necessário envio de US doppler venoso para comprovar existência de TVP (ou exame de imagem com capacidade para tal).

Para pacientes cuja utilização de anticoagulantes esteja contraindicada.

Embolia pulmonar de repetição, comprovada por exames de perfusão de artéria pulmonar.

Para implante de filtro de veia cava, serão remunerados os seguintes procedimentos:

30907080 – Implante de filtro de veia cava

40812030 – Angiografia por cateterismo NÃO seletivo de grande vaso.

Para retirada de filtro de veia cava, serão remunerados os seguintes procedimentos:

40814084 Retirada percutânea de corpo estranho intravascular

40812030 – Angiografia por cateterismo NÃO seletivo de grande vaso.

CIRURGIA ARTERIAL

Compreende os procedimentos de três patologias principais: isquemias/estenoses arteriais, aneurismas, embolizações.

Estenoses e isquemias

Os exames principais são as ultrassonografias doppler, angiografias, angiotomografias e angioressonâncias, conforme determina a tabela de racionalização. Seguem os principais códigos:

Código	Descrição
30906008	Capítulo de cirurgias arteriais Pontes de todas as naturezas Endarterectomias, angioplastias abertas Revascularizações Cirurgias de urgência/emergência

Todos os procedimentos neste capítulo acima são por via aberta, não endovascular.

Os códigos podem ser solicitados, de forma associada, obedecendo às instruções gerais referentes à via de acesso.

Código	Descrição
40813002	Capítulo de métodos intervencionistas/terapêuticos por imagem Angioplastias de quaisquer segmentos Colocação de stents

Todos os procedimentos deste capítulo acima são por via endovascular.

Os códigos podem ser associados respeitando as instruções gerais referentes à via de acesso.

Códigos relacionados a angiografias intraoperatórias são pertinentes, respeitando as instruções gerais da tabela de procedimentos.

Conforme as diretrizes da SBACV, não é recomendada a utilização de stents em território infrapoplíteo.

Aneurismas

Os exames principais são as ultrassonografias doppler, angiografias, angiotomografias e angioressonâncias, conforme determina a tabela de racionalização. Seguem os principais códigos:

Código	Descrição
30906008	Capítulo de cirurgias arteriais Aneurismas presentes neste capítulo

Todos os procedimentos neste capítulo acima são por via aberta, não endovascular.

Os códigos podem ser solicitados, de forma associada, obedecendo às instruções gerais referentes à via de acesso.

Código	Descrição
40813002	Capítulo de métodos intervencionistas/terapêuticos por imagem Colocação de stent em aneurismas Implante de endoprótese em aneurismas

Todos os procedimentos deste capítulo acima são por via endovascular.

Os códigos podem ser associados respeitando as instruções gerais referentes à via de acesso.

Códigos relacionados a angiografias intraoperatórias são pertinentes, respeitando as instruções gerais da tabela de procedimentos.

Embolizações

Os exames principais são as ultrassonografias doppler, angiografias, angiotomografias e angiorresonâncias, conforme determina a tabela de racionalização. Seguem os principais códigos:

Código	Descrição
40813002	Capítulo de métodos intervencionistas/terapêuticos por imagem Embolizações dos segmentos especificados

Todos os procedimentos deste capítulo acima são por via endovascular.

Os códigos podem ser associados respeitando as instruções gerais referentes à via de acesso.

Códigos relacionados a angiografias intraoperatórias são pertinentes, respeitando as instruções gerais da tabela de procedimentos.

A ANS não dá cobertura para alguns códigos de embolizações.

Em quaisquer dos grupos de patologias principais supracitadas (isquemias/estenoses arteriais, aneurismas, embolizações), deve-se considerar o exposto abaixo:

Angiografias no intraoperatório são procedimentos que compõem o procedimento cirúrgico. São realizadas pela equipe: enquanto um cirurgião manipula o equipamento intravascular, outro(s) cirurgião(ões) manipula(m) os cateteres e demais materiais de angiografia. Portanto, no modelo de remuneração atual, as angiografias que acompanham procedimentos intervencionistas endovasculares devem remunerar também os auxiliares. Por outro lado, as angiografias exclusivamente diagnósticas devem remunerar apenas o cirurgião.

COLUNA VERTEBRAL

Este documento foi elaborado de acordo com as regras do Intercâmbio Nacional. A American Association of Neurological Surgeons (AANS) e a American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS) estabelecem os seguintes critérios para indicação de cirurgia na coluna lombossacra, que se aplicam tanto aos primeiros procedimentos quanto à reoperação:

1. Falha de tratamento conservador prolongado.
2. Exames de imagem mostrando compressão radicular e/ou instabilidade segmentar, consistentes com sinais e sintomas apresentados pelo paciente.
3. Queixas de dor radicular em conformidade com distribuição em dermatômos.
4. Um ou mais dos seguintes: déficit sensitivo, déficit motor, alterações de reflexos em correspondência com segmento acometido.

Dor aguda tem menos de 6 semanas; a dor subaguda, entre 6 e 12 semanas; e a dor crônica tem mais de 12 semanas. Dor recorrente é o reaparecimento da dor aguda após 6 meses de período assintomático. Agudização é dor que recorre e dura menos de 6 semanas.

A primeira avaliação da lombalgia aguda visa triar os casos em 3 grandes síndromes:

- Patologia da coluna grave (Red Flags)
- Dor radicular/irradiada/neuropática
- Dor lombar inespecífica

A dor lombar inespecífica responde por 65% a 70% das dores lombares que chegam para assistência médica geral. Apenas 1% a 5% delas podem ter uma patologia mais grave que justifique assistência especializada. É exatamente por essa baixa incidência de situações graves, que foram criados os conceitos de “bandeiras”, visando estratificar os casos conforme a gravidade ou especificidade.

Genericamente, a dor lombar inespecífica é uma situação não atribuída a uma patologia específica reconhecível e, geralmente, decorre de uma associação de componentes durante as crises, principalmente a **dor miofascial**. É um desafio médico “dissecar” a dor até chegar em sua causa mais essencial, podendo não chegar a nenhuma, mesmo que haja alterações nos exames de imagem avançados (mais de 40% dos exames mostram alterações em pacientes assintomáticos).

Existem condições que demandam mais atenção e presteza dos médicos diante de lombalgias (Red Flags):

- Idade do paciente no aparecimento da patologia (<20 ou >55 anos)
- História médica de câncer
- Estado clínico geral comprometido ou perda de peso inexplicada
- Drogadição, imunossupressão, HIV
- Febre e outros sintomas de infecção
- Falência inexplicada de tratamento conservador
- História recente de trauma violento, ou trauma na vigência de osteoporose
- Uso prolongado de corticoide
- Deformidade estrutural
- Dor não mecânica constante e progressiva (sem alívio com repouso)
- Dor torácica
- Sintomas neurológicos generalizados e/ou progressivos (inclui síndrome da cauda equina)

As dores lombares mais crônicas, normalmente, precisam de tratamento efetivo de situações pre-

disponíveis ou perpetuantes, tais como sedentarismo, encurtamentos, obesidade, vícios posturais. Grande parte dos pacientes e alguns médicos preferem as medidas passivas (remédios e cirurgias).

Envolvem ainda fatores psicossociais de influência intermediária, que são condições que amplificam e/ou perpetuam a dor crônica e a incapacidade (Yellow Flags). Esses pacientes precisam de acompanhamento cognitivo/comportamental especializado e a indicação de qualquer intervenção cirúrgica deve ser mais ponderada. São estas situações:

- Atitudes inadequadas e benefícios em relação à dor lombar (por exemplo, a crença de que a dor nas costas é potencialmente nociva ou gravemente incapacitante, altas expectativas nos tratamentos passivos em vez de crença no auxílio das atividades ativas)
- Comportamento inadequado para com a dor (por exemplo, evitar ou reduzir os movimentos por medo da dor)
- Problemas relacionados ao trabalho ou de compensação (por exemplo, insatisfação com o trabalho)
- Problemas emocionais (depressão, ansiedade, estresse, tendência ao desânimo, ausência de interação social)

A dor lombar pode ou não estar associada à isquialgia/ciatalgia. O comprometimento neurológico medular e/ou radicular (e cauda equina) em paciente com queixa de lombalgia são dormência e/ou fraqueza nas pernas e/ou dor ciática que se valoriza além do(s) joelho(s). Dor que irradia, mas não ultrapassa joelho, tem uma chance menor de ser uma radiculopatia verdadeira. A ausência de uma dor ciática diminui muito a chance de haver hérnia sintomática (1:1000).

Neuropáticas

- Medular e/ou radicular e/ou cauda equina

Inespecíficas

- Miofasciais
- Discogênicas
- Facetárias

Relacionadas a doenças ou situações específicas

- Fraturas
- Deformidades
- Dores não mecânicas (neoplasia, infecções, artrites inflamatórias e outras)
- Dores irradiadas (viscerais ou sacroilíacas)
- Outras

A síndrome da cauda equina justifica avaliação imediata em setor de emergência e cirurgia. Caracteriza-se por paciente com lombociatalgia bilateral com compressão grave das raízes da cauda equina. Lombociatalgia com referência de sintomas neurológicos periféricos (fraqueza), não esclarece ou consubstancia o diagnóstico clínico de síndrome da cauda equina, motivo de muitas urgências cirúrgicas.

Clinicamente, caracteriza-se por lombociatalgia bilateral associado com:

- Início súbito de perda ou alteração inexplicável do controle da bexiga ou intestino (retenção ou incontinência) E/OU
- Início súbito ou outra alteração inexplicável, com déficit grave e progressivo de fraqueza bilateral E/OU
- Anestesia em sela/perianal; disfunção sexual

As causas envolvem motivos congênitos, traumas, infecções, tumores e, também, hérnias muito volumosas que invadem o canal e comprimem as raízes da cauda equina, em segmento da coluna abaixo do cone medular.

Apesar de urgência médica e a cirurgia poderem ser indicadas clinicamente, é impróprio o planejamento cirúrgico sem um exame de imagem que documente e localize o expressivo efeito compressivo sobre o canal medular, inclusive para determinar o melhor nível de acesso. Logo, a indicação cirúrgica de urgência pode ser ou não consubstanciada pela imagem em uma análise retrospectiva.

Segmento em coluna vertebral

Segmento vertebral refere-se a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas cápsulo-ligamentares e musculares a elas vinculadas.

Segmento anômico em coluna vertebral refere-se à divisão da coluna em segmentos cervical, dorsal (ou torácico), lombar e sacrococcígeo, não podendo ser usado outras unidades por similaridade (ex. com o osso ilíaco).

As codificações em cirurgia de coluna podem ser remuneradas por vértebra, por segmento vertebral, por segmento anômico de coluna ou por cirurgia.

Doenças degenerativas da coluna lombar

- Espondilose, espondiloartrose ou espondilodiscoartrose são termos para doença degenerativa da coluna (osteoartrite/osteoartrose).
- Entre as doenças degenerativas com maior prevalência, temos hérnias, osteófitos, hipertrofias ligamentares, artrose facetária, e algumas listeses e escolioses.
- As hérnias são classificadas conforme evolução/grau, em abaulamento, protrusão, extrusão e sequestro, mas todas são hérnias. Podem ser medianas ou centro-laterais, ou mais foraminais e extraforaminais.
- Em doenças tumorais ou fraturas, é mais objetiva a interpretação da instabilidade, mas, nas degenerativas, temos desgastes, desidratações, frouxidões e a identificação e quantificação dos achados são mais sutis e complexas. De qualquer forma, as instabilidades degenerativas são espondilolistese degenerativa, instabilidade degenerativa segmentar, instabilidade segmentar iatrogênica, escoliose degenerativa e fraturas degenerativas/osteoporóticas. O conhecimento da instabilidade degenerativa é de fundamental importância para a indicação da fusão/artrodese.
- Clinicamente, é difícil definir um quadro de instabilidade segmentar. De um modo geral, a lombalgia piora com as atividades e melhora com o repouso. Radiologicamente, angulação de 10° e/ou listese de 4 mm nas provas dinâmicas de flexão e extensão são aceitas como critérios de instabilidade pré-operatória.

Hérnia de disco sintomática, sem estenose osteoligamentar e sem instabilidade

Código	Descrição
30715180	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico - por segmento

A discectomia/microdiscectomia refere-se à retirada total ou parcial (núcleo pulposo) do disco acometido por uma doença herniária, quando essa causa ou contribui para compressão de tecidos nervosos (estenose de canal ou radiculopatia). Há ainda indicação quando é causa de dor discogênica intratável. É remunerada por segmento vertebral.

A microdiscectomia de 1 nível sem instrumentação é a terapia padrão ouro para tratamento para hérnias de nível único, sem instabilidade e outras compressões. O acesso ao disco é realizado através de laminectomia ou laminotomia. Discectomias minimamente invasivas serão discutidas em outra codificação.

Hérnia de disco sintomática, com instabilidade segmentar comprovada por exame de imagem - radiografia dinâmica (em flexão/extensão)

Código	Descrição
30715180	<i>Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico – por segmento</i>
30715016 ou	<i>Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ou</i>
30715024	<i>Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral - tratamento cirúrgico – por segmento</i>

Refere-se à cirurgia de discectomia seguida de instrumentação e artrodese. Remunerada por segmento vertebral.

Estreitamento osteoligamentar sintomático do canal vertebral, sem hérnia e sem instabilidade, associado a artrodese

Código	Descrição
30715369	<i>Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento</i>
30715016 ou	<i>Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ou</i>
30715024	<i>Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral - tratamento cirúrgico – por segmento</i>

São estenoses sintomáticas causadas pelo ligamento amarelo, osteófitos e/ou facetas hipertróficas, sobre estruturas neurais, documentadas por exame de imagem.

Cirurgia em que o acesso ao canal vertebral é realizado via laminectomia ou laminotomia (inclusa). Em seguida, é feita a microcirurgia do canal estreito com ampliação do canal/forames estenosados, com a consequente descompressão do canal vertebral e/ou forames (medula e/ou raízes). Refere-se à cirurgia de foraminotomia, foraminectomia, facetectomia, osteotectomia ou flavectomia. Remunerada por segmento vertebral.

Quando associada à instabilidade segmentar ou iatrogênica, justifica-se a artrodese. Remunerada por segmento vertebral.

Hérnia de disco + estenose osteoligamentar sintomática, e se instabilidade, associado a artrodese

Código	Descrição
30715180	Hérnia de disco tóraco-lombar – tratamento cirúrgico – por segmento
30715369	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento
30715016 ou	Artrodese da coluna com instrumentação, por segmento ou
30715024	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico – por segmento

Refere-se à cirurgia para tratamento de hérnia e ressecções de tecidos ósseos e ligamentares que estariam comprimindo também medula e/ou raízes.

DOENÇAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL

Hérnia de disco cervical sintomática sem artrodese

Código	Descrição
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico por segmento

Preliminarmente, segue-se as mesmas recomendações gerais que para as dorso-lombares, mas com suas particularidades.

- Há codificação própria para tratamento de hérnia de disco cervical.
- O acesso é, na grande maioria das vezes, anterior.
- Quando anterior, a artrodese é intersomática e, geralmente, com cage e/ou placa e parafuso.
- Como o acesso é anterior, a abordagem de alterações osteoligamentares para ampliação de canal e neuroforames é muito limitada ou impossível.
- A durotomia incidental na abordagem por via anterior é muito improvável (0,07%), sendo a solicitação de selantes de fibrina ou PEG discutíveis ou acompanhadas com atenção.
- Nas doenças degenerativas, a abordagem por via posterior é de extrema exceção, consegue efetiva ampliação de canal e neuroforames, e pode usar de sistema de fixação por massa lateral e hastes occípito-vertebrais.

Hérnia de disco sintomática com artrodese

Código	Descrição
30715393	Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico por segmento
30715024 ou	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico – por segmento
30715016	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento

A melhor codificação de artrodese por via anterior é a 30715024 – Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico – por segmento.

A codificação 30715016 – *Artrodese da coluna com instrumentação por segmento* é a melhor opção quando a cirurgia for por via posterior (PLF – Foraminolaminoplastia posterior).

Hérnia de disco associada à estenose osteoligamentar e compressão medular do canal vertebral cervical com artrodese, por via posterior

Código	Descrição
30715393	<i>Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico por segmento</i>
30715369	<i>Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento</i>
30715016 ou	<i>Artrodese da coluna com instrumentação por segmento</i>
30715024	<i>Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico – por segmento</i>

Na cirurgia cervical por via anterior, é impossível a ampliação do canal medular ou a ampliação dos neuroforames sem corpectomias. Pelo acesso anterior limitado, a descompressão conseguida é indireta, gerada apenas pela discectomia. Para abordar estenoses foraminais e de canal por tecidos osteoligamentares, há a necessidade de corpectomia ou escolher a cirurgia por via posterior.

Alegações envolvendo proposta de ressecção de osteófitos e/ou ossificação do ligamento longitudinal posterior (OPLL) por via anterior é extremamente arriscada e sem efetividade quando comparada ao ato com corpectomia ou na foraminolaminoplastia posterior.

Códigos complementares

Código	Descrição
30715199	<i>Laminectomia ou laminotomia</i>

É o procedimento remunerado por vértebra para remoção da lâmina posterior das vértebras, e pode ser total ou parcial.

A cirurgia de descompressão posterior pode se resumir apenas a esse procedimento, às vezes, pedido também pela codificação de descompressão medular e/ou cauda equina.

Apesar de poder descomprimir a medula, não deve ser remunerado por tratamento de hérnia e/ou tratamento microcirúrgico de canal estreito. Fica em duplicidade com a codificação de descompressão medular e/ou cauda equina e vice-versa.

Como via de acesso, é parte integrante do procedimento principal no tratamento da hérnia/canal estreito/espondilolistese.

Código	Descrição
30715091	<i>Descompressão medular e/ou cauda equina</i>

A descompressão medular é excludente quando associada ao código 30715369 – *Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento* ou 30715393 – *Hérnia de disco cervical – tratamento cirúrgico* ou 30715180 – *Hérnia de disco tóraco-lombar tratamento cirúrgico – por segmento*, por se tratar de fase obrigatória ou decomposição do procedimento principal.

Essa codificação, quando remunerável, é por cirurgia. Atualmente, esse código é reembolsado para tratamento das compressões neurológicas de origem tumoral, traumática ou inflamatória.

Código	Descrição
30715369	<i>Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento</i>

Refere-se à ressecção de tecidos ósseos (foraminotomia, foraminectomia, facetectomia, osteotectomia) e ligamentares hipertrofiados (flavectomia) que estejam contribuindo para estenose de canal e/ou forames - compressão de tecido neural. Esses atos podem ser feitos por via posterior; mas, por via anterior, somente se houver corpectomia, que também é um ato descompressivo, e não apenas de acesso.

Código	Descrição
30715016	<i>Artrodese da coluna com instrumentação por segmento</i>
30715024	<i>Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico</i>

Procedimentos realizados para imobilização de duas superfícies articulares da coluna (vértebra superior e inferior). A sua remuneração é realizada por segmento, e não por vértebra, e são excludentes entre si, por segmento.

O conjunto parafusos e cage para artrodese consiste em uma montagem única para artrodese (fusão) com instrumentação.

A colocação de enxerto ósseo póstero-lateral (pedículos e processos transversos) e/ou intervertebral (com ou sem cages, anterior ou posterior) são fases obrigatórias para a fusão, ato proposto pela artrodese.

Código	Descrição
30715229	<i>Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico</i>

Esse código refere-se à ressecção óssea para o tratamento cirúrgico de deformidades da coluna, não devendo ser autorizado com objetivo de realização de retirada de osteófitos, ressecção de facetas ou ampliação de forame no canal estreito, que têm codificação específica. (Ver continuação em deformidades de coluna).

Código	Descrição
30713072	<i>Retirada de enxerto ósseo</i>
30732026	<i>Enxerto ósseo</i>

A remuneração desse código é prevista quando é realizada a retirada de enxerto ósseo de outro sítio cirúrgico como, por exemplo, da crista ilíaca.

A codificação 30732026 - *Enxerto ósseo* refere-se à colocação de enxerto ósseo, que é ato incluso no processo de fusão intervertebral, remunerado pelas codificações de artrodese. Não deve ser usado como sinônimo de 30713072.

Código	Descrição
30715245	<i>Pseudoartrose de coluna - tratamento cirúrgico</i>

Pseudoartrose é a ausência de consolidação de uma fratura ou de uma artrodese em período mínimo de 6 meses, evidenciadas em exames radiológicos (radiografias simples estáticas e dinâmicas e tomografia computadorizada).

Essa codificação não deve ser usada por similaridade para reação peri-parafuso relacionada à soltura dos mesmos.

Nas codificações de tratamento de pseudoartrose, a colocação de enxerto ósseo está inclusa. O código 30715245 – *Pseudoartrose de coluna – tratamento cirúrgico* deverá ser valorado apenas uma vez, devido à especificação de patologia, e não segmentação ou lateralidade.

Código	Descrição
30715270	<i>Retirada de material de síntese – tratamento cirúrgico</i>

Existe codificação específica para retirada de material de síntese da coluna, paga uma vez por cirurgia.

Código	Descrição
40811018	<i>Radioscopia diagnóstica</i>
40811026	<i>Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico – por hora ou fração</i>

Os códigos 40811018 – *Radioscopia diagnóstica* e 40811026 – *Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico – por hora ou fração* serão remunerados para o acompanhamento do radiologista, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Não é devido para o cirurgião, pelo acompanhamento radiológico ser parte integrante da cirurgia. Não há impedimento que o acompanhamento seja feito pela equipe cirurgia, porém essa será parte integrante do procedimento principal.

Considerações complementares

1) Artrodese é sinônimo de fusão. Artrodesar é propiciar condição de fusão para duas estruturas que, originalmente, não eram fundidas. A colocação de enxerto ósseo é a base para que ocorra a fusão. No caso de coluna, pode ser feita com ou sem instrumentação. Instrumentar significa colocar parafuso pedicular e haste, ou placa com parafuso, ambos com ou sem cage, ou cage bloqueado isolado. A instrumentação na artrodese é um procedimento temporário, pois será a fusão óssea que assumirá a estabilidade do conjunto.

2) O enxerto ósseo preferencial será sempre o autólogo. A origem dele é, principalmente, a crista ilíaca. Alguns especialistas contraindicam porque paciente ficaria com dor na crista ilíaca, mas continuará a ser o melhor enxerto. O código correto para solicitação é o 30713072 – *Retirada de enxerto ósseo*, pois a colocação do enxerto (30732026 – *Enxerto ósseo*) é fase obrigatória da artrodese.

3) Nas técnicas minimamente invasivas, seriam necessários enxertos em pasta, mas não há cobertura para artrodese minimamente invasiva.

4) Enxertos de hidroxiapatita são osteocondutores. Enxertos à base ou em associação (HATCP) com fosfato de cálcio são osteocondutores e osteoindutores, e ainda são absorvíveis. Enxertos de biovidro são osteocondutores e osteoindutores, tais como os de fosfato de cálcio, mas têm menor resistência física.

5) Em doença degenerativa, pode existir artrodese sem instrumentar, mas sugere-se questionar e pedir embasamento quando se vê solicitação de instrumentar sem atos para propiciar a artrodese.

6) A artrodese pode ser feita entre os corpos intervertebrais, e isso chama-se intersomática, podendo usar cage ou não. Pode ser feita por via anterior ou posterior. Também é conhecida como circunferencial ou 360° e requer retirada completa do disco. Toda cirurgia que coloca cage é artrodese intersomática, seja anterior ou posterior.

7) A artrodese póstero-lateral aborda o disco em intensidades variáveis, por exemplo, apenas retirando o material pulposo herniado. A artrodese é propiciada ao se colocar o enxerto entre os pedículos e os processos transversos.

Tumor ósseo

Código	Descrição
30715385	<i>Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico</i>

Essa codificação já inclui o preenchimento dos espaços (enxerto ósseo) e a artrodese (acima e abaixo), ou seja, não cabe solicitação de artrodese ou códigos de colocação de enxerto ósseos em associação. Pode associar retirada de enxerto autólogo, se a origem do enxerto for distinta da área operada (ex. crista ilíaca).

Quando a ressecção acaba sendo muito grande e o enxerto não é suficiente, pode ser necessária a corpectomia com artrodese. Então, essa codificação substitui 30715385.

Código	Descrição
30715288	<i>Substituição de corpo vertebral</i>

Se justificado, adicionar artrodese(s).

Lesões intracanal

Código	Descrição
30715350	<i>Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)</i>
30715202	<i>Microcirurgia para tumores extra e intradurais</i>

Uma lesão pode ser intracanal, mas pode ser extra ou intradural. Uma lesão intradural, pode ser extra ou intramedular.

Se justificado, adicionar artrodese(s).

Código	Descrição
30715016	<i>Artrodese da coluna com instrumentação por segmento</i>

Espondilolisteses

Código	Descrição
30715113	<i>Espondilolistese - tratamento cirúrgico</i>

Contempla todo um conjunto de doenças e situações que têm como principal característica o escorregamento de um corpo vertebral sobre o corpo vertebral inferior, por defeito/fratura/desgaste da pars interarticularis das facetas. Podem ser traumáticas, congênitas, ístmicas (dos atletas), degenerativas ou até tumorais.

Os atletas que fazem hiperextensão (futebol, levantamento de peso, ginastas, bailarinas) são uma população exposta. Outra população de risco, são os idosos, mas por doença degenerativa. O termo espondilólise refere-se genericamente a uma fratura por estresse em uma região das vértebras.

Conforme a etiologia, grau, idade, sintomas e resposta ao tratamento clínico, a grande maioria das listeses são tratadas clinicamente. Nenhum achado de imagem isolado, principalmente de graus I e II, permite indicar tratamento cirúrgico.

A cirurgia pode ser indicada na falha do tratamento conservador com persistência da dor nas costas ou irradiada para os membros inferiores sem outra causa, e também na progressão do grau de escorregamento (graus III e IV). Na faixa etária abaixo dos 18 anos, há indicação quando o escorregamento é muito severo independentemente da sintomatologia do paciente (graus III e IV).

Nas cirurgias isoladas de espondilolisteses, podem ser usados cages com parafusos de travamento, hastes e parafusos pediculares e associação de instrumentação anterior e posterior simultâneas, nos casos mais graves.

Em muitos pacientes com doença degenerativa, a espondilolistese de baixo grau pode ser um achado associado às hérnias, instabilidades e estenoses. Quando em associação a essas doenças, e estiver programada artrodese com instrumentação, será essa a codificação que promoverá o tratamento das listeses de baixo grau, não cabendo uso da codificação própria. Mesmo sabendo que nas listeses de alto grau o tratamento também é a instrumentação para artrodese, a codificação específica poderá ser adicionada à artrodese quando graus III e IV. Se há listese, mas sem degeneração ou colapso do disco, a fixação da listese poderia ser feita sem a discectomia e cage.

Pode haver associação de hérnia, osteófitos, ligamento, instabilidade e listese na estenose do canal vertebral, gerando uma porcentagem de estenose, a qual não deve ser confundida com a classificação radiográfica de Meyerding.

Classe	Classificação radiográfica de Meyerding
I	Translação até 25%
II	Translação de 26-50%
III	Translação de 51-75%
IV	Translação 76-100% (espondiloptose)

Traumas em coluna

As situações relacionadas ao tratamento de fratura são muito variadas, mas começam pela definição se é uma fratura traumática ou se é degenerativa/osteoporótica/patológica.

O diagnóstico das fraturas vertebrais é realizado, primeiro, através de radiografias da coluna vertebral. Caso haja diminuição da altura de um corpo vertebral maior que 50%, está indicada a avaliação por tomografia computadorizada. Se houver déficit neurológico, deve-se realizar ressonância magnética para avaliação dos elementos neurais.

A maioria das fraturas vertebrais é estável e, portanto, não necessita de intervenção cirúrgica. Todavia, naqueles pacientes com estenose do canal vertebral, déficit neurológico, instabilidade, progressão da deformidade ou dor intensa e refratária, é necessário considerar a intervenção, seja por cirurgia convencional, seja por vertebroplastia percutânea, dependendo do caso.

Nas condições traumáticas, a conduta ou é expectante ou é cirúrgica, e conforme as características (grau de colapso/acunhamento, fragmentos no canal, extensão e instabilidades) vai se tratar a(s) fratura(s) e, ainda, fazer a artrodese com instrumentação 1 a 2 níveis acima e 1 a 3 abaixo (extensão varia). As codificações para fratura são remuneradas por vértebra acometida, e excludentes por vértebra também.

Código	Descrição
30715164	<i>Fraturas ou fratura/luxação de coluna – tratamento cirúrgico – por segmento</i>

Uma vértebra pode ter mais de um traço de fratura e podem haver fraturas em mais de uma vértebra. Essa codificação é remunerada por vértebra com fratura que receberá tratamento cirúrgico.

Poderá ser associada à codificação 30715091 – *Descompressão medular e/ou causa equina – quantidade 1 por cirurgia* quando há fragmento insinuado no canal e/ou neuroforame, sem lesão raquimedular.

Código	Descrição
30715288	<i>Substituição de corpo vertebral</i>

Se há fratura irreparável de uma vértebra, com grave comprometimento da vitalidade dela, ao invés de 30715164, a alternativa poderá ser a sua retirada (corpectomia). Essa codificação ainda pode ser indicada para descompressão de canal ou em tumores ósseos volumosos.

Via de regra, a retirada da vértebra não deve ser associada à codificação de 30715091 – *Descompressão medular e/ou causa equina*, porque a corpectomia gera descompressão e retirada de fragmentos ou tumores.

Código	Descrição
30715318	<i>Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular</i>

Quando, além da fratura(s) ou corpectomia(s), existe lesão raquimedular e ela vai ser abordada cirurgicamente, entra a codificação 30715318 (quantidade 1 por cirurgia). Ela fica em duplicidade com 30715091 – *Descompressão medular e/ou cauda equina*.

Deformidades da coluna

Código	Descrição
30715105	<i>Dorso curvo/escoliose/giba costal – tratamento cirúrgico</i>
30715024	<i>Artrodese da coluna via anterior ou póstero-lateral – tratamento cirúrgico (vezes número de segmentos artrodesados) (por segmento)</i>

A escoliose pode ser estrutural e não estrutural.

As estruturais são marcadas pela deformidade rotacional e formação de gibosidade. A escoliose estrutural é subdividida em: idiopática, neuromuscular (causada por paralisia cerebral, lesão medular ou doenças neurológicas ou musculares progressivas) e osteopática (hemivértebra, osteomalácia, raquitismo ou fratura).

As não estruturais (ou funcionais) são causadas pela discrepância dos membros inferiores, erros posturais, espasmo ou dor nos músculos da coluna vertebral, por compressão de raiz nervosa ou qualquer outra lesão na coluna, inclusive degenerativa.

Nas escolioses degenerativas, em geral após os 65 anos, a grande maioria dos casos não excede 10° e dificilmente excede 20°. A indicação cirúrgica geralmente decorre de outra doença e será a artrodese que proverá o realinhamento, não cabendo codificação específica de escoliose.

Para as estruturais – principalmente as idiopáticas, mais comuns em crianças e adolescentes –, sabe-se que é muito raro uma curva progredir rapidamente. Estudos já realizados mostram que, após

o fim do crescimento, curvas com menos de 30° tendem a não progredir, enquanto as acima de 50° devem piorar com o tempo, em uma média de 1° a 1,5° por ano.

Curvaturas de 25° a 40° são consideradas moderadas, e podem ser acompanhadas e tratadas com colete. O colete tem suas indicações muito bem definidas e funcionam. Não é garantido, mas nos casos idiopáticos, pode evitar sim uma cirurgia. Após a fase de crescimento e retirada do colete, a coluna pode não voltar a ter grandes desvios e a doença se estabiliza, mas infelizmente, em alguns casos, a curva volta, a doença progride e acabará em cirurgia.

Curvaturas próximas de 50° sempre indicam cirurgia, mesmo antes do final do crescimento. Curvas entre 40° e 50° na criança em crescimento, entram em uma área cinza – vários fatores podem influenciar se a cirurgia será ou não recomendável.

As osteotomias (30715229 – *Osteotomia de coluna vertebral – tratamento cirúrgico*) necessárias e rotineiras nos ápices das curvaturas durante o realinhamento da coluna na cirurgia da escoliose são inclusas na codificação principal (30715105 – *Dorso curvo/escoliose/giba costal – tratamento cirúrgico*).

Observação: eventuais outras deformidades vertebrais (isoladas e graves) podem estar presentes tais como vértebras displásicas, e as codificação 30715229 – *Osteotomia de coluna vertebral – tratamento cirúrgico* e/ou 30715172 – *Hemivértebra – ressecção via anterior ou posterior – tratamento cirúrgico* podem ser adicionadas se justificadas.

Tratamento percutâneo em coluna

Conforme legislação vigente, há cobertura para a vertebroplastia percutânea e para a discectomia percutânea automatizada.

Código	Descrição
40814092	<i>Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras) – por segmento</i>

Nas condições com fraturas vertebrais patológicas por compressão (osteolíticas, osteoporóticas), a conduta poderia ser a vertebroplastia. A entender que a vertebroplastia, com colocação de cimento acrílico no corpo vertebral, não pretende “consolidar” a fratura, mas, pela ação do calor liberado na reação do cimento, denervar as terminações nervosas e aliviar a dor. Então, a vertebroplastia não tem pouca função “estrutural”.

Não há evidências técnicas de superioridade nas chamadas vertebroplastias bipediculares, que acabam por gerar solicitação de cânulas extras.

O procedimento cifoplastia não se encontra listado no Anexo I da RN nº 428/2017. Portanto, o procedimento em tela não possui cobertura em caráter obrigatório. Parecer Técnico N° 07/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019.

Essa codificação ainda se presta para a discectomia percutânea automatizada. Esse procedimento permite fazer apenas a discectomia percutânea, de forma não endoscópica/artroscópica (sem vídeo), sem colocação de enxerto para artrodese ou ampliação de canal/neuroforames. Tem limitações técnicas e evidências desfavoráveis quando comparada à microdiscectomia.

1º) Há de se diferenciar a microdiscectomia percutânea de procedimentos intradiscais percutâneos, tais como nucleoplastia, biacuplastia, eletrocoagulação intradiscal (IDET) e anuloplastia (IDEA, Fextrode).

2º) A microdiscectomia percutânea é algo distinto também da microdiscectomia percutânea endoscópica ou artroscópica, que é uma cirurgia endoscópica.

3º) A microdiscectomia percutânea com cobertura é a mecânica, logo, hidrodiscectomia (SpineJet e outros), por radiofrequência (DiscFix e outros) ou laser (Cerala) não são técnicas cobertas.

A microdissectomia percutânea mecânica com cobertura usa apenas um “shaver” específico e radioscopia.

São contra-indicações da técnica percutânea para discectomia:

- Hérnia extrusa, com ou sem fragmento no canal vertebral (sequestro de fragmento)
- Estenose de canal vertebral de moderada a grave
- Discografia sem comprovação da dor ou inconclusiva e sem doença degenerativa da coluna
- Grave degeneração discal, com perda maior que 1/3 da altura do disco pelos exames de ressonância magnética ou de tomografia computadorizada
- Cirurgia prévia de coluna lombar ou trauma prévio da coluna
- Déficit neurológico grave e rapidamente progressivo
- Deformidade espinhal congênita ou adquirida
- Presença de listese com grau de instabilidade

Por outro lado, na microdissectomia percutânea endoscópica, é necessário todo um kit endoscópico, que muitas vezes tem todo o seu valor “lançado” em uma cânula do kit “coringa”. Os materiais de fórceps e cânula extra para debridamento ósseo costumam ser associadas aos procedimentos endo/artroscópicos de coluna. Então, é fundamental exigir a referência e analisar a instrução de uso do material e buscar termos como endoscópico ou artroscópico e a descrição que a cânula deve ser usada em conjunto com kit endoscópico, visando caracterizar técnica e material sem cobertura.

A codificação de discectomia percutânea é remunerada por segmento (geralmente, 1 ou 2), e não cabe associação com outras codificações (laminectomia, descompressão, hérnia, tratamento microcirúrgico de canal estreito, artrodese), pela essência da técnica.

Todas as terapias intradiscais para dor, tais como nucleoplastia, biacuplastia, terapia eletrotérmica intradiscal (IDET) ou a laser (Ceral), ou anuloplastia eletrotérmica intradiscal (IDEA – Flextrode), são técnicas sem cobertura, porque são procedimentos por radiofrequência ou laser, e por ainda serem experimentais.

Por amplitude de terminologias, algumas vinculadas a marcas registradas, é certa a confusão, mas qualquer terapia ou dispositivo que vise, por meio de agulha ou eletrodos ou fibra, gerar uma “ação” no disco, é considerado pelo CFM como experimental.

Anuloplastia é experimental conforme Parecer CFM 24/2017.

Nucleoplastia é experimental conforme Parecer CFM 54/2016 e CFM 15/2006.

Procedimentos ablativos relacionados a dor e/ou espasticidade

Código	Descrição
30715067	<i>Cordotomia – mielotomia</i>
31402011	<i>Cordotomia-mielotomias por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS - nº 17)</i>
31402020	<i>Lesão de substância gelatinosa medular (DREZ) por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS - nº 55)</i>
31403336	<i>Rizotomia percutânea por segmento – qualquer método</i>

Cordotomia ou mielotomia é a secção seletiva dos feixes de fibras nervosas sensitivas da medula espinhal no trato espinotalâmico, indicada para dores totalmente refratárias a outros métodos. Pode ser feita de forma aberta, convencional pelo código 30715067 ou percutânea com radiofrequência

pelo código 31402011 com DUT 17. Cobertura obrigatória quando preenchido, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- a. dor de origem neoplásica
- b. espasticidade em pacientes paraplégicos não deambuladores, para o tratamento da dor nociceptiva (dor aguda ou tipo choque)

A drezotomia (código 31402020) é um tratamento cirúrgico para dor crônica e/ou espasticidade relacionada principalmente à avulsão de raízes, através de lesão/ablação por radiofrequência, ou com microtesoura, do trato de Lissauer e da substância gelatinosa na zona de entrada da raiz espinal (corno posterior da medula espinal - CPME), que representam o primeiro centro de integração das aferências primárias no neuroeixo. Quando realizado por radiofrequência, deverá ter cobertura obrigatória quando preenchido, pelo menos, um dos seguintes critérios, conforme a DUT 55:

- a. espasticidade em pacientes paraplégicos
- b. espasticidade em pacientes hemiplégicos
- c. espasticidade assimétrica em crianças
- d. dor neuropática - lesão periférica (deaferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional)

Essas codificações são pagas por segmento, sendo levada em consideração a regra da AMB/CBHPM que, a partir da mesma via de acesso, a remuneração da cirurgia será a que corresponder ao procedimento de maior valor, acrescido de 50% do previsto para os outros atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

As rizotomias a céu aberto (rizotomia dorsal seletiva ou radiculotomia) estão indicadas no tratamento da espasticidade, comum na paralisia cerebral, e consistem na execução de laminectomias ou laminotomias, sob anestesia geral, sem uso de curare ou relaxantes musculares (preferindo, por exemplo, o protóxido de nitrogênio e o propofol) para que a estimulação elétrica durante a operação possibilite localizar as radículas que mais acentuam a espasticidade.

Com o auxílio do microscópio cirúrgico, deve-se abrir a dura-máter para a exposição das raízes sensitivas, estimular suas radículas e, de acordo com a evocação das contrações musculares que induzem evidenciadas com a inspeção da musculatura a ser tratada ou com métodos eletromiográficos, seccionar aquelas mais relacionadas ao arco reflexo em questão. Aproximadamente 40% a 60% das radículas de uma raiz espinal podem ser sacrificadas sem adicionar déficits sensitivos significativos. Quando realizado pela técnica percutânea, é realizado por radiofrequência e segue os requisitos da DUT 62. Para valoração, inclusive, deve ser observado como segmento corporal, e não por segmento de coluna vertebral.

Procedimentos conservadores e incruentos de coluna

Código	Descrição
30715121	<i>Fratura de coluna sem gesso - tratamento conservador</i>
30715156	<i>Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta</i>

Nas fraturas de coluna, o tratamento cirúrgico tem sido indicado nos pacientes que apresentam lesão neurológica, compressão do canal vertebral superior a 50%, redução da altura do corpo vertebral maior que 50%, cifose superior a 30° ou translação vertebral, que são sinais indiretos de instabilidade do segmento vertebral.

O tratamento conservador está indicado, de modo geral, nas fraturas que não apresentam as características de instabilidade do segmento vertebral mencionadas acima, que não mostram lesões neuroló-

gicas ou, ainda, em situações especiais em que existam contraindicações para o tratamento cirúrgico. O tratamento conservador é o empregado na grande maioria das fraturas da coluna toracolombar, podendo ser utilizado:

- apenas o repouso no leito
- órteses (coletes) ou imobilizações gessadas, com ou sem redução postural das fraturas, dependendo do tipo da fratura

Código	Descrição
30715130	Fratura do cóccix - redução incruenta

A codificação de fratura de cóccix é autoexplicativa. Redução digital.

Código	Descrição
30715237	Outras afecções da coluna - tratamento incruento

Foi decidido, na 102 ATA do CNA, que o código 30715237 - *Outras afecções da coluna - tratamento incruento* não tem aplicabilidade e será remanejado para classificação Racionalização, com relatório médico que justifique a sua utilização.

Será considerado excludente ao 30715121 - *Fratura de coluna sem gesso - tratamento conservador* e ao 30715156 - *Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta*.

Algumas Sugestões Técnica para OPMEs

Trata-se apenas de recomendações ou sugestões, não cabendo serem usadas como regra para negativa ou glosa.

Monitorização eletrofisiológica intra-operatória nas cirurgias de coluna

A solicitação de monitorização eletrofisiológica intraoperatória seria prerrogativa do médico assistente e regulamentada pelo CFM 2136/2015, que delibera que “é vedado ao médico cirurgião realizar a monitorização neurofisiológica intraoperatória concomitante à realização do ato cirúrgico”, e isso se estende aos membros da equipe.

Reconhece-se as vantagens da IONM nas cirurgias de coluna para traumas com risco ao tecido neural, na maioria das cirurgias de deformidades, em muitas cirurgias de tumores de coluna, nas embolizações de tumores vasculares/malformação arteriovenosas da medula espinhal e nas cirurgias com reparo de aneurisma toracoabdominal. Entretanto, um trabalho recente da SBN, publicado* na Spine, conclui que a monitorização neurofisiológica intraoperatória em cirurgia de coluna não resultou em menos lesões para os pacientes. Apenas no caso de tumores intramedulares, houve uma tendência de melhores resultados.

*Daniel JW et al. Intraoperative Neurophysiological Monitoring in Spine Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Spine (Phila Pa 1976). 2018 Aug;43(16):1154-1160 (DOI: 10.1097/BRS.0000000000002575)

Mais detalhadamente, não encontramos aproveitamento e evidências favoráveis que alterem desfechos primários na maioria das cirurgias de coluna por doença degenerativas:

- A) Cirurgias para doenças degenerativas da coluna com fusão por via posterior - parafusos pediculares ou massa lateral), sem corpectomia. Seria adequado nas cirurgias com corpectomia.

- B) Cirurgias (em qualquer segmento) com fusão por via anterior, exceto nas mielopatias espondilóticas cervicais graus III e IV e na OPLL, e nas cirurgias com corpectomia.
- C) Cirurgias com descompressão por laminectomia isolada, discetomia e/ou foraminectomia, sem fusão, inclusive discectomia percutânea automatizada.

Observação: procedimentos sem cobertura contratual ANS não foram incluídos na análise.

Cervical anterior

Ajiboye RM, Zoller SD, Sharma A, et al. Intraoperative Neuromonitoring for Anterior Cervical Spine Surgery: What Is the Evidence? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017;42(6):385-393. doi:10.1097/BRS.0000000000001767

Ajiboye RM, D'Oro A, Ashana AO, et al. Routine Use of Intraoperative Neuromonitoring During ACDFs for the Treatment of Spondylotic Myelopathy and Radiculopathy Is Questionable: A Review of 15,395 Cases. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017;42(1):14-19. doi:10.1097/BRS.0000000000001662

Cole T, Veeravagu A, Zhang M, Li A, Ratliff JK. Intraoperative neuromonitoring in single-level spinal procedures: a retrospective propensity score-matched analysis in a national longitudinal database. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014;39(23):1950-1959. doi:10.1097/BRS.0000000000000593

Smith PN, Balzer JR, Khan MH, et al. Intraoperative somatosensory evoked potential monitoring during anterior cervical discectomy and fusion in nonmyelopathic patients--a review of 1,039 cases. *Spine J*. 2007;7(1):83-87. doi:10.1016/j.spinee.2006.04.008

Cervical posterior

Thirumala PD, Melachuri SR, Kaur J, et al. Diagnostic Accuracy of Somatosensory Evoked Potentials in Evaluating New Neurological Deficits After Posterior Cervical Fusions. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017;42(7):490-496. doi:10.1097/BRS.0000000000001882

Lombar anterior

Yaylali I, Ju H, Yoo J, Ching A, Hart R. Intraoperative neurophysiological monitoring in anterior lumbar interbody fusion surgery. *J Clin Neurophysiol*. 2014;31(4):352-355. doi:10.1097/WNP.0000000000000073

Lombar posterior

Melachuri SR, Kaur J, Melachuri MK, et al. The diagnostic accuracy of somatosensory evoked potentials in evaluating neurological deficits during 1057 lumbar interbody fusions. *J Clin Neurosci*. 2019;61:78-83. doi:10.1016/j.jocn.2018.10.140

Agarwal N, Hamilton DK, Ozpinar A, Choi P, Hart R, Yaylali I. Intraoperative Neurophysiologic Monitoring for Adult Patients Undergoing Posterior Spinal Fusion. *World Neurosurg*. 2017;99:267-274. doi: 10.1016/j.wneu.2016.11.136

Peeling L, Hentschel S, Fox R, Hall H, Fourney DR. Intraoperative spinal cord and nerve root monitoring: a survey of Canadian spine surgeons. *Can J Surg*. 2010;53(5):324-328.

Chandanwale AS, Ramteke AA, Barhate S. Intra-operative somatosensory-evoked potential monitoring. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2008;16(3):277-280. doi:10.1177/230949900801600301

Sharan A, Groff MW, Dailey AT, et al. Guideline update for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 15: electrophysiological monitoring and lumbar fusion. *J Neurosurg Spine*. 2014;21(1):102-105. doi:10.3171/2014.4.SPINE14324

Enxertos sintéticos

A colocação de enxertos nas artrodeses deve favorecer sempre o uso do enxerto autólogo. A eventual necessidade de complementar o enxerto autólogo com enxerto artificial pode ser necessária.

A quantidade de enxerto sintético para essa mistura-complementação é de aproximadamente 3 a 4g por segmento, seja por via posterior como por póstero-lateral. Nas cirurgias cervicais por via anterior, geralmente, necessita-se de 2g de enxerto por segmento. Os cages ALIF lombares são maiores e podem precisar de uma quantidade maior.

Nas cirurgias de deformidades de coluna, 20g costuma ser suficiente para toda cirurgia. Uma cirurgia de corpectomia com gaiola de 1 nível, em geral, precisa de 10g de enxerto sintético. Essas são sugestões norteadoras, e não uma regra.

Não se consubstancia a solicitação de enxerto sintético na forma de bloco, para ser quebrado durante a cirurgia (custo-eficiência desfavorável).

Não se consubstancia a solicitação de enxerto sintético na forma de pasta, para procedimentos que não são minimamente invasivos.

Os enxertos de biovidro em coluna não tem equivalência ou superioridade ao uso de outras biocerâmicas baseadas em fosfato de cálcio, as quais também são osteocondutoras e osteoindutoras e, ainda, são mais resistentes à compressão.

Ponteira dissectora

A solicitação de ponteira dissectora com ponta de tungstênio descartável, similar às ponteiras Colorado, não são materiais imprescindíveis, podendo a sua função ser exercida por habilidade e com eficiência por meio de lâmina de bisturi, eletrodos permanentes e eletrocautério. Inclusive, existem ponteiras dissectoras com as mesmas características disponíveis no mercado como material permanente.

Hemostáticos

Os sangramentos cirúrgicos podem ser classificados como arteriolares, venulares e capilares. Via de regra, os dois primeiros exigem medidas objetivas para a sua contenção, que envolvem medidas físicas, tais como compressão, suturas, eletrocoagulação e outros meios físicos de controle. Por suas características, os sangramentos capilares poderiam se beneficiar, em casos de exceção, do uso de hemostáticos. Os hemostáticos podem ser de ação física (passiva) ou ativos (por desencadear ou acelerar a cascata de coagulação). Alguns têm propriedades físicas que os subclassificam ainda como colas, selantes e antiaderentes.

As cirurgias de coluna, via de regra, são procedimentos de baixo potencial hemorrágico, e a necessidade de uso de hemostáticos é de exceção, para intercorrências ou eventual dificuldade intraoperatória.

Hemostáticos convencionais da grade hospitalar, tais como Surgicel®, Gelfoam®, Spongstan® são suficientes para atender às necessidades nas cirurgias de coluna, não sendo imprescindível o uso de hemostáticos de alto desempenho, exceto em cirurgias medulares.

Antiaderentes

Os principais antiaderentes de mercado para cirurgia de coluna são o Adhesion STP+® (mistura de polissacarídeos e celulose oxireduzida), e o Oxiplex® e Oxitram® (celulose oxireduzida).

A sua indicação para as cirurgias por via posterior, visando redução da fibrose que poderiam contribuir para a síndrome pós-laminectomia são baseadas em trabalhos primários com viés de seleção e interpretação. A sua indicação para via anterior, para evitar aderências com órgãos e tecidos, é ainda mais carente de evidências.

A diminuição da fibrose epidural é conseguida com a microdissectomia e a maior preservação possível do ligamento amarelo. Citamos também que esses polissacarídeos podem gerar confusão em pós-operatório, visto que sua imagem na tomografia é muito semelhante à de coleções/abscessos.

Não há estudos de evidência qualificados que demonstrem a sua eficácia. O estudo informa que o revestimento dos vasos com Oxiplex gel durante a cirurgia inicial simplifica a dissecação em uma segunda cirurgia de revisão, reduzindo a densidade e a tenacidade de aderências. Entretanto, não comprovou a redução de incidência de novas reabordagens da coluna ou reabordagem abdominal por aderências. Em um estudo randomizado, em 2012, na Califórnia, teve como resultado redução de dor em pós-operatório, sem evidência de outros resultados em comparação ao grupo controle. Ainda são ne-

cessários mais estudos que corroborem melhores resultados para sua utilização na prática clínica. Observação que, apesar de em 70 países ter sido liberado o seu uso, o FDA ainda não liberou nos EUA.

Selantes duros e membranas sintéticas

A incidência de durotomias incidentais (DI) nas cirurgias por via posterior para doenças degenerativas, sem cirurgia prévia, fica em torno de 3,5% a 5%, e nas reoperações, até 8,2%. Nas cirurgias por via anterior, a incidência é ainda menor, ficando em torno de 0,07%. Portanto, foram identificados 2 fatores de risco independentes, e 2 fatores de proteção contra a DI. (Ishikura et al., 2017).

Conforme Tafazal et al., 2005, a taxa de durotomias incidentais foi de 3,5% para discectomia primária, 8,5% para cirurgia de estenose espinhal e 13,2% para discectomia de revisão.

De acordo com Grewall, 2019, a taxa de lesão dural foi maior na cirurgia lombar (7,8%) em comparação com cervical (1,4%) e torácica (3,8%) ($p = 0,000$), e também na cirurgia de revisão (13,5%) em comparação com a primária (4,8%) ($p = 0,000$).

Os selantes também não diminuem a incidência de fístulas liquóricas nas cirurgias de crânio e coluna. Sustentamos que a sutura e, eventualmente, a cola de fibrina são efetivas e seguras para o tratamento de durotomia incidentais. Discordamos ainda da sua indicação como método de prevenção de fístulas ou fibroses.

Bernardo L et al. Does the use of DuraSeal in head and spinal surgeries reduce the risk of cerebrospinal fluid leaks and complications when compared to conventional methods of dura mater closure? Rev Assoc Med Bras. 2012 JulAug;58(4):402-3.

estando inclusive descrito complicações graves e desnecessárias com a sua utilização

Epstein NE. Dural repair with four spinal sealants: focused review of the manufacturers' inserts and the current literature. Spine J. 2010 Dec;10(12):1065-8, Wright NM et al. Spinal sealant system provides better intraoperative watertight closure than standard of care during spinal surgery: a prospective, multicenter, randomized controlled study. Spine (Phila Pa 1976), 2015 Apr 15;40(8):505-13. doi: 10.1097/BRS.0000000000000810.

Sugere-se concordar com a disponibilização em sala de selantes de fibrina para caso ocorra uma durotomia incidental.

Acompanha essa mesma argumentação a solicitação de membranas para cirurgias de coluna, não destinadas à ressecção de tumores intradurais.

Nas vertebroplastias

Há respaldo técnico muito baixo para vertebroplastia com duplo acesso (acesso bipedicular - dois kits) na mesma vértebra. Embasar e discutir tecnicamente ou solicitar junta médica.

A aplicação do cimento acrílico pode ser feita com agulha/cânula robusta (20G) ou por meio de kits básicos de biópsia de medula. Se necessária biópsia de tecidos (ex. hemangiomas) para análise histopatológica, a cânula da vertebroplastia é efetiva, não sendo necessário outra agulha ou kit.

Cirurgia endoscópica de coluna

A cobertura é restrita ao tratamento da hérnia de disco conforme parecer da ANS. O melhor benefício para a tecnologia são as hernias foraminais, extra-foraminais, sub-articulares ou migradas; e desde que também não estejam calcificadas.

De acordo com recomendação feita por neurocirurgião auditor, o procedimento 30715059 Cirurgia de Coluna por Via Endoscópica podem ser operados com segurança ate dois níveis.

Quando a cirurgia endoscópica for indicada para tratamento de hernia de disco deverá ser remunerado o código 30715059 Cirurgia de Coluna por Via Endoscópica, e quando estiver associado a estreitamento de canal deverá ser acrescido o código 30715369 Tratamento Microcirúrgico do Canal Estreito Lombar.

O procedimento 40811026 - Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) já esta regradada pelo Colégio Nacional de Auditores.

Foi consenso que os materiais envolvidos para realização do procedimento (kit) são os seguintes:

- 1 Agulha de punção com fio guia
- 1 Introdutor Traumático (4 ou 5 mm)
- 1 Fresa com proteção (tipo Shave)
- 1 Forceps/Trigger Flex
- 1 Equipo e Bomba (duas vias)

Quando a decisão para autorização dos códigos solicitados for feita através de junta médica, deverão ser remunerados os códigos aprovados em junta médica.

CONSULTA

Código	Descrição
10101012	Consulta em consultório (em horário normal ou preestabelecido)
10101039	Consulta em pronto-socorro

A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

Consulta de retorno

A Unimed Origem poderá efetuar glosas técnicas e médicas, devidamente justificadas, na realização de consultas de um mesmo beneficiário, por um mesmo médico, pela mesma patologia, dentro de um período inferior ou igual a 20 dias, contados a partir do primeiro dia subsequente da realização da consulta. Essa regra não se aplica a consultas em pronto-socorro. A Unimed Executora é responsável pelo controle do prazo de retorno, cabendo glosa da Unimed Origem mesmo que tenha sido previamente autorizada pelo Intercâmbio Eletrônico de Liberações. Consulta marcada e não comparecida (ato médico não realizado) não poderá ser cobrada e, conseqüentemente, não será paga.

Consulta obstétrica

As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas, e semanais no termo (a partir de 37 semanas).

Atendimento ambulatorial em puericultura

Código	Descrição
10106146	Atendimento ambulatorial em puericultura (com diretriz definida pela ANS – 2)

Obedece às seguintes instruções gerais:

- Necessita de autorização prévia da Unimed Origem do cliente
- Não pode ser cobrado concomitante à consulta médica eletiva
- Não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada
- É sequencial e limitado, obedecendo à diretriz da CBHPM, conforme transcrito a seguir:

Tabela de frequência e regularidade dos procedimentos de puericultura

Lactente 0-2 anos	Pré-escola 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

O atendimento ambulatorial em puericultura inclui as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os itens descritos a seguir:

- Estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde
- Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- Avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola
- Avaliação do padrão de atividades físicas diárias, conforme os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde
- Exame da capacidade visual
- Avaliação das condições do meio ambiente, conforme o roteiro do Ministério da Saúde
- Avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança
- Avaliação do desenvolvimento da sexualidade
- Avaliação quantitativa e qualitativa do sono
- Avaliação da função auditiva
- Avaliação da saúde bucal

As consultas de puericultura poderão ser realizadas nos seguintes intervalos:

Lactente 0-2 anos	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas
1ª semana	Semanal	0 a 59 dias	2
1 mês	Mensal		
2 meses	Mensal	De 2 a 2 meses e 29 dias	1
3 meses	Mensal	De 3 a 3 meses e 29 dias	1
4 meses	Mensal	De 4 a 4 meses e 29 dias	1
5 meses	Mensal	De 5 a 5 meses e 29 dias	1
6 meses	Trimestral	De 6 a 8 meses e 29 dias	1
9 meses	Trimestral	De 9 a 11 meses e 29 dias	1
12 meses	Trimestral	De 12 a 14 meses e 29 dias	1
15 meses	Trimestral	De 15 a 17 meses e 29 dias	1
18 meses	Semestral	De 18 a 23 meses e 29 dias	1

11 consultas até 2 anos

Pré-escola 2-4 anos	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas	
24 meses	Semestral	De 24 a 29 meses e 29 dias	1	+ 5 consultas até 4 anos
30 meses	Semestral	De 30 a 35 meses e 29 dias	1	
36 meses	Semestral	De 35 a 41 meses e 29 dias	1	
42 meses	Semestral	De 42 a 47 meses e 29 dias	1	
48 meses	Anual	De 4 a 4 anos e 11 meses e 29 dias	1	

Escolar 5-10 anos	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas	
5 anos	Anual	De 5 a 5 anos e 11 meses e 29 dias	1	+ 6 consultas até 10 anos
6 anos	Anual	De 6 a 6 anos e 11 meses e 29 dias	1	
7 anos	Anual	De 7 a 7 anos e 11 meses e 29 dias	1	
8 anos	Anual	De 8 a 8 anos e 11 meses e 29 dias	1	
9 anos	Anual	De 9 a 9 anos e 11 meses e 29 dias	1	
10 anos	Anual	De 10 a 10 anos e 11 meses e 29 dias	1	

Adolescente	Periodicidade	Intervalos	Nº de consultas recomendadas	
11 anos	Anual	De 11 a 11 anos e 11 meses e 29 dias	1	+ 9 consultas até 19 anos
12 anos	Anual	De 12 a 12 anos e 11 meses e 29 dias	1	
13 anos	Anual	De 13 a 13 anos e 11 meses e 29 dias	1	
14 anos	Anual	De 14 a 14 anos e 11 meses e 29 dias	1	
15 anos	Anual	De 15 a 15 anos e 11 meses e 29 dias	1	
16 anos	Anual	De 16 a 16 anos e 11 meses e 29 dias	1	
17 anos	Anual	De 17 a 17 anos e 11 meses e 29 dias	1	
18 anos	Anual	De 18 a 18 anos e 11 meses e 29 dias	1	
19 anos	Anual	De 19 a 19 anos e 11 meses e 29 dias	1	

Consulta e procedimento simultâneos

Nos casos de realização de consulta e procedimento ao mesmo tempo, a Unimed pagará:

- Quando eletivo: código 10101012 – Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido) + código do procedimento
- Quando urgência: código 10101039 – Consulta em pronto-socorro + código do procedimento

Consulta e sessão para fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional

A avaliação por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional inicia-se na solicitação médica, conforme artigo quarto da Resolução Normativa vigente.

O atendimento à prescrição dietética do paciente internado é função da nutricionista e está incluso na diária hospitalar, como função básica dentro de sua atuação profissional.

As funções da nutricionista estão claramente definidas nas resoluções vigentes sobre as equipes multiprofissionais de terapia nutricional (EMTN), assim como na resolução do CFN que dispõe sobre a sua atuação profissional.

Código	Descrição
50000055	Consulta individual ambulatorial em terapia ocupacional
50000071	Consulta individual hospitalar em terapia ocupacional
50000080	Sessão individual ambulatorial em terapia ocupacional
50000101	Sessão individual hospitalar em terapia ocupacional
50000136	Sessão de terapia ocupacional para treinamento de órteses, próteses e adaptações
50000144	Consulta ambulatorial em fisioterapia
50000349	Consulta hospitalar em fisioterapia
50000462	Consulta em psicologia
50000470	Sessão de psicoterapia individual – por psicólogo
50000489	Sessão de psicoterapia em grupo – por psicólogo
50000560	Consulta ambulatorial por nutricionista
50000586	Consulta individual ambulatorial de fonoaudiologia
50000608	Consulta individual hospitalar de fonoaudiologia
50000616	Consulta individual ambulatorial de fonoaudiologia
50000632	Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia

Continuidade de tratamento pela equipe multidisciplinar

A reavaliação da solicitação médica deve ser feita no máximo a cada 6 meses ou antes quando houver alteração da conduta.

Nesse intervalo a continuidade do tratamento pode ser solicitada por membro da equipe multidisciplinar.

DERMATOLOGIA/ CIRURGIA DERMATOLÓGICA

Lesões de pele elementares

1. Alterações de cor

Mancha ou (eritema, púrpura, petéquias, equimose, leucodermia, hipocromia, acromia, hiperchromia).

2. Elevações edematosas

Urtica, angioedema, leucodermia gutata.

3. Formações sólidas (inflamatório ou neoplásico) atingem isolada ou conjuntamente epiderme, derme e hipoderme. São:

- Pápula: lesão sólida, circunscrita, elevada e menor que 1 cm.
- Placa: lesão elevada, de superfície geralmente plana, maior que 1 cm, pode apresentar superfície descamativa, crostosa ou queratinizada, pode ser formada pela confluência de pápulas.
- Nódulo: lesão sólida, circunscrita, saliente ou não de 1 a 3 cm de tamanho.
- Nodosidade ou tumor: lesão sólida, circunscrita e maior que 3 cm. O termo tumor é utilizado preferencialmente para neoplasia.
- Goma: nódulo ou nodosidade que se liquefaz na porção central, podendo ulcerar e eliminar material necrótico.
- Vegetação: lesão sólida e pedunculada, com aspecto de couve-flor e superfície friável.
- Verrucosidade: lesão sólida, elevada, de superfície dura e inelástica, formada por hiperqueratose.

4. Coleções líquidas (serosidade, sangue ou pus)

- Vesícula: elevação circunscrita de até 1cm, com conteúdo claro (seroso) que pode se tornar turvo (purulento) ou rubro (hemorrágico).
- Bolha ou flictena: difere-se da vesícula apenas pelo tamanho, que é maior que 1 cm.
- Pústula: elevação de até 1cm e de conteúdo purulento.
- Abscesso: possui tamanho variável, é formado por coleção purulenta da pele ou tecidos subjacentes. Sinais flogísticos podem estar presentes, como edema, dor, rubor, calor.
- Hematoma: formada por derrame de sangue na pele ou tecidos subjacentes, difere-se da equimose por haver alteração de espessura. Pode infectar e haver presença de sinais flogísticos. O conteúdo hemorrágico pode tornar-se purulento.

5. Alterações de espessura

- Queratose: espessamento da pele por aumento da camada córnea, tornando-se áspera e com a superfície amarelada.
- Liquenificação: espessamento da pele com acentuação dos sulcos e da cor própria, apresentando aspecto quadriculado.
- Edema: aumento de espessura, depressível, cor da própria pele ou rósea-avermelhada por extravasamento de plasma.
- Esclerose: alteração da espessura com aumento da consistência da pele, tornando-se lardácea ou coriácea. A pele pode estar espessada ou adelgada, havendo hiper ou hipocromia associadas.

Resulta de fibrose do colágeno.

- Atrofia: diminuição da espessura da pele. Ocorre redução do número e volume dos constituintes teciduais.

6. Perdas e reparações teciduais

- Escama: massa furfurácea, micácea ou foliácea que se desprende as superfícies cutâneas por alteração de queratinização.
- Exulceração: perda superficial somente de epiderme.
- Ulceração: perda circunscrita de epiderme e derme, podendo atingir hipoderme e tecidos subjacentes.
- Fissura: perda linear da epiderme e derme, no contorno de orifícios naturais ou em áreas de pregas e dobras.
- Crosta: concreção de cor amarela, esverdeada ou vermelha escura, que se forma em área de perda tecidual. Resulta do dessecamento da serosidade, pus ou sangue misturado a restos epiteliais.
- Cicatriz: lesão de aspecto variável, pode ser saliente ou deprimida, móvel ou aderente. Não possui poros ou anexos cutâneos. Resulta da reparação de processo destrutivo da pele, associado a atrofia, fibrose e discromia.

Definições das patologias que frequentemente geram procedimentos

Queratose actínica ou ceratose actínica é uma lesão de pele causada pelo Sol (por isso, chamada de actínica), que se caracteriza por áreas avermelhadas ou ligeiramente acastanhadas com uma superfície áspera, queratósica (por isso, queratose). Normalmente, aparece em áreas expostas do corpo, como rosto, colo, antebraços e mãos. Em homens calvos, pode acometer o couro cabeludo. Pode ser uma lesão isolada, mas normalmente é múltipla, afetando toda uma área exposta cronicamente ao Sol. A queratose actínica é considerada o primeiro passo para o desenvolvimento de um “carcinoma basocelular e espinocelular”. O risco de transformação em carcinoma espinocelular é estimado em 0,1% a 10% ao ano.

Câncer da pele: qualquer célula que compõe a pele pode originar um câncer, logo, existem diversos tipos de câncer de pele. O câncer de pele é o mais comum do ser humano, responsável por 1/3 de todos os casos de câncer do mundo. Apesar das altas taxas de incidência, observamos elevados índices de cura, principalmente devido ao diagnóstico precoce. Didaticamente, é possível dividir em dois grupos: melanoma e câncer de pele não melanoma. Entre os não melanomas, os mais comuns são: carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular.

Os nevos melanocíticos, conhecidos como pintas ou sinais, são manchas ou pequenas elevações na pele que variam de castanho claro a castanho bem escuro, por vezes, podendo ter mais de uma cor. O tamanho pode variar bastante. Os nevos melanocíticos são considerados como potenciais precursores (pode se transformar em um melanoma), diagnóstico diferencial (pode simular um melanoma) e marcadores de risco para melanoma.

Queratose (ou ceratose) seborreica é uma lesão costumeiramente confundida com câncer de pele, tanto pelos pacientes quanto por médicos não especialistas. A confusão ocorre pelo aspecto clínico. As queratoses seborreicas são lesões escuras, de bordas irregulares, normalmente sendo sobrelevadas, altas. Costumam ter um aspecto verrucoso com superfície áspera, que podem ser destacadas/descoladas em decorrência de traumas mínimos. Podem ser únicas ou múltiplas – quando são múltiplas, em geral, apresentam um fator genético. Costumam aparecer após os 30 anos de idade, sendo mais frequentes em indivíduos caucasianos. Não apresentam risco de malignização.

Acrocórdons são pequenas lesões escuras, compridas, ligadas à pele por uma pequena base. Acometem áreas de dobras, como axilas, regiões embaixo dos seios e pescoço. São mais comuns em pessoas de meia-idade, afetando mais mulheres que homens. Alguns acrocórdons podem desaparecer espontaneamente quando traumatizados. Não apresentam risco de malignização.

Nevo rubi ou angioma rubi são pequenas lesões arredondadas de 1 a 5 milímetros, de coloração avermelhada ou arroxeada. São pequenas alterações em vasos sanguíneos da pele. Mais comuns em indivíduos caucasianos de meia-idade, sendo frequentes no tronco. Não apresenta risco de malignização.

Vitiligo caracteriza-se pela redução no número ou função dos melanócitos, células localizadas na epiderme responsáveis pela produção do pigmento cutâneo – a melanina. Essa despigmentação ocorre geralmente em forma de manchas brancas (hipocromia) de diversos tamanhos e com destruição focal ou difusa. A doença pode surgir em qualquer idade, sendo mais comum em duas faixas etárias: de 10 a 15 anos e de 20 a 40 anos. Contudo, estresse físico, emocional e ansiedade são fatores comuns no desencadeamento ou no agravamento da doença.

Queloides é um caso especial de cicatriz. Ocorre uma desordem fibroproliferativa, produzindo lesões fibroelásticas, salientes, rosadas, avermelhadas ou escuras e, às vezes, brilhantes. Pode ocorrer na cicatrização de qualquer lesão da pele.

Alopecia areata é uma doença que provoca a queda de cabelo. A etiologia é desconhecida, mas existem alguns fatores implicados, como a genética e a participação autoimune. Quando isso acontece, o cabelo começa a cair, formando pequenas ou grandes áreas sem cabelo.

Dermatoscopia

A dermatoscopia (por lesão) necessita de relatório médico. Como qualquer exame, há previsão de emissão de laudo ao paciente.

Fica definida a obrigatoriedade de perícia quando da solicitação de 10 ou mais lesões, cumulativas, no período de um ano a partir da primeira.

É recomendado que sejam feitas vistorias dos consultórios para confirmação da existência do equipamento.

A dermatoscopia não é passível de cobrança para avaliação de lesões anoperineais (coloproctologista) porque faz parte da consulta da especialidade.

Descrição dos procedimentos (pequenas cirurgias e curativos)

Alguns procedimentos citados abaixo seguem a regra de quantidade definida pela planilha de baixo risco. Esses procedimentos são autorizados automaticamente, não sendo submetidos à auditoria preventiva, mas devendo ser analisados em auditoria retrospectiva.

Fototerapia

Cobertura somente para os tratamentos de psoríase e vitiligo.

Código	Descrição
20104120	Fototerapia com UVA (PUVA) (por sessão)

Criocirurgia e crioterapia

Código	Descrição
20104073	<i>Crioterapia (grupo de até 5 lesões)</i>
30101204	<i>Criocirurgia (nitrogênio líquido) de neoplasias cutâneas</i>

Crioterapia (grupo de até 5 lesões): indicado para tratamento de verrugas, ceratoses seborreicas, ceratoses actínicas, lesões suspeitas de carcinoma basocelular localizado, lesões pré-malignas superficiais, que não têm caráter essencialmente estético. Poderá ser necessária mais de uma quantidade, geralmente sem necessidade de anestesia local. No mesmo ato, e para as mesmas lesões são excluídos os códigos: 30101298 e/ou 30101107.

Criocirurgia (nitrogênio líquido) de neoplasias cutâneas: é uma aplicação mais profunda de nitrogênio, procedimento a ser feito em locais com cartilagem (nariz e orelha) ou em lesões extensas, em áreas de difícil cobertura (muitas vezes, com necessidade de colocação de enxerto). Conforme parecer da própria AMB, é a codificação que deve ser usada para neoplasia, em casos de câncer de pele diagnosticado. Geralmente, autorizada em quantidade um e pode exigir sedação.

Curetagem e/ou cauterização/eletrocoagulação e/ou shaving

Código	Descrição
30101107	<i>Cauterização química (por grupo de até 5 lesões)</i>

Aplicação de substância cáustica ou ácida sobre uma lesão, com o objetivo de removê-la. Indicado para tratamento de verrugas, ceratoses seborreicas, ceratoses actínicas. O tratamento de melanose solar é de indicação estética.

Recomendação: liberar codificação em quantidade 1x (grupos de 5 lesões), e adicionais conforme justificativa detalhada. Para mesmas lesões, esse código é excluído aos códigos 30101298, 20104073, 30101204 e 30101255.

Código	Descrição
30101255	<i>Curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 5 lesões)</i>

Geralmente, indicada para o tratamento de molusco contagioso e ceratoses. O tratamento de milium é estético. Em mesmas lesões, fica em duplicidade com codificação 30101298, 30101107, 20104073 e 30101107.

Código	Descrição
30101298	<i>Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas – com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões)</i>

Poderá também ser autorizada para tratamento de moluscos, ceratoses actínicas, ceratoses seborreicas e verrugas. Em mesmas lesões, fica em duplicidade com codificação 30101255, 30101107, 20104073 e 30101107.

Código	Descrição
30101247	<i>Curetagem e eletrocoagulação de CA de pele (por lesão)</i>

Usada para tratamento de câncer de pele diagnosticado (anatomopatológico), por lesão.

Código	Descrição
30101298	<i>Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas – com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões)</i>
30101506	<i>Exérese tangencial (shaving) – (por grupo de até 5 lesões)</i>

Foi definido que esses códigos não devem ser pagos concomitantemente para a(s) mesma lesão(ões). Após shaving, a curetagem e eventual necessidade de eletrocoagulação das mesmas lesões são excludentes.

Biópsias incisionais

Código	Descrição
30101077	<i>Biópsia de pele, tumores superficiais, tecido celular subcutâneo, linfonodo superficial etc.</i>

Remunera biópsias incisionais conforme própria terminologia. Biópsias excisionais, geralmente, têm codificação própria.

Exérese de lesões de pele simples/comuns

Código	Descrição
30101921	<i>Exérese e sutura de hemangioma, linfangioma ou nevus (por grupo de até 5 lesões)</i>

Codificação para tratamento de hemangiomas, linfangiomas ou nevus, conforme terminologia.

Código	Descrição
30101492	<i>Exérese e sutura simples de pequenas lesões (por grupo de até 5 lesões)</i>

Codificação para tratamento de lesões pequenas de pele, geralmente diferentes de hemangiomas, linfangiomas ou nevus, as quais têm codificação própria.

Código	Descrição
30101506	<i>Exérese tangencial (shaving) – (por grupo de até 5 lesões)</i>

Recomendada a autorização de até quatro grupos de 5 lesões por sessão. Para as mesmas lesões, é excludente ao 30101298.

Exéreses de lesões de pele maiores

Código	Descrição
30101468	<i>Exérese de lesão/tumor de pele e mucosas</i>

Refere-se ao tratamento de lesão (incluindo margens) que acometa pele e mucosa ao mesmo tempo (transição), e citamos lesões perilabiais. Em anatomopatológico, deve haver essa comprovação.

Código	Descrição
30101913	<i>Tu partes moles – exérese</i>

Esse código deve ser autorizado para tumores de partes moles. Por definição, as partes moles correspondem a tecidos localizados abaixo da epiderme, até as vísceras. Os tecidos moles incluem todas as camadas profundas de pele, incluindo vasos sanguíneos, vasos linfáticos, músculos, aponeuroses, tendões, nervos e os tecidos sinoviais, excetuando-se os ossos. Inclui a sutura em planos. É uma codificação de ato complexo, com previsão de participação de anestesiista e de 1 auxiliar.

Lesões/tumores extensos

Código	Descrição
30101786	<i>Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento</i>

O conceito de lesões extensas envolve uma análise tridimensional (largura, comprimento e profundidade), e que excedem mais de 10 cm na soma. Geralmente, demandam infiltrações anestésicas volumosas, sutura em planos e vários fios.

Não preenchendo esses critérios, a codificação a ser usada seria 30101794 – *Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento*.

Cirurgias com retalhos e enxertos

Quando o tratamento não envolve sutura primária.

Código	Descrição
30101450	<i>Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos</i>
30101581	<i>Extensos ferimentos, cicatrizes, ou tumores – exérese e enxerto cutâneo</i>

Autorizar para lesões maiores que 2 cm de diâmetro ou lesões menores, desde que estejam localizadas em áreas de difícil acesso (limitação de pele), tais como dorso do nariz, pálpebras, lábios, comissuras e pavilhão auricular, e que se justifique rotação ou enxerto de retalho cutâneo e sutura em vários planos.

Código	Descrição
30101522	<i>Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores – excisão e retalhos cutâneos da região</i>

Codificação indicada para ferimentos, cicatrizes ou tumores: maiores que 10 cm (tridimensional) ou mais profundos com envolvimento até fâscias, músculos, tendões (reconstrução com retalhos e em vários planos); lesões por esmagamento e lesões estreladas; e lesões de face, mãos, couro cabeludo e

pés, acima de 5 cm, e que necessitaram de rodar retalho para fechamento.

Observação: existem outras codificações mais específicas para enxertos e retalhos, a serem analisadas caso a caso.

Infiltração intralesional, cicatricial e hemangiomas

Código	Descrição
30101646	<i>Infiltração intralesional, cicatricial e hemangiomas – por sessão</i>

Poderá ser autorizado para tratamento de queloides e hemangiomas, desde que não seja com finalidade essencialmente estética. Podendo ser autorizada mais de uma sessão para o tratamento da mesma lesão, com intervalo mínimo de 30 dias.

Plástica em Z ou W

Código	Descrição
30101670	<i>Plástica em Z ou W</i>

Codificação específica indicada para exérese/sutura, quando houver área sob tensão ou retração, com limitação funcional ou de difícil acesso Excludente a codificação que contém previsão de retalhos ou enxertos. Outras retrações têm codificação específica.

Observação: existem outras codificações mais específicas para exérese, a serem analisadas caso a caso.

Drenagens, desbridamentos e curativos de pele (Não queimados)

Código	Descrição
30101603	<i>Ferimentos infectados e mordidas de animais (desbridamento)</i>

Código destinado ao desbridamento de lesões ou feridas infectadas, inclusive das causadas por mordidas de animais não são suturadas. Inclui o curativo.

Código	Descrição
30730031	<i>Desbridamento cirúrgico de feridas ou extremidades</i>

Código destinado ao desbridamento de feridas, inclusive as de extremidades. Incluem as feridas vasculares (arteriais e venosas) e diabéticas. Inclui o curativo.

Código	Descrição
30101620	<i>Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício</i>

Código destinado às incisões e drenagens de abscessos, seromas, hematomas e panarícios que não têm codificação específica.

Código	Descrição
30101638	<i>Incisão e drenagem de flegmão</i>

Flegmão refere-se à infiltração piogênica mais difusa e complexa em tecido conjuntivo, diferente de um abscesso, demandando intervenção e incisões que vão além da epiderme e derme. Conferir em relatório cirúrgico.

Observação: existem outras codificações de drenagem e desbridamento, mas são de áreas específicas, conforme terminologia (tendões, escroto, dedo, unha etc.).

Código	Descrição
20104090	<i>Curativo de extremidades de origem vascular</i>

Refere-se aos curativos (por atendimento) destinados às lesões vasculares, tais como pé diabético, úlceras venosas e úlceras arteriais. Não é destinado para curativos pós-operatórios, tais como de cirurgia de varizes. Incluso quando feito desbridamento.

Código	Descrição
20104103	<i>Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados</i>

Refere-se a curativos pouco extensos, executados por médicos, mediante descrição do ato (achados e atos efetivamente realizados). São inclusos em procedimentos cirúrgicos que o precederam no mesmo ato.

Código	Descrição
20104081	<i>Curativos em geral com anestesia, exceto queimados</i>

Refere-se a curativos pouco extensos, executados por médicos, mediante descrição do ato (achados e atos efetivamente realizados), em que houve necessidade de participação de anestesista. São inclusos em procedimentos cirúrgicos que o precederam no mesmo ato.

Código	Descrição
30101239	<i>Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)</i>

Referem-se a curativos geralmente extensos que, por indicação técnica e/ou imperativo clínico, precisam ser realizados em centro cirúrgico, com participação de anestesista. São inclusos em procedimentos cirúrgicos que o precederam no mesmo ato. O conceito de UT será definido em queimados.

Código	Descrição
20104316	<i>Curativo de ouvido (cada)</i>

Refere-se a ato médico, com descrição de achados, diagnóstico e indicação do curativo, descritos em relatório a ser conferido e fase de auditoria de conta. Incluso em procedimentos cirúrgicos que o precederam.

Código	Descrição
20104324	<i>Curativo oftalmológico</i>

Refere-se a ato médico, com descrição de achados, diagnóstico e indicação do curativo, descritos em relatório a ser conferido e fase de auditoria de conta. Incluso em procedimentos cirúrgicos que o precederam.

QUEIMADOS

Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano, existem 11 (onze) UTs, mas para regras de remuneração, conforme a contagem por áreas nobres/especiais, podemos ter bem mais que essas 11 UTs:

Unidades topográficas	
Cabeça e pescoço	1
Cada um dos membros superiores	2
Face anterior do tórax	1
Face posterior do tórax	1
Abdome	1
Nádegas (da cintura à raiz da coxa)	1
Cada uma das coxas	2
Cada um dos conjuntos pernas e pés	2
Os genitais constituem uma UT à parte de (1%)	

Conforme instruções do Rol:

10.1.2 Por definição, é considerada lesão em área nobre/especial, queimadura nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, músculo ou osso).

Para efeito de codificação, considera-se grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxofemural, joelho, tornozelo (FONTE: Projeto Diretrizes AMB.).

Cada uma dessas áreas nobres/especiais, quando atingidas em qualquer extensão, deve ser considerada como 2 UTs e somada como tal.

Lesão/queimadura em outra topografia do corpo humano é considerada 1 UT, quando não apresentar qualquer das características supracitadas.

Código	Descrição
30101280	<i>Desbridamento cirúrgico - por unidade topográfica (UT)</i>
30101387	<i>Escarectomia descompressiva (pele e estruturas profundas) - por unidade</i>
30101212	<i>Curativo de queimaduras - por unidade topográfica (UT) ambulatorial</i>
30101220	<i>Curativo de queimaduras - por unidade topográfica (UT) hospitalar</i>

A codificação de desbridamento 30101280 serve para ambulatorio e hospitalar, e está no baixo risco em quantidade 1, exigindo relatório para áreas superiores.

Os curativos de queimados são divididos em hospitalares e ambulatoriais. Devem ser conferidos pela auditoria concorrente e retrospectiva, avaliando gravidade (grau), extensão, área nobre e curativos de áreas desbridadas em mesmo ato.

Remunera-se desbridamentos e curativos para áreas queimadas de 2º e 3º graus, prevendo-se o incremento para áreas nobres/especial (conforme acima explicado), mas também com previsão de redução de vias de acesso (100%-70%).

Quando realizado desbridamento e escarectomia, está incluso o curativo da mesma área.

Áreas de queimadura de 1º grau e algumas de 2º grau superficial não justificam cobrança de codificação de ato médico de desbridamento ou curativo, a serem analisados por auditoria concorrente e retrospectiva.

Auxiliares de cirurgia necessários para o tratamento

UT	Descrição
1 UT	Não comporta auxiliar
2 a 3 UTs	Um auxiliar
4 ou mais UTs	Dois auxiliares

Referências bibliográficas

1. Actinic keratosis: a clinical and epidemiological revision, *An Bras Dermatol* 87(3): 2012
2. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 2010, 6ª edição
3. Sebastião A P; Sampaio Evandro A Rivitti *Dermatologia* 2ª edição São Paulo: Artes Médicas, 2001
4. Disponível em: <<http://www.sbcd.org.br/pagina/1888>>
5. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA e Katz *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine* SI 6ª edição Nova York: McGraw-Hill, 2003
6. Major features of keloid scars, *An. Bras Dermatol* 69(6): 1994
7. Resolução Normativa da ANS vigente

Dermolipectomia

Código	Descrição
30101271	<i>Dermolipectomia para correção de abdome em avental</i>

DUT 18 - 18 DERMOLIPECTOMIA

Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago).

A associação da codificação de diástase de retos completaria o conceito de abdominoplastia. Sinalizamos ainda a associação irregular de códigos contendo a terminologia de retalhos cutâneos para a retirada das sobras e reimplante de umbigo). Todos merecem análise da auditoria preventiva, concorrente e retrospectiva.

Em reunião do Grupo Técnico do COSAÚDE da Agência Nacional de Saúde Suplementar para REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE - 2018, em ATA DA 4ª REUNIÃO de 13 de janeiro de 2017, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica trouxe a proposta de incorporação ao Rol de mamoplastia (feminina e masculina), braquioplastia e flancoplastia, e foram abordados esses e outros conceitos relacionados, inclusive o de abdominoplastia.

“...Dermolipectomia consta no Rol da ANS vigente e possui Diretrizes de Utilização que definem serem passíveis de cobertura em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago). Além disso, a plicatura dos músculos reto abdominais para correção de diástase possui codificação TUSS estando também contemplada no Rol, desde que haja justificativa médica para sua realização. Dessa forma, encerrou sua apresentação afirmando que a bibliografia encaminhada não cita dados que justifiquem a superioridade da abdominoplastia em detrimento à dermolipectomia e que, após análise da bibliografia encaminhada e pesquisa realizada, não há justificativa para a incorporação do procedimento no Rol da ANS, em detrimento aos já contemplados pelo Rol.”

Correção de lipodistrofias

Código	Descrição
30101190	Correção de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana de membros superiores e inferiores

Lipodistrofias braquial (braquioplastia), crural (coxoplastia) e quadril e flancos (flancoplastia) não têm cobertura contratual prevista pela ANS.

Cirurgia micrográfica de Mohs

Código	Descrição
30101123	Cirurgia micrográfica de Mohs

Deve ser autorizada para médico com certificação em Cirurgia Micrográfica pela Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Trata-se de um procedimento de exceção, muito específico, que exige economia de margens de pele e gera um laudo/relatório muito detalhado, que deve ser conferido pela auditoria retrospectiva, junto com o anatomopatológico.

A cirurgia de Mohs é indicada para:

- Carcinomas basocelulares de risco aumentado para recidiva
- Carcinomas espinocelulares (ou de células escamosas)
- Dermatofibrossarcoma protuberans
- E alguns tumores mais raros de pele

Fonte: www.sbd.org.br

A cirurgia micrográfica de Mohs é uma técnica cirúrgica para remoção de certos carcinomas cutâneos. Os tumores são retirados sob anestesia local em ângulo oblíquo e mapeados em um diagrama da incisão cirúrgica. O tecido retirado é congelado em seções horizontais que permitem a avaliação histológica das margens periféricas e profundas. As extensões subclínicas do tumor são precisamente marcadas no mapa. Uma segunda camada de tecido é retirada na localização exata do tumor residual, com a preservação do tecido não acometido. O processo é repetido até que se consigam margens negativas. A reconstrução imediata é realizada na maioria dos casos.

TABELA 1- Indicação de cirurgia de Mohs no carcinoma basocelular³

<p>1- Localização e tamanho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maior ou igual 6mm de diâmetro em centro da face, nariz, lábios, pálpebras, supercílios, pele periorbital, mento, mandíbula, orelhas, área pré e pós auricular, têmporas, mãos e pés ✓ Maior 10mm em outras áreas da cabeça e do pescoço ✓ Maior 20mm em todas as outras áreas <p>2- Tipo histopatológico agressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclerodermiforme ✓ Micronodular ✓ Basoescamoso ✓ Invasão perineural <p>3- Lesão recidivada</p> <p>4- Lesão em área de bordas pobremente definidas (reconstrução, tratamentos prévios)</p> <p>5- Lesão em local primariamente irradiado</p> <p>6- Lesão em paciente imunocomprometido (LLC)</p>

TABELA 2- Indicação de cirurgia de Mohs no carcinoma basocelular³

<p>1- Localização e tamanho</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ AJCC^a : tumores maiores que 2 cm ✓ NCCN^b : maior ou igual 6mm de diâmetro em centro da face, nariz, lábios, pálpebras, supercílios, pele periorbital, mento, mandíbula, orelhas, área pré e pós auricular, têmporas, genitália, mãos e pés; maior ou igual 10mm em bochecha, testa, couro cabeludo, pré-tibial, pescoço; maior 20mm em tronco e extremidades <p>2- Lesão recorrente</p> <p>3- Lesão em locais de ferida crônica, cicatriz ou irradiação prévia</p> <p>4- Sintomas neurológicos como dor, fraqueza e perda de sensibilidade. Déficit dos pares cranianos V e VII</p> <p>5- Histopatologia agressiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pobremente diferenciado ✓ Padrão de crescimento desmoplásico/infiltrativo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AJCC espessura de profundidade maior que 2mm Breslow e Clark IV ou V ✓ Invasão perineural (11-30)
<p>6- Lesão em paciente imunocomprometido pela doença ou pelo seu tratamento : LLC, receptor de órgão transplantado, epidermólise bolhosa</p>

a: American Joint Committee on Cancer; b: National Comprehensive Cancer Network

EXAMES DE IMAGEM

Densitometria óssea

Código	Descrição
40808122	Densitometria óssea (um segmento)
40808130	Densitometria óssea – rotina: coluna e fêmur (ou dois segmentos)

Quando houver a solicitação de dois segmentos, o código a ser pago será 40808130 – Densitometria óssea – rotina: coluna e fêmur (ou dois segmentos), uma única vez.

De acordo com documento de Medicina Baseada em Evidências, publicado no Portal Unimed do Brasil, o screening incluindo a densitometria deve ser realizado em:

- Mulheres com 65 anos ou mais
- Mulheres com menos de 65 anos que tenham fatores de risco para fraturas
- Qualquer sexo com osteopenia radiográfica
- Qualquer sexo – portadores de doenças crônicas associadas à perda óssea
- Transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea
- Pacientes em uso de antineoplásicos que aumentam a perda óssea
- Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

A critério clínico, não há indicação para exame em mulheres com 75 anos ou mais, com dois ou mais fatores clínicos independentes para fratura ou indicadores prévios de baixa densidade óssea, pois o diagnóstico de osteoporose já é presumido nesses casos e o exame não acrescentará dados para modificar a intervenção terapêutica.

O screening para osteoporose começa com a anamnese, buscando fatores de risco como: idade avançada, histórico de fratura, terapia em longo prazo com corticoides, baixo peso, história familiar de fratura de quadril, tabagismo, alcoolismo e osteoporose secundária (hipogonadismo, hiperparatireoidismo, doenças intestinais).

O intervalo para repetição da densitometria deve ser suficiente para permitir alterações significativas na densidade mineral óssea. Além disso, pequenas variações na densidade mineral óssea podem ser devido à variabilidade do método ou do aparelho utilizado, não tendo significado clínico confiável.

Para pacientes que não estão em tratamento para osteoporose e nem em uso de corticoide e que não apresentem doenças associadas à perda óssea significativa, deve ser considerado um intervalo mínimo de 5 anos para a repetição da densitometria.

Para pacientes que estão recebendo tratamento, a alteração da densidade mineral óssea não se correlaciona necessariamente com a resposta ao tratamento e nem com a redução do risco de fraturas. A maioria das recomendações considera intervalos de, pelo menos, 2 anos para a repetição do exame.

Código	Descrição
40808149	Densitometria óssea – corpo inteiro

O exame 40808149 – Densitometria óssea – corpo inteiro não é considerado excludente aos exames 40808122 – Densitometria óssea (um segmento) e 40808130 – Densitometria óssea – rotina: coluna e fêmur (ou dois segmentos).

Radioscopia

Código	Descrição
40811018	<i>Radioscopia diagnóstica</i>
40811026	<i>Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico – por hora ou fração</i>

Esses códigos serão remunerados somente para o acompanhamento do radiologista, mediante laudos e registros em prontuário, para validação do auditor hospitalar. Eles não são devidos para o cirurgião pelo fato de o acompanhamento radiológico ser considerado parte integrante da cirurgia.

Em geral, o radiologista não participa do ato de radioscopia. No entanto, a remuneração desse código se refere ao uso do arco cirúrgico. Sendo cobrada a taxa do aparelho em conta. Na prática, ele é utilizado quando existe um serviço de imagem terceirizado no hospital e que é dono do equipamento.

Ex.: em casos de uso da radioscopia para uma colangiografia intraoperatória, deve ser remunerado o código específico 40806103, não cabendo a cobrança do código de radioscopia.

Foi considerado o parecer 18/2017 do CREMERJ, que entende como parte do procedimento principal.

A radioscopia diagnóstica e a radioscopia para acompanhamento de procedimentos cirúrgicos só podem ser cobradas por profissional da área de imagem (40811018 e 40811026) quando devidamente laudadas.

ANGIORRADIOLOGIA

Exames angiográficos – percentualização e exclusão

A solicitação de angiografias pré, per e de controle é habitual no sistema Unimed, assim como as dúvidas sobre procedimentos que podem ser excludentes.

Definida a percentualização para honorários médicos, custo e filme, conforme abaixo:

- Honorários médicos: 100% e 50%
- Custo operacional: 100% e 70%
- Filme radiológico: 100% e 100%

Os códigos abaixo foram considerados não excludentes, conforme o objetivo pelo qual foram criados:

Código	Descrição
40812022	<i>Angiografia por punção ou</i>
40812030	<i>Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso</i>
40812065	<i>Angiografia transoperatória de posicionamento</i>
40812073	<i>Angiografia pós-operatória de controle</i>

Quando cobrados concomitantemente, são considerados excludentes:

Código	Descrição
40812030	<i>Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso</i>
40812022	<i>Angiografia por punção</i>

O código 40812022 - *Angiografia por punção* praticamente não é mais utilizado. Em geral, apesar de raro, esse exame é feito em centro cirúrgico, com o uso da radioscopia e por cirurgião vascular para diagnóstico rápido de obstrução arterial aguda com suspeita de embolia.

O conjunto de códigos abaixo é utilizado para acompanhar procedimento intervencionista e só pode ser cobrado uma única vez para cada procedimento:

Código	Descrição
40812030	<i>Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso</i>
40812065	<i>Angiografia transoperatória de posicionamento</i>
40812073	<i>Angiografia pós-operatória de controle</i>

Angiografia medular

Código	Descrição
40812154	<i>Angiografia medular</i>

Procedimento sem cobertura no Rol de procedimentos. No entanto, o código de embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular está no Rol da ANS. Nesses casos, poderá ser autorizado, eventualmente, de acordo com a necessidade.

Para seu porte, está prevista a inclusão de, no máximo, 4 vasos para angiografia medular cervical, 6 para angiografia medular torácica e 6 para angiografia medular tóraco-lombar.

Em cada exame medular para tumores, está incluído somente um segmento.

Em exame medular de malformação, estão incluídos, no máximo, dois segmentos.

Angiografia junto com procedimento

Para a embolização de malformação arteriovenosa cerebral, remunera-se o procedimento principal + 50% da angiografia pós-operatória. Entende-se que a angiografia peroperatória é parte integrante do procedimento.

Parte-se do pressuposto que já existe uma angiografia diagnóstica prévia.

Vias de acesso

Quando realizadas angiografias diagnósticas e/ou radiologias intervencionistas sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 14 dessas instruções gerais. As angiografias que acompanham procedimento intervencionista serão remuneradas a 50%, em relação ao procedimento intervencionista.

Os procedimentos intervencionistas em diferentes sítios sofrerão redutores de 70% ou 50% quando realizados concomitantemente.

A angiografias sofrerão limitadores quantitativos:

- 40812030 – máximo de 1x, pois refere-se a grande vaso. Esse código exclui o 40812022, pois são excludentes.
- 40812065 – máximo de 3x, conforme a complexidade do procedimento.
- 40812049 – máximo de 3x, conforme a necessidade de seletivar um novo vaso.

- 40812057 – máximo de 3x, conforme a necessidade de seletivar um novo vaso.
- 40812073 – máximo de 1x, o conjunto imagens para controle remunera-se sob esse código 1x.

Código	Descrição
40813088	<i>Angioplastia de aorta para tratamento de coarctação</i>
30912024	<i>Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso)</i>

São procedimentos excludentes, se a solicitação for para o mesmo sítio anatômico, no mesmo ato e no mesmo prestador. Não são excludentes numa situação rara de estenose da pulmonar concomitante a coarctação, desde que comprovado.

Métodos intervencionistas/Terapêuticos por imagem

O código 40813681 – *Embolização de ramos hipogástricos para tratamento de sangramento ginecológico* não pode ser utilizado para cumprimento da DUT 23, e aplica-se a sangramento ginecológico por margem inoperável ou MAV/FAV uterina ou pélvica. Para embolização das artérias uterinas, deve ser utilizado o código 40813746, seguindo a DUT 23.

Procedimentos percutâneos nas mamas

- Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por imagem (não inclui o exame de base).
- Biópsia percutânea de fragmento mamário (core biopsy), orientada por US ou Rx – agulha grossa.
- Mamotomia por estereotaxia ou US.
- Marcação pré-cirúrgica por nódulo – máximo de 3 nódulos por mama, orientada por estereotaxia, US ou RM (não inclui exame de imagem).

Alerta: não deve ser pago exame de controle pós-punção, pois já é parte integrante do ato principal. Essa regra se aplica a qualquer punção/biópsia rígida por exame de imagem.

Código	Descrição
40808220	<i>Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US (não inclui o exame de base)</i>
40808092	<i>Biópsia percutânea de fragmento mamário (core biopsy), orientada por US ou RX – agulha grossa (não inclui o exame de base)</i>

Definido que, para os códigos em questão, o pagamento será por nódulo, sem limitação de quantidade. Essa limitação existe apenas para a marcação pré-cirúrgica por nódulo – máximo de 3 nódulos por mama.

Nota sobre biópsia em múltiplos nódulos mamários:

Artigos sobre follow-up de pacientes com múltiplos nódulos, publicados em 2013 (trabalho inicial) e 2020, foram um marco no manejo desses casos, deixando de considerar biópsias nesses casos, pois, em exames seriados de acompanhamento, os nódulos permaneciam estáveis. Inclusive, a orientação atual para laudos de mamografias e ultrassonografias em portadores de múltiplos nódulos atualmente é usar BI-RADS 2.

Portanto, é claro que não devem ser biopsiados os múltiplos nódulos nessas situações, pois, em geral, permanecem estáveis e são benignos. Se eventualmente alguns dos nódulos mudar de característica em exames de follow-up, então, deve ser biopsiada apenas a lesão que mudar de aspecto imaginológico.

Fontes:

2013 - Berg WA, Zhang Z, Cormack JB, Mendelson EB. Multiple bilateral circumscribed masses at screening breast US: consider annual follow-up. *Radiology*. 2013 Sep; 268(3):673-83. doi: 10.1148/radiol.13122251. Epub 2013 Apr 24. PMID: 23616634; PMCID: PMC3750421.

2020 - Ethan O. Cohen, Hilda H. Tso, and Jessica W. T. Leung. Multiple Bilateral Circumscribed Breast Masses Detected at Imaging: Review of Evidence for Management Recommendations. *American Journal of Roentgenology* 2020 214:2, 276-281.

Mamotomia – Dut 7

Código	Descrição
40808289	Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)
40808297	Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem)

Biópsia percutânea a vácuo guiada por Raio X ou Ultrassonografia - US (Mamotomia)

Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- estudo histopatológico de lesões não palpáveis
- nódulos mamários menores que 2 cm
- nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS

Observação: mamotomia por RM está fora do Rol.

Punções ou biópsias percutâneas orientadas por imagem (RX, US, TC ou RM)

As punções ou biópsias percutâneas de nódulos ou massas são fundamentais para coleta de matéria histopatológica que pode ser utilizada para tratamento sem a necessidade de cirurgia e, quando é feita por agulha grossa, permite a possibilidade de estudo por imunohistoquímica.

Código	Descrição
40809188	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por RM (não inclui o exame de base)
40809153	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por RX (não inclui o exame de base)
40809170	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por TC (não inclui o exame de base)
40809161	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por US (não inclui o exame de base)

Alerta: não deve ser pago exame de controle pós-punção.

Embolização de Malformação Arteriovenosa Cerebral ou Medular – Por vaso

Código	Descrição
40813568	Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular – por vaso

Quando da realização do procedimento, ficou definido que a angiografia pós-operatória de controle deve ser valorada em 50%.

Código	Descrição
40812073	Angiografia pós-operatória de controle

A angiografia peroperatória é considerada parte integrante do procedimento.

Colocação de Cateter Venoso Central ou Portocath guiado por Ultrassonografia

Quando da solicitação desse procedimento, autorizar os códigos abaixo:

Código	Descrição
30913012	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soro s/drogas (Porte 4B)
40901211	US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)
40813231	Colocação de cateter venoso central ou portocath
30913101	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração
30913020	Instalação de cateter para monitorização hemodinâmica à beira do leito Swan-Ganz

Cabe pagamento do procedimento 30913012 – Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soro s/drogas – associado ao procedimento 40901211 – USG de estruturas superficiais, quando realizado. Essa regra vale para todos os procedimentos relativos aos acessos venosos centrais, quando realizados por médicos.

Os procedimentos 30913101 – Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração, 40813231 – Colocação de cateter venoso central ou portocath e 30913020 – Instalação de cateter para monitorização hemodinâmica à beira do leito Swan-Ganz são procedimentos semelhantes aos do código 30913012, sendo que, mesmo no código de implante cirúrgico, inicialmente pode ser utilizado o US para a punção e só depois é realizada a abertura para tunelização e confecção de pequena cavidade para fixação do reservatório do Portocath. Já existe entendimento da Câmara Técnica da CBHPM AMB para seguir essas orientações nos códigos 30913012 e 30913020, utilizando o US de estruturas superficiais associado. Portanto, seguindo os entendimentos acima não cabe a utilização de códigos de angiografia, flebografias ou administração de contraste nos códigos acima.

Não se aplica a punções vasculares superficiais guiados por dispositivos de infravermelho ou para PICC

Código	Descrição
30913012	<i>Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soro s/drogas (Porte 4B)</i>
40811026	<i>Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)</i>

Para esta situação não está indicado a remuneração 40811026 – Radioscopia por ser ato integrante do procedimento principal.

Não cabe cobrança de qualquer tipo de angiografias e/ou flebografias relacionadas a tais procedimentos.

Observação 1: os códigos 30913101 – Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração, 40813231 – Colocação de cateter venoso central ou portocath – 30913020 – Instalação de cateter para monitorização hemodinâmica à beira do leito Swan-Ganz – Porte 2C são procedimentos semelhantes aos do código 30913012, sendo que, mesmo no código de implante cirúrgico, inicialmente pode ser utilizado o US para a punção e só depois é realizada a abertura para tuneilização e confecção de pequena cavidade para fixação do reservatório do Portocath. Já existe entendimento da Câmara Técnica da CBHPM AMB para seguir essas orientações nos códigos 30913012 e 30913020, utilizando o US de estruturas superficiais associado.

Portanto, não cabe a utilização de códigos de angiografia, flebografias ou administração de contraste nos códigos acima.

Observação 2: para retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração deve ser utilizado o código específico 30913128 e sem o uso do US de estruturas superficiais. Algumas vezes, existe solicitação do código 40814084 – RX – Retirada percutânea de corpo estranho intravascular, pois o porte é bem maior. No entanto, é indevido o uso desse código, pois deve ser usado apenas em casos de fio guia perdido, pedaços de cateter dentro de algum vaso, cateter do portocath desconectado dentro do coração e filtro de cava migrado, entre outros.

Punções Arteriais e Venosas em Procedimentos Endovasculares

Para as punções vasculares (arteriais e/ou venosas), percutâneas ou diretas (após dissecação), nos procedimentos vasculares guiados (endovasculares, neurovasculares e de cardiologia intervencionista), se realizados guiados por ultrassonografia, acrescem, uma única vez por procedimento (evento cirúrgico), a codificação abaixo:

40901211 - USG de estruturas superficiais (valor vigente do Rol Unimed) com 50% de redução de via de acesso

Observação: Não se aplica a PAM (punção para pressão arterial média)

Punções para Infiltrações

Para punções guiadas por ultrassonografia, sem fins terapêuticos específicos (ex. drenagens e embolizações) ou de coleta de material, incluído aqui todas as infiltrações em nervos, plexos, gânglios nervosos, músculos, tendões, fâscias, bursas, ou outras estruturas musculoesqueléticas, inclusive intrarticular e extra-articular, se realizados guiados por ultrassonografia, acrescem, uma única vez por procedimento (evento cirúrgico), a codificação abaixo:

40901211 - USG de estruturas superficiais (valor vigente do Rol Unimed) com 50% de redução de via de acesso

Observação: Não se aplica para punções/infiltrações em coluna.

Punções Biópsia

Procedimentos de punção de órgãos ou estruturas, para fins de coleta de material quando realizados por via percutânea acrescem, uma vez por procedimento (evento cirúrgico), o procedimento 40901211 US - Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão), desde que caracterizado acesso guiado por ultrassonografia.

Punções Terapêuticas Específicas

Procedimentos TERAPÊUTICOS, conforme constam em suas terminologias, relacionados à acesso para embolizações percutâneas diretas (não via endovascular – navegação endovascular); aspiração para drenagem e tratamento de coleções e abscessos; marcações pré-cirúrgicas; manipulações e retiradas percutâneas; quando guiados por ultrassom.

Para aspiração/drenagem, inclui vários procedimentos terapêuticos em que a terminologia inclui “drenagem percutânea” (31101020, 40813410, 40813428, 40813452, 40813460, 40813479, 40813487, 40813495, 40813509, 40813517, 40813525, 40813533), somados as codificações 31005322 Punção hepática para drenagem de abscessos e 40813843 Colectostomia percutânea orientada por RX, US ou TC, se feito guiado por US.

Incluem eventual coleta de material para estudo de qualquer natureza.

Se guiado por mais de um método de imagem, remunera-se apenas o mais complexo/caro. Se USG, apenas um código de USG por procedimento (evento cirúrgico).

Ablação por Radiofrequência/Crioablação percutânea do Câncer Primário Hepático guiado por Ultrassonografia e/ou Tomografia Computadorizada - DUT 1

1. Ablação por radiofrequência/crioablação do câncer primário hepático por laparotomia; ablação por radiofrequência/crioablação do câncer primário hepático por videolaparoscopia; ablação por radiofrequência/crioablação percutânea do câncer primário hepático guiada por ultrassonografia e/ou tomografia computadorizada.

Cobertura obrigatória para pacientes Child A ou B, com carcinoma hepático primário quando a doença for restrita ao fígado e as lesões forem menores que 4 cm.

Alerta: não tem cobertura desses procedimentos para metástases hepáticas, neoplasias renais, pulmonares ou ósseas.

ULTRASSONOGRRAFIA

Instruções

- a) A cada ultrassonografia realizada, será pago o valor de 100% no Intercâmbio Nacional.
- b) Os procedimentos 40901335 – *Próstata transretal* (não inclui abdômen inferior masculino) e 40901173 – *Abdômen inferior masculino* (bexiga, próstata e vesículas seminais) não são remune-

rados concomitantemente. Entretanto, poderão ser autorizados quando justificados pelo médico solicitante. Esse critério se aplica também aos procedimentos 40901300 – *Transvaginal* (inclui abdômen inferior feminino) e 40901181 – *Abdômen inferior feminino* (bexiga, útero, ovário e anexo).

Observação: o exame de US Transvaginal bem-feito deve ser iniciado com avaliação pélvica (suprapúbica) para análise uterina e da bexiga. Depois, a paciente esvazia a bexiga e volta para a realização do transvaginal. Portanto, deve ser remunerado apenas o código de transvaginal.

- c) Os códigos 40902030 – US próstata transretal com biópsia até 8 segmentos e 40902048 – US próstata transretal com biópsia mais de 8 fragmentos já contemplam o código 40901335 – US próstata transretal.
- d) Procedimentos intervencionistas orientados por ultrassom acrescem portes e normas do item 19 das Instruções Gerais do Rol de Procedimentos Unimed.
- e) Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade da participação desse especialista, serão valorados pelo porte 2, código 31602266.

ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

Dopplerfluxometria

Código	Descrição
40901246	US – obstétrica – com doppler colorido
40901289	US – obstétrica – gestação múltipla com doppler colorido: cada feto

Os códigos 40901246 e 40901289 só devem ser autorizados a partir de 10 semanas de gestação, conforme definição de feto da OMS.

Inclui a avaliação do fluxo das artérias umbilical, uterina e cerebral média.

De acordo com Diretriz do CFM/AMB, “a dopplervelocimetria da artéria umbilical não traz benefícios maternos ou fetais nas gestações de baixo risco. Não existe redução significativa da taxa de cesariana. Não há redução significativa da mortalidade perinatal, natimortalidade e da prematuridade (A). Nas gestações de alto risco, a dopplervelocimetria da artéria umbilical mostra tendência à redução da mortalidade perinatal. Existem evidências de redução da internação hospitalar sem relatos de eventos adversos. Entretanto, não há redução do sofrimento fetal intraparto e da taxa de cesariana (A)”.

A = Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises

Em geral, esses exames ficam reservados a casos de gravidez de alto risco.

Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo – Dut 20

Código	Descrição
40901084	Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores – por feto

Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional a partir de 18 semanas de gestação no momento da solicitação de autorização do procedimento.

Ultrassonografia de mamas e de axilas

Código	Descrição
40901114	US – mamas
40901211	US – estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)

Face ao novo parecer do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), ficou definido que a ultrassonografia de mamas não inclui o código 40901211 – US – estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão). Quando da solicitação concomitante, os dois códigos deverão ser pagos 1 vez por cada código, desde que solicitado pelo médico assistente.

Pagamento de 1 vez o procedimento 40901211 US – Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou músculo ou tendão) independente do número de axilas.

Ultrassonografia obstétrica morfológica – Dut 75

Código	Descrição
40901262	US – Obstétrica morfológica
40901300	US – Transvaginal (útero, ovários, anexos e vagina)

Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 18 e 24 semanas de gestação no momento da solicitação de autorização do procedimento e quando ela ocorrer até a idade gestacional de 24 semanas.

A avaliação ultrassonográfica transvaginal é preconizada para todas as pacientes por ocasião da ultrassonografia morfológica (entre 22 e 24 semanas de gestação), como forma de identificar gestantes com risco para o parto prematuro. As gestantes com comprimento do colo uterino maior que 20 mm teriam risco pequeno para prematuridade extrema. Já as pacientes com comprimento do colo uterino menor que 20 mm teriam maior risco para parto prematuro. Essas devem ser consideradas alto risco para o parto prematuro e seguir protocolos específicos de prevenção da prematuridade.

Os exames não são excludentes quando realizados concomitantemente e devidamente documentados.

Ultrassonografias obstétricas

Código	Descrição
40901297	US – Obstétrica 1º semestre (endovaginal)
40901270	US – Obstétrica gestação múltipla: cada feto
40901254	US – Obstétrica com translucência nugal (DUT 76)

Não se justifica pagar o código 40901297 – US Obstétrica 1º semestre (endovaginal), mais 40901270 – US Obstétrica Gestação múltipla cada feto antes de 10 semanas.

Em caso de gemelaridade, antes de 10 semanas, deve ser pago apenas o código 40901297 (1X).

Após 10 semanas em gestação gemelar e quando for realizado o US Obstétrica com translucência nugal deve ser pago 2 vezes o código 40901254.

DUT 76 – ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL

Cobertura obrigatória para gestantes com idade gestacional entre 11 e 13 semanas e 6 dias de gestação e quando a solicitação de autorização do procedimento ocorrer até a idade gestacional de 13 semanas e 6 dias.

40901254 – US – Obstétrica com translucência nugal – para fins de cobertura, o procedimento ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) é considerado sinônimo de Exame ultrassonográfico morfológico fetal de 1º trimestre, Exame morfológico de 1º trimestre e Ultrassonografia com medida da translucência nugal.

EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS COM DOPPLER

Doppler de órgãos superficiais

Código	Descrição
40901203	US órgãos superficiais – tireoide ou escroto ou pênis ou crânio

Doppler de órgão ou estrutura isolada

Código	Descrição
40901386	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada

Código	Descrição	Código	Descrição
40901386	Doppler colorido de órgãos ou estrutura isolada	40901220	US – Articular (por articulação)
40901386	Doppler colorido de órgãos ou estrutura isolada	40901203	US – Órgãos superficiais (tireoide ou escroto ou pênis ou crânio)
40901386	Doppler colorido de órgãos ou estrutura isolada	40901211	US – Estruturas superficiais (cervical ou axilas ou musculo ou tendão)

NÃO cabe a remuneração do US com Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada ou qualquer outro código de Doppler EM ASSOCIAÇÃO aos códigos: 40901220 ou 40901203 ou 40901211, desde que realizado simultaneamente na MESMA articulação, órgão ou estrutura superficial, no mesmo prestador e mesmo, sendo assim excludentes. Deve ser remunerado apenas UM dos 3 códigos acima por área a ser estudada.

Exemplo: Us de tireóide com Doppler, Us linfonodo de Axilar com Doppler, Us Punho para avaliação de sinovite nas artrites com Doppler.

Motivo: O estudo de um vaso com doppler colorido permite estudo da direção e taxa de fluxo sanguíneo e não é realizado com os US articular/orgão / estrutura. Nesses exames é utilizado um recurso do equipamento, o power doppler, que mostra apenas o volume de sangue presente, sem estudo de direção ou velocidade do fluxo, por isso são considerados excludentes.

Em caso de sinovite articular o uso do Power Doppler é apenas para ver se o espessamento Sinovial tem atividade inflamatório (doppler positivo) ou é espessamento crônico/ cicatricial sem inflamação.

Doppler colorido de membros

O exame foi desmembrado para atender à codificação TUSS e foi valorado de acordo com o código equivalente da Tabela AMB, conforme abaixo:

Código TUSS	Descrição	Código AMB	Exame
40901459	Doppler colorido arterial de membro superior - unilateral	33010234	Estudo de três ou mais vasos com doppler convencional
40901467	Doppler colorido venoso de membro superior - unilateral	33010234	Estudo de três ou mais vasos com doppler convencional
40901475	Doppler colorido arterial de membro inferior - unilateral	33010234	Estudo de três ou mais vasos com doppler convencional
40901483	Doppler colorido venoso de membro inferior - unilateral	33010234	Estudo de três ou mais vasos com doppler convencional

Para o doppler colorido de membros (inferiores ou superiores), cabe acréscimo de 20%. No entanto, a valoração na planilha de equivalências já foi feita com o referido acréscimo (720 CHs).

Doppler de outros vasos

A TUSS nominou a região anatômica do vaso e a nomenclatura deixou de ser conforme AMB - 1, 2 e 3 ou mais vasos. Abaixo, algumas correspondências da planilha:

Código TUSS	Descrição	Código AMB	Exame
40901360	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carótidas e vertebrais)	33010234	Estudo de 3 ou mais vasos com doppler convencional
40901394	Doppler colorido de aorta e artérias renais	33010234	Estudo de 3 ou mais vasos com doppler convencional
40901416	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celíaco)	33010234	Estudo de 3 ou mais vasos com doppler convencional
40901424	Doppler colorido de hemangioma	33010331	Doppler colorido de um vaso
40901513	Doppler colorido de artérias penianas (sem fármaco indução)	33010226	Doppler colorido de dois vasos

Abdome total com doppler colorido

Não há razão de se realizar esse exame porque o abdome é muito vascularizado e o médico solicitante deve indicar o vaso a ser estudado.

Código	Descrição
40901394	Doppler colorido de aorta e artérias renais
40901408	Doppler colorido de aorta e íliacas
40901416	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celíaco)
40901432	Doppler colorido de veia cava superior ou inferior

Ultrassonografia para pesquisa de refluxo esofágico

Não se encontra no Rol de coberturas obrigatórias da ANS nem na TUSS/CBHPM.

Elastografia hepática ultrassônica – Dut 119

Código	Descrição
40901793	Elastografia hepática ultrassônica

Cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de hepatite B, C e C pós-transplante, HIV e doença de fígado não alcoólica, com suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática, em pelo menos uma das seguintes condições:

- diagnóstico inicial
- estadiamento
- acompanhamento

Ultrassom Intraoperatório

40902056 US - Intraoperatório

40902064 Doppler colorido intraoperatório

A cobrança de 40902056 e/ou 40902064 é cabível para cirurgias intracorpóreas, com transdutor sendo colocados diretamente sobre órgãos ou vísceras (ex. hepáticas, biliares, pancreáticas), diferente de procedimentos percutâneos guiados por USG, ou que já existem codificações específicas para o procedimento (30911141, 40202240, 40202798, 40202224).

Remunera-se uma vez por cirurgia.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Instruções

Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade da participação desse especialista, serão valorados pelo porte 2, código 31602274.

Quando solicitado exame de 2 áreas, na segunda área, será cobrado 70% do valor total do procedimento.

Quando solicitado exame de 3 áreas, na segunda área, será cobrado 70% e, na terceira, 50% do valor total do procedimento.

Sempre que houver solicitação de exames de tomografia em que potencialmente será utilizado contraste iodado, deverá ser solicitado ou o paciente deve trazer exame de creatinina com menos de 3 meses para cálculo de clearance de creatinina. Pacientes com clearance menor de 30 ml/minuto não devem receber contraste, exceto em situações em que não haja outro exame.

Em casos de mulheres em idade fértil de 12 a 45 anos, deverá ser solicitado o exame de Beta HCG, se houver história de atraso menstrual com vida sexualmente ativa. Em pacientes acima de 45 anos, o Beta HCG deve ser colhido apenas em mulheres que menstruam normalmente e que têm vida sexualmente ativa.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA

Angiotomografia coronariana – Dut 3

Código	Descrição
41001230	TC – Angiotomografia coronariana

Observações:

Pacientes assintomáticos: não têm indicação de serem submetidos à angiotomografia de coronárias.

Pacientes com sintomas atípicos de doença coronariana (dor atípica) e com probabilidade pré-teste de doença coronariana muito baixa: não devem ser submetidos à angiotomografia de coronárias, porque os riscos relacionados à exposição ionizante superam os benefícios.

Pacientes sintomáticos que apresentem risco intermediário para doença coronariana de acordo com uma estratificação inicial baseada em dados clínicos e que manifestem alterações pouco esclarecedoras ao teste ergométrico e/ou à cintilografia miocárdica: nesses casos, um exame de angiotomografia negativo pode encerrar a propedêutica e evitar uma angiografia invasiva.

Pacientes sintomáticos com alta probabilidade pré-teste de doença coronariana determinada por dados clínicos e por informações obtidas no teste ergométrico ou na cintilografia miocárdica: NÃO são candidatos à angiotomografia coronariana, porque certamente necessitarão de avaliação angiográfica invasiva (cateterismo cardíaco).

Cobertura obrigatória quando preenchido, pelo menos, um dos seguintes critérios (realização apenas em aparelhos multislice com 64 colunas de detectores ou mais):

- Avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10% a 70%, calculada segundo os critérios de Diamond Forrester revisado, como uma opção aos outros métodos diagnósticos de doença arterial coronariana, conforme tabela a seguir:

Probabilidade pré-teste em pacientes com dor torácica (%)						
Idade	Angina Típica		Angina Atípica		Dor não anginosa	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
30-39	59,1	22,5	28,9	9,6	17,7	5,3
40-49	68,9	36,7	38,4	14	24,8	8
50-59	77,3	47,1	48,9	20	33,6	11,7
60-69	83,9	57,7	59,4	27,7	43,7	16,9
70-79	88,9	67,7	69,2	37	54,4	23,8
>80	92,5	76,3	77,5	47,4	64,6	32,3

(adaptado de T.S.S. Genders ET AL, 2011)

- Dor torácica aguda, em pacientes com TIMI RISK 1 e 2, com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica.
- Para descartar doença coronariana isquêmica, em pacientes com diagnóstico estabelecido de insuficiência cardíaca (IC) recente, em que permaneça dúvida sobre a etiologia da IC mesmo após a realização de outros exames complementares.

- d. Em pacientes com quadro clínico e exames complementares conflitantes, quando permanece dúvida diagnóstica mesmo após a realização de exames funcionais para avaliação de isquemia.
- e. Pacientes com suspeita de coronárias anômalas.

Código	Descrição
41001230	TC – Angiotomografia coronariana (com diretriz definida pela ANS nº 3)
41001079	TC - Torax

São procedimentos excludentes se a solicitação da TC de Tórax for para remunerar o estudo de escore de cálcio que não está no Rol e é muito comum esta combinação.

A regra não se aplica quando para for necessário o estudo coronariano em paciente portador de enfisema ou neoplasia dentre outras patologias.

Tomografia de coluna vertebral

Segmento em coluna vertebral refere-se a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas cápsulo-ligamentares e musculares a elas vinculadas.

Tomografia de coluna - Segmento adicional

Código	Descrição
41001133	TC - Coluna - segmento adicional

Não cabe a aplicação de percentual em sua valoração. Deve ser pago integralmente.

Angiotomografia arterial do membro inferior – Dut 116

Código	Descrição
41001478	Angiotomografia arterial de membro inferior

Cobertura obrigatória para pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores candidatos à revascularização, quando permanece dúvida diagnóstica após a realização do doppler colorido arterial de membros inferiores.

Tomografia de coração para avaliação do escore de cálcio coronariano

Código	Descrição
41001087	TC - Coração - para avaliação do escore de cálcio coronariano

Demonstrado que a quantificação de cálcio não interfere em desfechos benéficos para a melhoria da qualidade de vida ou sobrevida do paciente.

Não se encontra no rol de coberturas obrigatórias da ANS, mas consta na TUSS/CBHPM.

Alerta: É comum na solicitação adicionar o código de tomografia computadorizada do tórax (41001079) para a realização do exame de escore de cálcio.

Tomografias dentárias

Código	Descrição
41001052	TC – Dental (Dentascan)
41001273	TC - Mandíbula
41001281	TC - Maxilar

Quanto ao exame nomeado “Dental (dentascan)”, tanto na TUSS quanto na CBHPM, considera-se imprópria essa descrição uma vez que “Dentascan” é o nome do programa de computador desenvolvido pela empresa General Eletric que permite a visualização da mandíbula e da maxila em três planos – axial, panorâmico e parasagital (oblíquo ou ortorradial) – das imagens captadas pelo tomógrafo.

Mais empresas possuem programas similares com outros nomes: Dental CT (Siemens); Dental (Toshiba).

A tomografia computadorizada da mandíbula e/ou maxila com reformatação multiplanar pode ser utilizada como auxiliar para:

- Identificar e delinear processos patológicos
- Localização de corpos estranhos
- Localização de dentes retidos
- Avaliar seios paranasais
- Diagnosticar traumas e fraturas ósseas
- Avaliação pré-operatória à realização de implantes dentários
- Avaliação da estrutura de elementos dentários

Se for solicitado o estudo da mandíbula e maxila juntas, deve-se autorizar o código 41001052 (TC – Dental).

Se for solicitado apenas o estudo da mandíbula (41001273) ou da maxila (41001281), deve ser autorizado apenas o código da área solicitada. Esses códigos foram criados, pois, em algumas situações, não era necessário o estudo das duas áreas anatômicas. Dessa forma, a radiação seria menor.

Tomografia computadorizada intervencionista

Para os códigos abaixo:

Código	Descrição
41002059	Artro-TC (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxo femoral ou joelho ou tornozelo) – unilateral
41001257	TC - Cisternografia por tomografia (não consta no Rol) – Exame obsoleto

41099001 OBSERVAÇÕES

Artro-TC ou cisternografia: deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste, código 41002040 (exemplos: Artro-TC corresponde aos códigos 41001044 ou 41001141 + 41002040; Cisternografia corresponde aos códigos 41001010 + 41002040).

Excludência dos procedimentos de Angiotomografia arterial e Angiotomografia venosa

A circulação sanguínea se faz em 3 tempos distintos, mas em sequência como em qualquer parte do corpo e que compreende a fase arterial, fase capilar e fase venosa.

No cérebro este tempo varia de 2,7 a 4,5 segundos. Isto significa que entre o sangue ou contraste sair de uma artéria carótida do sifão para uma veia jugular na base do crânio não chega a ser de 5 segundos.

Atualmente, a aquisição de uma tomografia de crânio com contraste é realizada em geral de 2 a 5 minutos após o início da injeção do contraste e desta forma, as fases arterial, capilar e venosa estão superimpostas, podendo ser avaliados os vasos arteriais e venosos na mesma aquisição.

Já as aquisições das angiotomografias arterial/venosa do crânio são realizadas em geral com 15 a 20 segundos após o início da injeção do contraste e duram em geral menos de 10 segundos e por isso as fases arterial e venosa são adquiridas de uma vez só já que o tempo circulatório em média dura apenas 4 segundos.

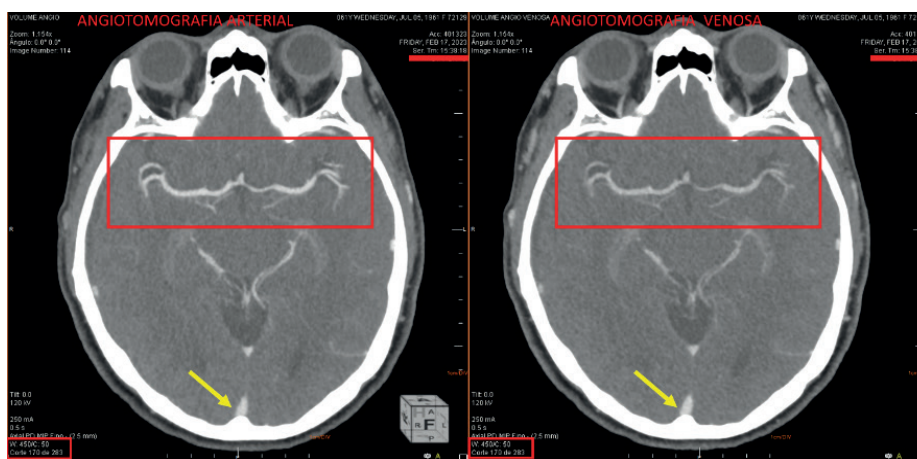
Portanto, durante a interpretação de um exame seja de crânio seja de angiotomografia cerebral, faz parte da boa prática clínica a avaliação calota craniana, parênquima cerebral, ventrículos, cisternas, artérias e veias. Isto faz parte da boa prática clínica.

Por exemplo, se o paciente vem fazer um estudo para cefaleia e durante a avaliação identifica-se um aneurisma cerebral ou uma trombose venosa de seio sagital, faz parte da boa prática clínica relatar no laudo. Já numa angiotomografia cerebral arterial/venosa faz parte a avaliação do parênquima cerebral e demais estruturas e desta forma se durante um estudo para avaliação de um aneurisma cerebral se identifica um tumor, este deve ser relatado.

Sendo assim, a boa prática radiológica recomenda que todos os achados devam ser relatados e a angiotomografia arterial/venosa do crânio são adquiridas uma vez apenas com ótima contrastação das artérias e veias nas mesmas imagens, sem necessidade de irradiar novamente para uma aquisição “venosa”.

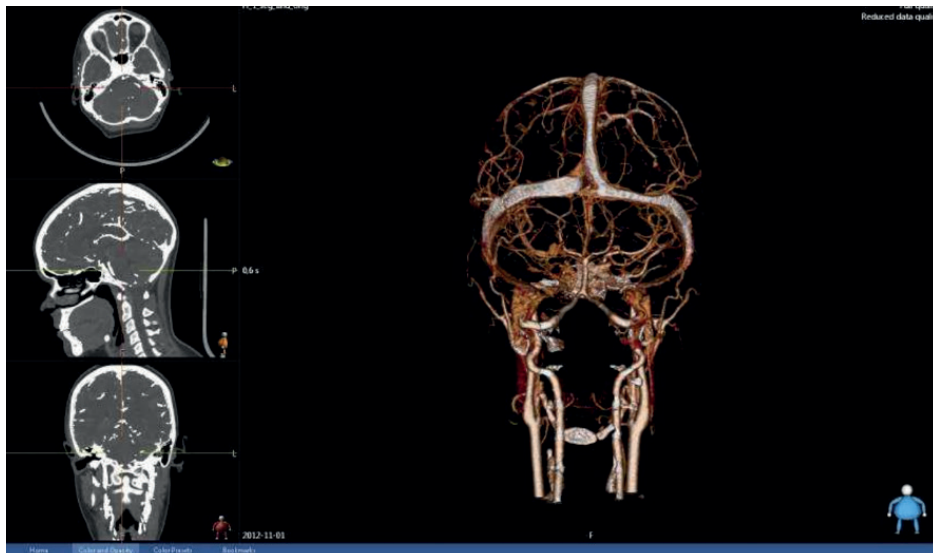
Vide exemplo abaixo, onde foi realizado as aquisições de uma angiotomografia arterial e venosa em tempos distintos e claramente no box em vermelho vemos uma ótima contrastação das artérias e nas setas em amarelo vemos o seio sagital com ótima contrastação tanto na fase arterial (imagem da esquerda) quanto na fase venosa (imagem da direita). A diferença em segundos entre elas foi de 26 segundos. Com este exemplo fica clara que não existe necessidade em se fazer 2 aquisições de angiotomografias em fase arterial e venosa do crânio.

Desta forma, os códigos são excludentes.



Abaixo mostramos imagens do artigo que pode ser baixado no link: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:667230/FULLTEXT01.pdf>

Nestas imagens vemos claramente, as artérias e veias simultaneamente.



Por fim, apenas a título de comparação, no fígado o tempo entre a fase arterial do contraste para a fase venosa (portal) são de 30 segundos e desta forma são realizadas aquisições em tempos distintos, mas que numa tomografia de abdome não são cobradas 2 vezes e são avaliadas todas as estruturas 2 vezes, em fase arterial e venosa.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Instruções

Quando solicitado exame de 2 segmentos a serem realizados no mesmo período, o segundo será cobrado com 80% do valor total do procedimento .

Estudo dinâmico por RM: acrescentar 50% ao valor do valor total do procedimento.

Quando solicitada conjuntamente com outro exame, seguir a regra de 2 segmentos.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade da participação desse especialista, serão valorados pelo porte 3, código 31602282.

O código 3.16.02.28-2 Anestesia para exames de ressonância magnética Porte Anestésico 3, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de ressonância magnética realizados, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.

É recomendando, sempre que houver solicitação de exames de ressonância em que potencialmente será utilizado contraste gadolínio, solicitar ou o paciente deve trazer exame de creatinina com menos de 3 meses para cálculo de clearance de creatinina. Pacientes com clearance menor de 30 ml/minuto não devem receber contraste, exceto em situações em que não haja outro exame. A recomendação nesses casos é a utilização de gadolínio de grupo II ou III do American College of Radiology – ACR: **Grupo II:** gadobenate dimeglumina – MultiHance, gadobutrol – Gadovist, gadoterate meglumina – Dotarem e gadoteridol – ProHance). **Grupo III:** gadoxetic acid disodium salt – Primovist (Este contraste é o único hepatoespecífico, sendo utilizado para diferenciar hiperplasia nodular focal das demais lesões nodulares hepáticas. Pode ser utilizado para exames de outros órgãos, mas é, pelo menos, cinco vezes mais caro, o que não justifica o seu uso no dia a dia).

Jamais injetar gadolínio do **Grupo I** do ACR, que inclui: gadodiamida – Omniscan, gadopentetate dimeglumina – Magnevist e gadoversetamida – Optimark.

Esses cuidados são fundamentais, pois existe o risco desses pacientes desenvolverem uma doença grave e incurável causada pelo depósito do gadolínio nos tecidos que é conhecida como fibrose nefrogênica sistêmica – que é semelhante à esclerodermia.

Em situações especiais em que o uso deva ser realizado, sempre utilizar o gadolínio do grupo II e fazer dialise imediatamente após e 24 horas após o uso, pois são as recomendações mais atuais nessas situações.

(Weinreb JC, Rodby RA, Yee J, Wang CL, Fine D, McDonald RJ, Perazella MA, Dillman JR, Davenport MS. Use of Intravenous Gadolinium-based Contrast Media in Patients with Kidney Disease: Consensus Statements from the American College of Radiology and the National Kidney Foundation. Radiology. 2021 Jan;298(1):28-35. doi: 10.1148/radiol.2020202903. Epub 2020 Nov 10. PMID: 33170103)

- a) Em casos de mulheres em idade fértil, de 12 a 45 anos, deverá ser solicitado o exame de Beta HCG se houver história de atraso menstrual com vida sexualmente ativa. Em pacientes acima de 45 anos, o Beta HCG deve ser colhido apenas em mulheres que menstruam normalmente e que têm vida sexualmente ativa.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DIAGNÓSTICA

Ressonância magnética de crânio + angiorressonância de crânio

Código	Descrição
41101014	RM - Crânio (encéfalo)
41101537	Angio-RM arterial de crânio
41101545	Angio-RM venosa de crânio

Esses códigos só deverão ser liberados concomitantemente quando houver justificativa clínica detalhada.

Não cabe pagamento do código 41101014 - RM - Crânio (encéfalo) se não for solicitado ou justificado.

No entanto, são exames com técnicas de aquisição bem independentes e não são exames excludentes, sendo que cada um tem suas indicações bem precisas.

Indicações:

- **41101537 – Angio-RM arterial de crânio:** pode ser solicitado em casos de suspeita de aneurisma ou malformações arteriovenosas do encéfalo. Esse exame NÃO usa contraste.
- **41101545 – Angio-RM venosa de crânio:** pode ser solicitado em casos de suspeita de trombose venosa cerebral do encéfalo. Esse exame poderá usar contraste na maioria das vezes e 15 ml em bôlus.
- **41101014 + 41101537 (RM do crânio + Angio-RM arterial de crânio):** pode ser solicitado em casos de cefaleias com suspeita de aneurismas, malformações arteriovenosas do encéfalo ou patologias inflamatórias/tumorais.
- **41101014 + 41101545 (RM do crânio + Angio-RM venosa de crânio):** pode ser solicitado em casos de cefaleias com suspeita de trombose venosa cerebral do encéfalo ou patologias inflamatórias/tumorais.
- **41101014 + 41101545 + 41101537 (RM de crânio + Angio-RM venosa de crânio + Angio-RM arterial de crânio):** pode ser solicitado em casos de cefaleias de difícil caracterização nas suspeitas de aneurismas, malformações arteriovenosas, trombozes venosas ou, ainda, patologias inflamatórias/tumorais.
- **41101014 – RM do crânio:** pode ser solicitado nas demais patologias que não estão especificadas acima, como AVC, demências, epilepsias, anomalias congênitas, encefalites, meningoencefalites, doenças desmielinizantes, síndromes com alterações parenquimatosas, tumores, abscessos ou patologias inflamatórias, sendo estas 3 últimas sem envolvimento vascular arterial e/ou venoso.

Hidro-RM (Colangio-RM ou Uro-RM ou Mielo-RM ou Sialo-RM ou Cistografia por RM)

Código	Descrição
41101359	Hidro-RM (colangio-RM ou uro-RM ou mielo-RM ou sialo-RM ou cistografia por RM)

Nos exames de colangio-RM, mielo-RM, sialo-RM e cistografia por RM **NÃO** se utiliza contraste. Apenas a uro-RM que, em raras situações, pode utilizar contraste.

Indicações:

- **41101359 – Colangio-RM:** pode ser solicitado em casos de suspeita de coledocolitíase ou cálculos nas vias biliares (residual ou causadora de pancreatite) ou colecistite complicada. Esse exame NÃO usa contraste.
- **41101170 + 41101359 RM de abdome superior + Hidro RM (Colangio-RM):** pode ser solicitado em casos de neoplasia de pâncreas, vesícula biliar e de vias biliares, além de casos de neoplasia primária ou secundária hepática causadoras de icterícia, além de colangite ascendente com possíveis abscessos intra-hepáticos. Em geral, utiliza contraste.
- **41101170 – RM de abdome superior:** pode ser solicitado nas demais patologias dos órgãos dessa região anatômica. Em geral, utiliza contraste.
- **41101359 – Uro-RM:** pode ser solicitado em patologias congênitas do trato urinário, dilatações ureterais em pacientes com insuficiência renal e em casos de invasão tumoral das vias urinárias, mas é muito pouco solicitado. Em raras situações, pode utilizar contraste.
- **41101359 – Mielo-RM:** pode ser solicitado em patologias congênitas e estenosantes do canal vertebral, mas é muito pouco solicitado. Esse exame NÃO usa contraste.

- **41101359 – Sialo-RM:** pode ser solicitado em patologias inflamatórias ou tumorais das glândulas parótida e submandibular, mas é muito pouco solicitado. Esse exame NÃO usa contraste.
- **41101359 – Cistografia por RM:** pode ser solicitado em patologias congênitas do trato urinário baixo, dilatações ureterais em pacientes com insuficiência renal e em casos de invasão tumoral ou tumores intravesicais, mas é muito pouco solicitado. Em raras situações, pode utilizar contraste.

Angio-RM arterial de membro inferior – Dut 115

Código	Descrição
41101553	Angio-RM arterial de membro inferior (unilateral)

Cobertura obrigatória para pacientes com doença arterial periférica de membros inferiores candidatos à revascularização, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- Permanece a dúvida diagnóstica após a realização do doppler colorido arterial de membros inferiores.
- Existência de contraindicação para a realização de angiotomografia arterial de membros inferiores.

RM – Fluxo Liquórico – Dut 123

Código	Descrição
41101235	RM – Fluxo liquórico (como complementar)

Cobertura obrigatória para pacientes com derivação ventrículo peritoneal para avaliação do fluxo liquórico.

Observação: apesar de não estar na DUT, existem outras indicações na prática diária, como avaliação do fluxo liquórico no aqueduto de Sylvius em pacientes com estenose aquedutal congênita, diferenciação entre cisterna magna de cisto de aracnoide e avaliação de permeabilidade de terceiroventriculostomia.

Aspectos técnicos sobre contrastes utilizados em exames de radiologia e diagnóstico por imagem

Para injeção de contraste na tomografia ou ressonância, deve ser puncionada uma veia, preferencialmente, nos membros superiores, evitando-se pescoço e os acessos centrais. Como, atualmente, os contrastes são injetados através de bombas injetoras automáticas com pressão média de 300 psi, o risco de a veia estourar é grande em acessos não confiáveis ou centrais aderidos ou próximos à parede vascular. O extravasamento e contraste pode levar à necrose de pele se houver grande volume no subcutâneo.

Preferencialmente, utiliza-se Abocath ou Jelco 20 ou 22 G e conecta um extensor da bomba (Secufill ou outro). Já na bomba, conectamos o Manifill, que deixa o contraste estéril por 8 horas conforme registro na Anvisa. Então, podemos deixar uma bomba injetora por 8 horas conectada a um Manifill pelo mesmo período. Já o Secufill é utilizado um por paciente, sendo que ele possui uma válvula antirrefluxo para evitar contaminação do circuito Manifill-Bomba injetora.

Conforme orientação da Anvisa, uma vez aberto um frasco ou feita aspiração com agulha, ele não pode mais ser utilizado, o que gera custos em casos de bloqueios articulares, punções de coluna, bloqueios nervosos e artrografias, artrotomografias e artroressonâncias.

Tomografia computadorizada

- Base é o iodo.
- Tipos: iônico e não iônico.
- Reações alérgicas, em geral, são de 4 a 10x mais comuns no iônico. Desde urticárias leves até morte.
- Custo, em geral, 2 a 3x maior no contraste não iônico em relação ao iônico.
- Prevenção ainda não estabelecida, mas existe um consenso em se utilizar Meticorten (20 mg) e Claritin simples (10 mg) 2x sendo 12 e 2 horas antes.
- Em casos de urgência, alguns serviços não fazem preparo e outros usam 1 grama de Solucortef ou Flebocortid (efeito duvidoso, pois não existe evidência já que a ação é tardia, e não imediata).
- Existem contrastes específicos para angiogramografia com maior miligramagem de iodo em relação ao habitual e que varia de 320 a 370 mg (em geral, o normal para exames é de 270 a 300 mg). Custo, em média, 30% a 40 % maior, mas usa-se menos contraste, só que não na mesma proporção. Melhora qualidade da imagem e diagnóstico em casos de TEP e demais angiogramografias.
- Visipaque é isosmolar, sendo indicado em nefropatas, mostrando que não altera a função renal em pacientes hidratados e com creatinina entre 1,5 e 3,0 mg/dl. O seu custo é de 2 a 4x maior que o não iônico.

Precauções para uso:

- Em diabéticos, não usamos corticoide no preparo.
- Para diabéticos em uso de Gligafe – Metformina, entre outros, suspendemos 48 horas antes e depois do uso devido ao risco de acidose láctica (evidências não muito fortes, mas é feita a suspensão na maioria dos centros).
- Em pacientes com mieloma, não usamos devido ao risco de desencadear insuficiência renal.
- Evitar o uso em grávidas, ponderar risco-benefício inclusive da radiação.
- Não tem evidências de malefícios ao lactente, apesar de ser minimamente excretado pelo leite materno.
- Evitar o uso em pacientes com clearance menor de 30 ml/min.
- Boa hidratação antes e depois do exame em pacientes nefropatas com clearance de 30 a 60 ml/min.
- Em pacientes com insuficiência renal aguda em uso de diálise, existe o hábito de se fazer a diálise após o exame de tomografia.
- Em pacientes com IRC dialítica, não existe benefício na diálise.
- Reações com contraste iônico, em geral, variam de 5% a 12%, e graves apenas 0,22%.
- Reações com contraste NÃO iônico, em geral, são de apenas 3,1% e graves apenas 0,04%.
- Risco de morte em contraste iônico é de 1:150.000 casos.
- Risco de morte em contraste NÃO iônico é de 1:400.000 casos.
- Existem reações leves a morte, podendo ser de início imediato e tardio, sendo as mais graves as de início rápido.
- Complicações ao sítio de injeção devido ao uso de bomba injetora, como trombose e extravasamento do contraste levando até necrose tecidual.
- **É contraindicado uso em cateter venoso central comum ou portocath**, pode ser usando apenas em PowerPicc e Powercath (Portocath) com extensor e agulha específica.
- Melhor local é o braço.
- Evitar usar injeção no membro inferior, por risco de TVP.

- Não fazer em veia jugular externa, devido a risco de ruptura se o cateter estiver grudado na parede venosa, pois o soro não é viscoso, já o contraste sim. Além disso, comumente, injeta-se o soro de 40 a 60 gotas por minuto, já o contraste são de 60 a 100 gotas por segundo.

Ressonância magnética

- Base é o gadolínio.
- Tipos: iônico e não iônico.
- Reações alérgicas raríssimas no dia a dia. Literatura relata de 2% a 4% dos pacientes, mas sem nenhuma morte relatada.
- Pacientes alérgicos, em geral, têm 2 a 3,7x mais chances de alergia ao gadolínio.
- Em um trabalho, foi visto que 6,3% dos pacientes com reação ao iodo apresentaram reação alérgica ao gadolínio.
- Dos pacientes que tiveram reação ao gadolínio, 21% podem ter nova reação com o uso dele em outro exame.
- Hidro-RM (Colangio-RM, Mielo-RM, Sialo-RM, Cistografia por RM) NÃO utilizam contraste. Apenas a Uro-RM que, em raras situações, pode utilizar.
- Angio-RM ARTERIAL do crânio NÃO usa contraste. Em Angio-RM VENOSA do crânio, pode ser usado até 15 ml.
- Para exames convencionais, dura até 1,5 horas, podendo ser utilizado em estudos de neuroeixo (crânio e as 3 colunas) e toracoabdominais oncológicos, usando uma única dose 10 a 15 ml).
- Hepatoespecífico: Primovist – excreção biliar 15 a 20 minutos após a injeção, sendo utilizado em séries dinâmicas abdominais. Hiperplasia nodular focal é a única doença hepática que realça na fase tardia. Não é necessário o uso do gadolínio convencional.
- Relatos de depósito no núcleo denteado do cerebelo em paciente de E.M. que fazem uso frequente por exames seriados, mas sem estar relacionado a alterações neurológicas.
- Evitar uso em grávidas em geral. Excreta pelo leite, sem evidência de riscos ao lactente.
- Complicação grave: fibrose nefrogênica sistêmica, que é uma doença de pele e subcutânea relatada, em 1997 pela primeira vez, e descrita formalmente relacionada ao gadolínio em 2000. Em geral, o início dos sintomas é a partir de 16 dias após o uso e, por isso, foi difícil correlacionar a doença e a injeção. Ela simula uma esclerodermia e não tem tratamento, relacionada ao uso de altas doses de gadolínio em pacientes que fizeram Angio-RM multissegmentar e que tinham clearance de creatinina menor de 30 ml/min.

Radiologia simples contrastada

- O contraste utilizado é o sulfato de bário, que é utilizado em exames de EED (esôfago, estômago e duodeno), trânsito Intestinal, enema opaco e videodeglutograma. Não é absorvido pelo trato gastrointestinal e não causa reação alérgica.
- Não é recomendado fazer tomografia computadorizada do abdome após o uso do contraste bariado, pois causa muito artefatos nas imagens.
- Os demais exames de imagem utilizam contraste iodado (urografia excretora, uretrocistografia, histerossal-pingografia, ductografia mamária, fistulografia, colangiografias, pielografias, sialografia, dacriocistografia, angiografias e cateterismo cardíaco). Para dúvidas, vide acima, na área de tomografia computadorizada.

Ultrassonografia

Contraste de microbolhas de hexafluoreto de enxofre (SonoVue®) tem as seguintes indicações em bula:

- Esse medicamento é destinado apenas para uso em diagnóstico.
- SonoVue é utilizado para melhorar a imagem por ultrassons da ecogenicidade do sangue, resultando em uma melhoria da proporção sinal-ruído.
- Deve ser utilizado em pacientes nos quais o estudo sem aumento do contraste não é conclusivo.

É contraindicado para uso por quem tem alergia (hipersensibilidade) ao hexafluoreto de enxofre ou a qualquer um dos seus componentes ou para pacientes que tiveram:

- Desvios direita esquerda do coração
- Hipertensão pulmonar grave
- Hipertensão não controlada
- Síndrome de dificuldade respiratória do adulto

Diluyente: solução de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%).

Após a reconstituição, é uma dispersão branca, leitosa e homogênea. Quando for observada a presença de partículas sólidas ou a dispersão não estiver homogênea, o produto deve ser rejeitado.

Uma vez reconstituído, conforme as instruções, 1 ml da dispersão resultante da reconstituição contém 8 µL de hexafluoreto de enxofre em microbolhas, equivalente a 45 µg.

Após a reconstituição, a dispersão de SonoVue deve ser administrada por até seis horas. Se não for utilizado imediatamente após a reconstituição, a dispersão de microbolhas deve ser agitada novamente antes da sua aspiração para a seringa.

Deve ser administrado por via intravenosa, geralmente em uma veia do braço. A quantidade depende da parte do corpo a ser examinada. A dose usual é de 2 ou 2,4 ml da dispersão. Essa dose pode ser repetida. O limite máximo diário de administração é de 4,8 ml. A equipe médica que monitora o exame fará a administração da injeção de SonoVue. A dose é a mesma tanto em adultos quanto em idosos; no entanto, não deve ser administrado em pacientes com idade inferior a 18 anos.

O paciente deve ser monitorado durante, pelo menos, 30 minutos após a administração de SonoVue.

O frasco é destinado para um único exame. No final do exame, qualquer volume remanescente não utilizado deve ser descartado.

Ecocardiografia

SonoVue é um meio de contraste ecocardiográfico transpulmonar utilizado em pacientes com suspeita ou doença cardiovascular estabelecida para produzir opacificação das câmaras cardíacas e realçar a delimitação da margem endocárdica ventricular esquerda.

Doppler da macrovasculatura

SonoVue aumenta a exatidão na detecção ou exclusão de anormalidades nas artérias cerebrais e na carótida extracraniana ou nas artérias periféricas, melhorando a proporção sinal-ruído do doppler. A medicação aumenta a qualidade da imagem do doppler por fluxo e a duração do sinal melhorado e clinicamente útil na avaliação da veia porta.

Doppler de microvasculatura

SonoVue melhora a visualização da vascularização das lesões do fígado e da mama durante a sonografia doppler, proporcionando uma caracterização mais específica da lesão.

Histerossonografia

Em geral, utiliza soro fisiológico puro ou Xylocaína em gel.

Angiografia

Para a maioria dos casos de angiografia, cateterismos cardíacos e seus respectivos tratamentos, é utilizado o contraste iodado não iônico na atualidade. Na cardiologia, antigamente, utilizava-se contraste iodado somado ao sódio para aumentar a radiopacidade. No entanto, com a melhoria dos aparelhos, esse contraste com sódio praticamente não é mais utilizado. Para entendimento dos aspectos técnicos e dúvidas, vide acima, na área de tomografia computadorizada.

Em casos de pacientes com creatinina entre 1,5 e 3,0 mg/dl, sugere-se utilizar o contraste Visipaque®, pois, como explicado acima, ele tem iodo isosmolar, praticamente não afetando a função renal desses pacientes. Orienta-se hidratação antes e após o uso do Visipaque. (*N Engl J Med* 2003; 348:491-499 DOI: 10.1056/NEJMoa021833 e *N Engl J Med* 2019;380:2146-55 DOI: 10.1056/NEJMra1805256).

Na maioria das vezes, esse contraste substitui o uso de CO₂ em angiografias e tratamentos endovasculares infrarrenais. O kit AngioSet de CO₂ tem um custo muito alto, girando ao redor de R\$ 5 mil.

O CO₂ não pode ser utilizado para exames suprarrenais, mesmo que em pacientes renais crônicos, devido ao risco de embolia gasosa (cateterismo cardíaco, angiografias cerebrais e de membros superiores).

Adendo de indicações do uso de contraste em tomografias e ressonâncias em geral

Conforme pareceres do CRM de SP 21.491/98 e do CFM nº 17/2019, a decisão do uso de contraste é atribuição exclusiva do radiologista, o que pode gerar abusos nas indicações.

Por isso, colocamos as indicações mais pertinentes em geral no dia a dia de uma clínica de imagem e hospitais, inclusive em situações de urgência e emergência.

Protocolo de uso de contraste em tomografia

Crânio

- Trauma - sem contraste.
- AVCI - sem contraste.
- AVCH - sem contraste. Se houver HSA, pode ser realizado Angio-CT.
- Epilepsia - sem contraste. Radiologista avalia a necessidade do contraste. Se não for febril ou já conhecida, fazer RM.
- Cefaleia - sem contraste, mas a maioria dos serviços injetam. Radiologista avalia a necessidade do contraste.
- Doença inflamatória ou tumoral sem disponibilidade de RM - fazer contraste.
- Suspeita de trombose venosa cerebral - ideal fases sem e com contraste.
- US transfontanelar - sem papel na urgência/emergência.

Ouvido

- Trauma - sem contraste.
- Infecção aguda - sem e com contraste para avaliação de extensão craniana e abscesso de Bezold.

Seios da face

- Sinusite aguda ou crônica sem complicações - sem contraste.
- Sinusite complicada - pode injetar, mas fica a critério do radiologista.

Face

- Trauma - sem contraste.

Pescoço

- Patologia inflamatória/infecciosa - com contraste.
- Tumoral - com contraste, mas difícil ocorrer na urgência.
- Estenose traqueal - sem contraste.
- Trauma vascular estável - pode fazer contraste.

Tórax

- Trauma fechado estável hemodinamicamente ou tórax instável por fraturas de costela - sem contraste.
- Trauma fechado com suspeita de lesão aórtica - fazer Angio-CT.
- Trauma penetrante por FAB ou FAF - contraste depende da avaliação do cirurgião-radiologista e estabilidade do paciente.
- Suspeita de TEP - fazer Angio-CT.
- Suspeita de dissecação aguda da aorta, rotura aórtica, úlcera penetrante e hematoma de parede aórtico agudo - fazer Angio-CT.
- Patologias inflamatórias em geral não complicadas - sem contraste.
- Patologias inflamatórias complicadas - pôde-se injetar. Radiologista avalia necessidade.
- Tumores primários pulmonares e mediastinais e síndrome da veia cava superior - com contraste.
- Metástases pulmonares ou ósseas no arcabouço torácico - sem contraste.

Abdome

- Trauma leve - até pode ser sem contraste.
- Trauma de alta energia cinética ou paciente grave estável - sempre com contraste.
- Pancreatite leve - até pode ser sem contraste.
- Pancreatite grave - sempre sem e com contraste para avaliação de hemorragia, gás e necrose, sendo o ideal aguardar 48 horas do início da dor.
- Pielonefrite - ideal com contraste, depende da função renal.
- Isquemia mesentérica - ideal com contraste, depende da função renal e da gravidade do paciente.
- Suboclusão intestinal - sem contraste e, se possível, sem sonda nasogástrica.
- Neoplasia desconhecida obstrutiva de cólon ou vias biliares - em geral, sem contraste. No caso do cólon, pode ser feito preparo e avaliação de metástases hepáticas. Para via biliar, o ideal é RM abdome superior com colangio-RM.

- Neoplasias estadiamento – em geral, com contraste, mas dificilmente vai no pronto atendimento.
- Lítíase em vias urinárias – sempre sem contraste.
- Lítíase em via biliar – somente 10 % dos cálculos são radiopacos independentemente do contraste venoso – US para cálculo vesicular e Colangio-RM para coledocolitíase.
- Prostatite – ideal RM.
- Fístula perianal não complicada com abscesso – ideal RM com contraste.
- Fístula perianal complicada com abscesso locorregional – TC com contraste e, se disponível, é melhor RM.
- Síndrome de Fournier – pode ser sem contraste.
- Abscesso cavitário pós-operatório – sem contraste.
- Apendicite – sem contraste.
- Diverticulite – sem contraste. Se houve suspeita de tromboflebite de veias mesentéricas, necessário o contraste.
- Pneumoperitônio – em geral, sem contraste.
- Volvo colônico – sem contraste.
- Doença de Crohn não complicada – sem contraste.
- Doença de Crohn complicada com abscesso – ideal com contraste.

Coluna vertebral

- Trauma – sem contraste.
- Infecioso, tipo discite ou abscesso – melhor RM, mas se não estiver disponível, faz contraste.
- Trauma raquimedular – RM na urgência, se houver déficit e for operar em 12 a 24 horas.
- Doenças degenerativas discais e ósseas – sem contraste.
- Pós-operatório de artrodese não complicada – sem contraste.
- Pós-operatório de artrodese complicada – melhor RM.

Osteomuscular

- Trauma – em geral, sem contraste.
- Suspeita de osteomielite com extensão para partes moles – com contraste, mas o melhor é a RM.
- Piorrite – melhor RM.
- Patologias musculotendíneas – sempre RM.
- Fraturas da coluna por osteoporose – sem contraste.
- Osteocondrite e osteonecroses – sem contraste.
- Lesão nervo periférico – RM.
- Artro-CT ou Artro-RM – exame de ambulatório.

Protocolo de uso de contraste em ressonância

- Cefaleia – geralmente, sem contraste, mas se houver patologias tumorais ou infecciosas/inflamatórias, deve ser usado contraste.
- Epilepsia e demências – em geral, sem contraste.
- Tumores e infecções – sempre injetam, se possível, pela função renal.
- Anomalias congênitas – em geral, não injeta.

- Aneurismas ou MAV – Angio-RM arterial é sem contraste.
- Trombose venosa cerebral – existe sequência sem contraste, mas a maioria dos serviços usam uma sequência com contraste.
- Pescoço – usa-se o contraste em geral.
- Seios da face – contraste só em tumores ou sinusite invasiva.
- Ouvido – depende da patologia.
- Órbita para neurite, tumores ou infecção – deve ser usado contraste.
- Coluna vertebral – injetamos em tumores, discite e PO de hérnia discal ou artrodese.
- Patologias musculoesqueléticas – usa-se o contraste apenas em situações de tumores e infecção.
- Próstata – em geral, sim (vide parte específica).
- Mama para câncer e mastite – em geral, injetamos. Para avaliação de implantes mamários, não é necessário o uso do contraste.
- Abdome – na maioria das vezes, injetamos. Em Colangio-RM, não se injeta (vide parte da Hidro-RM para mais detalhes).

ORIENTAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DOSE DE CONTRASTE DE PESO

Tomografia

Considerando o peso dos pacientes, podemos separar as doses de contrastes em grupos.

Os contrastes iodados possuem doses diferentes e com aplicações diferentes. Em geral, as doses de iodo entre 270 e 300 mg são para exames convencionais e os que possuem doses de 32 a 350 mg são para estudos angiotomográficos.

Tomografias em geral

Grupo 1: até 50 ml de contraste (270 a 300 mg) + mat/med.

Exames: pacientes adultos até 100 kg, TC de crânio, órbita, sela túrcica, ouvido, seios da face, musculoesquelético, coluna e todos os exames em crianças de até 50 quilos, menos angiotomografias que precisam de contraste com mais miligramas de iodo.

Grupo 2: até 100 ml de contraste (270 a 300 mg) + mat/med.

Exames: TC de tórax, abdome superior, pelve, abdome Total, tórax + abdome total, pescoço em pacientes de até 100 kg. Para pacientes acima de 100 kg, os exames de TC de crânio, órbita, sela túrcica, ouvido, seios da face, musculoesquelético e coluna.

Grupo 3: até 150 ml de contraste (270 a 300 mg) + mat/med.

Exames: TC de tórax + abdome total e pescoço + tórax + abdome total em pacientes entre 101 e 150 kg.

Grupo 4: até 200 ml de contraste (270 a 300 mg) + mat/med.

Exames: TC de pescoço + tórax + abdome total em pacientes acima de 150 kg. • Angiotomografias

Grupo 5: até 50 ml de contraste (320 a 350 mg) + mat/med.

Exames: angiotomografias em crianças em geral.

Grupo 6: até 100 ml de contraste (320 a 350 mg) + mat/med.

Exames: angiotomografias em geral em pacientes de até 100 kg (crânio arterial/venosa, pescoço

arterial/venosa, crânio e pescoço simultâneos em protocolos de AVC, pulmonar/aorta torácica, abdome superior arterial/venosa, pelve arterial/venosa, aorta abdominal e coronárias).

Grupo 7: até 150 ml de contraste (320 a 350 mg) + mat/med.

Exames: angiotomografias em geral ou em pacientes entre 101 e 130 kg. (crânio e pescoço simultâneos em protocolos de AVC, aorta abdominal, coronárias, aorta torácica + aorta abdominal, aorta abdominal + membros inferiores).

Grupo 8: até 200 ml de contraste (320 a 350 mg) + mat/med.

Exames: angiotomografias em geral ou em pacientes acima de 131 kg. (aorta torácica + aorta torácica + aorta abdominal, aorta abdominal + membros inferiores).

Ressonância

Considerando o peso dos pacientes, podemos separar as doses de contrastes em grupos.

Grupo 1: até 5 ml de gadolínio + mat/med. Exames: exames em geral em crianças até 25 kg, mesmo em algumas angios.

Grupo 2: até 10 ml de gadolínio + mat/med. Exames: exames em geral em crianças maiores e adultos de até 100 kg.

Grupo 3: até 15 ml de gadolínio + mat/med. Exames: exames em geral em pacientes acima de 100 kg, Angio-RM arterial/venosa de pescoço, Angio-RM venosa do crânio, Angio-RM de aorta torácica, Angio-RM de aorta abdominal, Angio-RM de abdome superior arterial/venosa, Angio-RM de pelve arterial/venosa em pacientes até de 100 kg.

Grupo 4: até 20 ml de gadolínio + mat/med. (Técnica TRICKS ou TWIST).

Exames: Angio-RM de aorta abdominal, Angio-RM arterial/venosa de pescoço, Angio-RM de abdome superior arterial/venosa, Angio-RM de pelve arterial/venosa em pacientes acima de 100 kg.

Grupo 5: até 30 ml de gadolínio + mat/med. (Técnica TRICKS ou TWIST).

Exames: Angio-RM de aorta torácica + Angio-RM de aorta abdominal (sendo 15 ml para cada etapa), Angio-RM de membros superiores arterial/venosa (braço e antebraço – 2 etapas, sendo 15 ml para cada), Angio-RM de membros inferiores arterial/venosa (coxas e pernas – 2 etapas, sendo 15 ml para cada), Angio-RM de aorta torácica/pulmonar + Angio-RM arterial/venosa de pescoço (15 ml para cada etapa).

Grupo 6: até 45 ml de gadolínio + mat/med. (Técnica TRICKS ou TWIST).

Exames: Angio-RM de aorta torácica (15 ml) + Angio-RM de membros superiores arterial/venosa (braço e antebraço – 2 etapas, sendo 15 ml para cada), Angio-RM de aorta abdominal (15 ml) + Angio-RM de membros inferiores arterial/venosa (coxas e pernas – 2 etapas, sendo 15 ml para cada), Angio-RM de aorta torácica + aorta abdominal em pacientes acima de 100 kg.

Obs.: não recomendamos o uso de mais de 45 ml de gadolínio em um único dia.

Fracionamento de contraste

PROCEDIMENTO	VOLUME	OBSERVAÇÃO
Colangiografia intraoperatória	5 ml	
Colangiografia pelo dreno	Até 10 ml	
Colangiografia percutânea quando associado a drenagem biliar	Até 50 ml	
CPRE diagnóstica e/ou terapêutica para cálculos	Até 25 ml	
CPRE diagnóstica e/ou terapêutica para fistula ou câncer	Até 35 ml	
Bloqueios de coluna em geral	Geral 5 ml	
Pielografia ascendente unilateral	Até 15 ml	
Pielografia Descendente unilateral	Até 15 ml	
Fistulografia	Até 15 ml	
Sinusografia (Abscessografia)	Até 15 ml	
Punção de cisto hepático (por cisto)	Até 15 ml	
Punção de cisto renal (por cisto)	Até 15 ml	
Acesso central em centro cirúrgico	Até 10 ml	Não cabe remuneração de angiografia ou flebografia associado, conforme RN nº 38 de 2019 da CHHPM, pois nesta está claro que o único exame que pode ser associado é o código de US 40901211.

Regra de percentualização para pacotes de SADT

Independente do tipo de procedimento gerador do pacote, será pago até 2 pacotes, sendo 100% para o maior pacote e 50% para o segundo pacote, com exceção aos pacotes de genética, hemoterapia e antiangiogênico para DMRI.

Na ocorrência de um terceiro pacote em exames de imagem (tomografia e ressonância), deve ser cobrado o pacote de maior valor a 100%, o segundo em 50% e o terceiro permite cobrança apenas do honorário médico.

FISIOTERAPIA

Critério geral

Foi deliberado que não é permitida a cobrança de mesmo código TUSS mais de uma vez por dia em regime ambulatorial.

Consulta ambulatorial em fisioterapia

Código	Descrição
50000144	Consulta ambulatorial em fisioterapia

Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos

Representam o quantitativo máximo de cliente/paciente assistido por profissional fisioterapeuta em turno de trabalho de seis horas, de acordo com deliberações do CREFITO-4 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – MG.

Sessões

Para planos não regulamentados, pode existir limitação do número de sessões permitidas por patologia no ano. Para os planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98, não existe limite de autorização. Sugere-se o número máximo de 20 sessões, solicitadas por guia. Ao término das autorizadas, novas guias poderão ser solicitadas e os resultados e as quantidades de sessões serão avaliados.

Fisioterapia uroginecológica

Para a liberação da fisioterapia urológica, é imprescindível a apresentação de laudo do estudo urodinâmico (código 41301340 – *Urodinâmica completa*) para classificar os tipos de incontinência e respaldar a liberação da fisioterapia, que estará indicada nos casos de incontinência urinária de esforço e incontinência urinária mista.

Tipos de fisioterapia urológica

Exercício do assoalho pélvico – realizado pelo próprio cliente, no domicílio, após orientação médica.

Código	Descrição
20103131	Biofeedback com EMG

Deve ser liberado o máximo de 10 sessões, que é o tempo para o aprendizado correto dos exercícios sob acompanhamento especializado. Nesse período, a paciente aprenderá a força de contração do assoalho pélvico que ele tem de fazer para obter o máximo de resposta para realizar os exercícios em casa.

Cones vaginais (pouco utilizado) – os cones são colocados dentro da vagina e têm peso sucessivamente maiores, exigindo esforço para expulsá-los.

Eletroestimulação – pouco aceita pelo paciente, consiste na colocação de eletrodo anal ou vaginal conectado à coluna (S1, S2, S3), que faz um arco reflexo estimulando a musculatura anal ou vaginal. Utilizado para bexiga hiperativa.

1.1. Códigos dos procedimentos utilizados para essa especialidade:

Código	Descrição
20103646	<i>Reabilitação perineal com biofeedback</i>
20103190	<i>Disfunção vésico-uretral</i>
20103131	<i>Biofeedback com EMG</i>

O procedimento 20203020 – *Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais* – por sessão só pode ser cobrado com 20103646 – *Reabilitação perineal com biofeedback* se for realizada eletroestimulação com implantação de eletrodo anal ou vaginal conectado à coluna.

Reabilitação ortopédica

Conjunto de medidas multidisciplinares de intervenções diagnósticas e terapêuticas, adotadas em prol de restaurar, adquirir ou recuperar a aptidão funcional do indivíduo portador dos mais variados distúrbios clínicos e cinético-funcionais musculoesqueléticos, visando o retorno das atividades de vida diária, capacidade de atuação profissional, desportiva ou restabelecimento do indivíduo à interação normal na comunidade à qual pertence.

1.2. Exemplos de códigos dos procedimentos utilizados para essa especialidade

Código	Descrição
20103026	<i>Amputação bilateral (preparação do coto)</i>
20103034	<i>Amputação bilateral (treinamento protético)</i>
20103042	<i>Amputação unilateral (preparação do coto)</i>
20103050	<i>Amputação unilateral (treinamento protético)</i>
20103093	<i>Atendimento fisiatríco no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de sequelas</i>
20103182	<i>Desvios posturais da coluna vertebral</i>
20103344	<i>Miopatias</i>
20103409	<i>Pacientes com doenças neuromusculares com envolvimento tegumentar</i>
20103514	<i>Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna</i>
20103492	<i>Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros</i>
20103484	<i>Patologia osteomioarticular em um membro</i>
20103506	<i>Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna</i>
20103522	<i>Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária</i>
20103654	<i>Recuperação funcional de distúrbios craniofaciais</i>
20103530	<i>Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral</i>
20103670	<i>Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro</i>
20103662	<i>Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando um membro</i>

20103697	<i>Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais</i>
20103700	<i>Sequelas em politraumatizados (em diferentes segmentos)</i>

Reabilitação neurológica

Área da reabilitação que visa o estudo, diagnóstico e tratamento de distúrbios neurológicos que envolvem as funções neuromotoras. Induz ações terapêuticas para recuperação de funções, entre elas, a coordenação motora, a força, o equilíbrio e a coordenação.

1.3. Exemplos de códigos de procedimentos utilizados para essa especialidade

Código	Descrição
20103077	<i>Ataxias</i>
20103263	<i>Hemiparesia</i>
20103271	<i>Hemiplegia</i>
20103280	<i>Hemiplegia e hemiparesia com afasia</i>
20103298	<i>Hipo ou agenesia de membros</i>
20103310	<i>Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo, com alterações sensitivas e/ou motoras</i>
20103328	<i>Lesão nervosa periférica afetando um nervo, com alterações sensitivas e/ou motoras</i>
20103425	<i>Paralisia cerebral</i>
20103433	<i>Paralisia cerebral com distúrbio de comunicação</i>
20103441	<i>Paraparesia/tetraparesia</i>
20103450	<i>Paraplegia e tetraplegia</i>
20103468	<i>Parkinson</i>
20103476	<i>Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária</i>
20103638	<i>Reabilitação labiríntica (por sessão)</i>
20103689	<i>Retardo do desenvolvimento psicomotor</i>

Reabilitação cardíaca

Programa multidisciplinar aplicado aos pacientes que sofrem de cardiopatias, com o objetivo de recuperar a performance cardiopulmonar, promover a prevenção de novos eventos e apoiar o paciente desenvolvendo ações para a sua reinserção social.

1.4. Exemplos de códigos dos procedimentos utilizados para essa especialidade

Código	Descrição
20103379	<i>Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana</i>
20103387	<i>Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório de oito a 24 semanas</i>
20103727	<i>Reabilitação cardíaca supervisionada. Programa de 12 semanas. Duas a três sessões por semana (por sessão)</i>

Reabilitação pulmonar

É a intervenção que utiliza estratégias, meios e técnicas de avaliação e tratamento não invasivas, que tem como objetivo a otimização do transporte de oxigênio, contribuindo para prevenir, reverter ou minimizar disfunções a esse nível, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes.

1.5. Exemplos de códigos dos procedimentos utilizados para essa especialidade

Código	Descrição
20103220	<i>Doenças pulmonares atendidas em ambulatório</i>
20103247	<i>Exercícios para reabilitação do asmático (ERAC) - por sessão coletiva</i>
20103255	<i>Exercícios para reabilitação do asmático (ERA) - por sessão individual</i>
20103360	<i>Paciente com D.P.O.C. em atendimento ambulatorial necessitando de reeducação e reabilitação respiratória</i>
20103069	<i>Assistência fisiátrica respiratória em pré e pós-operatório de condições cirúrgicas</i>

Fisioterapia linfática

A fisioterapia descongestiva complexa consiste na combinação de várias técnicas que atuam em conjunto para o tratamento do linfedema, incluindo cuidados com a pele, drenagem linfática manual, contenção na forma de enfaixamento ou por luvas/braçadeiras e cinesioterapia específica ou exercícios miolinfocinéticos.

1.6. Exemplo de código de procedimento utilizado para essa especialidade

Código	Descrição
20103212	<i>Distúrbios circulatórios arteriovenosos e linfáticos</i>

Queimados

A intervenção fisioterapêutica no tratamento do paciente queimado tem como objetivo a restauração da mobilidade, da funcionalidade e da amplitude de movimento dos segmentos acometidos.

Código	Descrição
20103611	<i>Queimados - seguimento ambulatorial para prevenção de sequelas (por segmento)</i>

Fisioterapia para pacientes internados

Foi definido que, para pacientes internados (independentemente de serem clínicos ou cirúrgicos), os códigos de fisioterapia a serem utilizados são:

Código	Descrição
20203012	<i>Assistência fisiatrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica</i>
20203047	<i>Assistência fisiatrica respiratória em doente clínico internado</i>
20103093	<i>Atendimento fisiatrico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de sequelas</i>

Critérios estabelecidos para análise

Código	Descrição
20203012	<i>Assistência fisiatrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica</i>

Máximo 4 (quatro) sessões ao dia.

Código	Descrição
20203047	<i>Assistência fisiatrica respiratória em doente clínico internado</i>

Máximo 2 (duas) sessões ao dia.

Código	Descrição
20103093	<i>Atendimento fisiatrico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de sequelas</i>

Máximo de 2 (duas) sessões ao dia, na UTI/unidade coronariana/semi-intensiva (intermediária), e 1 (uma) sessão ao dia, nas outras unidades de internação.

Dobra de Honorário Médico fisioterapia realizada por fisiatra em paciente internado para clientes de plano especial

Não é passível de dobra de honorário de fisioterapia para procedimentos realizados por fisioterapeuta em nenhuma hipótese.

Consulta hospitalar em fisioterapia

Código	Descrição
50000349	Consulta hospitalar em fisioterapia

Será remunerada **uma por internação** quando houver solicitação do médico assistente e registrada em prontuário. Não será remunerada concomitante à sessão.

Na necessidade de outra consulta, deverá haver justificativa/solicitação do médico assistente.

Reeducação postural global – RPG

Código	Descrição
50000446	Reeducação postural global

Procedimento sem cobertura, de acordo com a Resolução Normativa vigente.

Para as liberações em caráter excepcional, a cobrança deve ser realizada por meio do código acima.

Códigos 50 da fisioterapia

Serão remunerados de acordo com correspondência aos códigos 20:

DE:	PARA:	FISIOTERAPIA	TETO CNA
20103379 – Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana	50000756 – Atendimento fisioterapêutico ambulatorial individual ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular	Cardiológica	R\$ 7,58
20103387 – Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório de 8 a 24 semanas			
20103395 – Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório até 8 de programa			
20103417 – Pacientes sem doença coronariana clinicamente manifesta, mas considerada de alto risco, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana			
20103026 – Amputação bilateral (preparação do coto)	50000160 – Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo-esquelético	Ortopédica	R\$ 12,64
20103034 – Amputação bilateral (Treinamento Protético)			
20103042 – Amputação unilateral (preparação do coto)			
20103050 – Amputação unilateral (treinamento protético)			
20103182 – Desvios posturais da coluna vertebral			
20103484 – Patologia osteomioarticular em um membro			
20103492 – Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros			
20103506 – Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna			
20103514 – Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna			

20103344 - Miopatias	50000160 - Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo-esquelético	Ortopédica	R\$ 12,64
20103530 - Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral			
20103662 - Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia ortopédica ou traumatológica com complicações neuro-vasculares afetando um membro			
20103670 - Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro			
20103700 - Sequelas em politraumatizados em diferentes segmentos	50000411 - Atendimento fisioterapêutico hospitalar no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos	Paciente internado	R\$ 7,58
20103093 - Atendimento fisiátrico no pré e pós operatório de pacientes para prevenção de sequelas			
20103069 - Assistência fisiátrica respiratória em pré e pós-operatório de condições cirúrgicas			
20103220 - Doenças pulmonares atendidas em ambulatório	50000730 - Atendimento fisioterapêutico ambulatorial individual ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório	Respiratória	R\$ 8,09
20103360 - Paciente com D.P.O.C. em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória			
20103107 - Atendimento fisiátrico no pré e pós parto	50000209 - Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico	Vascular	R\$ 7,08
20103212 - Distúrbios circulatórios arterio-venosos e linfáticos			

20103611 – Queimados – seguimento ambulatorial para prevenção de sequelas (por segmento)	50000217 – Atendimento fisioterapêutico ambulatorial no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos	Outras Justificativas	R\$ 12,64
20103344 – Miopatias			
20103654 – Recuperação funcional de Distúrbios cranio-faciais			
20103697 – Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais			
20203047 – Assistência fisiátrica respiratória em doente clínico internado	50000829 – Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem assistência ventilatória	Paciente internado	R\$7,58
20203012 – Assistência fisiátrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica	50001019 – Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com Assistência Ventilatória Mecânica	Paciente internado	R\$8,09
Novo procedimento com preço anterior	50000810 – Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com assistência ventilatória	Paciente internado (BIPAP/CPAP)	R\$7,58

Fisioterapia para ganho muscular

Definido como procedimento sem cobertura pela Resolução Normativa vigente, por tratar-se de procedimento estético.

GENÉTICA

Aconselhamento genético

O pagamento para aconselhamento genético é previsto apenas para o médico geneticista.

Para a autorização e o pagamento dos procedimentos com diretrizes de utilização em genética, deverão ser utilizadas as tabelas aprovadas pelo Colégio Nacional e que constam no Rol de procedimentos Unimed.

Focalização isoeletrica da transferrina

Código	Descrição
40502244	<i>Defeitos congênitos da glicolização - focalização isoeletrica da transferrina</i>

Genética molecular

Alguns códigos possuem referência a mais de uma diretriz ou diretrizes diferentes. Foram separados de modo a diferenciá-los.

Código	Descrição
40304973	<i>Alfa-talassemia anal molecular sangue</i>
40312020	<i>Cromatina sexual, pesquisa</i>
40314065	<i>Doenças do gene CFTL (fibrose cística) pesquisa de uma mutação (df508)</i>
40314235	<i>X-frágil por PCR, pesquisa</i>
40314260	<i>Amplificação de material por biologia molecular (outros agentes)</i>
40314286	<i>Pesquisa de mutação de alelo específico por PCR</i>
40322564	<i>Amiloidose - TTR</i>
40323552	<i>Neuropatia motora, painel</i>
40501167	<i>FISH pré-natal, por sonda</i>
40501183	<i>Líquido amniótico, vilosidades coriônicas, subcultura para dosagens bioquímicas e/ou moleculares (adicional)</i>
40501191	<i>Subcultura de pele para dosagens bioquímicas e/ou moleculares (adicional)</i>
40501213	<i>Pesquisa de translocação PML/RAR-a</i>
40503011	<i>Análise de DNA com enzimas de restrição por enzima utilizada, por amostra</i>
40503020	<i>Análise de DNA fetal por enzima de restrição, por enzima utilizada, por amostra (adicional nos exames em que já foi feito o PCR 40503062 e depende da enzima para estabelecer o diagnóstico)</i>
40503038	<i>Análise de DNA fetal por sonda ou PCR por locus, por amostra</i>
40503046	<i>Análise de DNA pela técnica multiplex por locus extra, por amostra</i>
40503054	<i>Análise de DNA pela técnica multiplex por locus, por amostra</i>
40503062	<i>Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra</i>
40503089	<i>Extração de DNA (osso), por amostra</i>

40503097	<i>Extração de DNA (sangue, urina, líquido amniótico, vilo trofoblástico etc.), por amostra</i>
40503100	<i>Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de base sequenciadas, por amostra</i>
40503119	<i>Processamento de qualquer tipo de amostra biológica para estabilização do ácido nucléico, por amostra</i>
40503127	<i>Extração, purificação e quantificação de ácido nucleico de qualquer tipo de amostra biológica, por amostra</i>
40503143	<i>Amplificação do material genético (por PCR, PCR em tempo real, LCR, RT-PCR ou outras técnicas), por primer utilizado, por amostra</i>
40503151	<i>Análise de DNA por MLPA, por sonda de DNA utilizada, por amostra</i>
40503160	<i>Análise de DNA pela técnica de southern blot, por sonda utilizada, por amostra</i>
40503178	<i>Produção de dot/slot-blot, por blot, por amostra</i>
40503186	<i>Separação do material genético por eletroforese capilar ou em gel (agarose, acrilamida), por gel utilizado, por amostra</i>
40503194	<i>Rastreamento de éxon mutado (por gradiente de desnaturação ou conformação de polimorfismo de fita simples ou RNase ou clivagem química ou outras técnicas) para identificação de fragmento mutado, por fragmento analisado, por amostra</i>
40503208	<i>Coloração de gel e fotodocumentação da análise molecular, por amostra</i>
40503216	<i>Interpretação e elaboração do laudo da análise genética, por amostra</i>
40503224	<i>Análise de expressão gênica por locus, por amostra, por CGH-array, SNP-array ou outras técnicas</i>
40503232	<i>Deteção pré-natal ou pós-natal de alterações cromossômicas submicroscópicas reconhecidamente causadoras de síndrome de genes contíguos, por FISH, QPCR ou outra técnica, por locus, por amostra</i>
40503240	<i>Rastreamento pré-natal ou pós-natal de todo o genoma para identificar alterações cromossômicas submicroscópicas por CGH-array ou SNP-array ou outras técnicas, por clone ou oligo utilizado, por amostra</i>
40503259	<i>Validação pré-natal ou pós-natal de alteração cromossômica submicroscópica detectada no rastreamento genômico, por FISH ou QPCR ou outra técnica, por locus, por amostra</i>
40601439	<i>Instabilidade de microssatélites (MSI), detecção por PCR, bloco de parafina</i>
40503267	<i>Translocação AML1-ETO t (8,21) por PCR</i>
40503275	<i>Análise da mutação IGVH – cadeia pesada da imunoglobulina</i>
40503283	<i>CCR-5, pesquisa de mutação por PCR</i>
40503313	<i>Cromossomo Y, microdeleções por PCR</i>
40503348	<i>Distrofia miotônica, análise por DNA</i>
40503356	<i>Disautonomia familiar, análise por DNA</i>
40503364	<i>Neurofibromatose tipo 1, estudo molecular</i>
40503372	<i>JAK2 (gene), detecção das mutações por PCR</i>
40503380	<i>CCND1 e IGH (genes), hibridização in situ por fluorescência</i>
40503399	<i>Hemofilia A, análise do DNA</i>
40503402	<i>Hemofilia B, análise do DNA</i>

40503410	<i>Hipolactasia, análise molecular</i>
40503429	<i>Hormônio de crescimento, estudo do gene receptor</i>
40503437	<i>Hormônio de crescimento, estudo molecular do gene</i>
40503445	<i>Neoplasia endócrina múltipla, tipo 1, sangue total</i>
40503453	<i>Hemocromatose, análise por PCR</i>
40503461	<i>Prader-Willi/Angelman, síndrome, diagnóstico</i>
40503470	<i>PROPL, estudo molecular do gene, sangue total</i>
40503488	<i>PTPN11, estudo molecular do gene, sangue total</i>
40503496	<i>Rearranjo 8q24 FISH (medula óssea)</i>
40503500	<i>Rearranjo 8q24 FISH (sangue)</i>
40503518	<i>Rearranjo BCL6 3Q27 (NHL) FISH</i>
40503526	<i>Rearranjo gênico células B por PCR</i>
40503534	<i>Rearranjo gênico células T por PCR</i>
40503542	<i>Rearranjo gênico quantitativo BCR/ABL por PCR</i>
40503577	<i>SHOX, estudo molecular do gene, sangue total</i>
40503585	<i>Translocação 4;14 FISH (IGH/FGFR3)</i>
40503593	<i>c-KIT análise mutacional</i>
40503607	<i>CYP21, estudo molecular do gene, sangue</i>
40503615	<i>Detecção de del/dupl no gene MLH1 e MSH2</i>
40503623	<i>Detecção de mutações no gene MLH1 e MSH2</i>
40503631	<i>Detecção de mutações no gene MSH6</i>
40503640	<i>FLT3 pesquisa de mutações por PCR (cada)</i>
40503658	<i>Atrofia muscular e bulbar (Kennedy), por PCR</i>
40503674	<i>Mucopolidose tipo 4 - análise da mutação</i>
40503682	<i>FLT3 pesquisa de mutações por eletroforese capilar (cada)</i>
40503690	<i>Distrofia muscular (Duchenne), por PCR</i>
40503712	<i>Pesquisa de mutação 35delG da conexina</i>
40503739	<i>Atrofia dentato-rubro-pálido-luisiana, DRPLA, sangue total</i>
40503747	<i>Detecção de Niemann-Pick tipo C</i>
40503801	<i>Sequenciamento de nova geração (NGS) - genes isolados, painéis e grandes regiões genômicas (inclui captura, amplificação e sequenciamento)</i>
40503836	<i>Mutação familiar específica - PCR do locus identificado</i>
40503844	<i>Mutação familiar específica - sequenciamento de Sanger do locus identificado</i>

Deficiência da MCAD

Código	Descrição
40321029	Deficiência da MCAD

MCAD – Medium-Chain Acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency

HER2

Código	Descrição
40501159	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por sonda
40501248	HER2 – FISH para amplificação gênica em tumor de mama
40501256	HER2 – CISH para amplificação gênica em tumor de mama

HER2 – Human Epidermal growth factor Receptor-type 2

BRAF

Código	Descrição
40503780	BRAF, pesquisa de mutação

EGFR

Código	Descrição
40503763	EGFR, pesquisa de mutação

EGFR – Epidermal Growth Factor Receptor

K-RAS

Código	Descrição
40503771	K-RAS, pesquisa de mutação

N-RAS

Código	Descrição
40503798	NRAS – PCR ou sequenciamento Sanger para mutações nos éxons 2,3 e 4 do gene, no tumor

Protrombina

Código	Descrição
40319326	Protrombina, pesquisa de mutação

ALK

Código	Descrição
40503852	ALK – pesquisa de mutação

Exemplos de patologias e exames que podem ser solicitados

Patologia	Código	Descrição	Técnica
Adrenoleucodistrofia	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento do gene ALD-X
	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Mutação específica por PCR
Ataxia de Friedreich	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Gene FXN – PCR
Câncer de mama e ovário hereditários – genes BRCA1 e BRCA2	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento de BRCA1 e 2
	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Pesquisa de mutação dos genes BRCA1 e 2 – PCR ou RFLP
	40503151	Análise de DNA, por MPLA, por sonda de DNA, por amostra	Pesquisa de rearranjos dos genes BRCA1 e 2
Deficiência de alfa-1 antitripsina	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Gene SERPINA 1
Displasia campomélica	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento do gene SOX9
Distrofia miotônica tipos I e II	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Íntron 1 dos genes DMPK e ZNF9
	40503160	Análise de DNA pela técnica de Southern blot, por sonda utilizada, por amostra	Íntron do gene DMPK
	40503348	Distrofia miotônica, análise por DNA	Pesquisa de mutação do gene DMPK (DM tipo I) ou CNBP (DM tipo II)

Hemocromatose	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	PCR
	40503054	Análise de DNA pela técnica multiplex por locus, por amostra	PCR multiplex
	40503453	Hemocromatose, análise por PCR	PCR ou RFLP
Hemofilia A	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	PCR longa (long-range PCR) ou PCR inversa (inverse-shifting PCR)
	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento do gene F8
	40503399	Hemofilia A, análise do DNA	PCR
Hemofilia B	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Mutação específica por PCR
	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento do gene F9
	40503402	Hemofilia B, análise do DNA	PCR
Mucopolissacaridose	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento do gene correspondente à mucopolissacaridose de acordo com análise enzimática identificada
	40503151	Análise de DNA, por MPLA, por sonda de DNA, por amostra	Pesquisa de deleções
	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Pesquisa de rearranjo entre o gene IDS e o pseudogene IDS2
	40503674	Mucopolidosis tipo 4 - análise da mutação	Sequenciamento do gene GLB1
Neoplasia endócrina múltipla - MEN2	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Mutação específica por PCR
	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento dos éxons 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15 e 16 do gene RET
Neoplasia endócrina múltipla - MEN1	40503445	Neoplasia endócrina múltipla tipo 1, sangue total	Mutação específica por PCR

Osteogênese imperfeita	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Pesquisa de mutação única c-14C-T por PCR do gene IFITM5
	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento dos genes COL1A1 e COL1A2
Polipose adenomatosa familiar	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	PCR-DNA seguido de sequenciamento automático do gene APC
	40503151	Análise de DNA, por MPLA, por sonda de DNA, por amostra	MLPA
	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	PCR
Polipose associada ao MUTHY	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Mutação específica por PCR
	40503100	Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra	Sequenciamento do gene MUTHY (MYH)
	40601439	Instabilidade de microssatélites (MSI), detecção por PCR, bloco de parafina	PCR
	40503151	Análise de DNA, por MPLA, por sonda de DNA, por amostra	Mutação do gene UBE3A
Síndrome de Angelman e síndrome de Prader-Willi	40503062	Análise de DNA por sonda ou PCR por locus, por amostra	Mutação do gene UBE3A
	40503461	Prader-Willi/Angelman, síndrome, diagnóstico	FISH para microdeleção 14q11-q13
Síndromes de deficiência intelectual associada à anomalia congênita não reconhecida clinicamente	40501159	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por sonda	FISH
	40501027	Cariótipo com pesquisa de troca de cromátides irmãs	Cariótipo
	40503224	Análise de expressão gênica por locus, por amostra, por CGH array, SNP array ou outras técnicas	CGH array ou SNP array
Síndromes de deleções submicroscópicas reconhecíveis clinicamente	40501159	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por sonda	FISH
	40501027	Cariótipo com pesquisa de troca de cromátides irmãs	Cariótipo
	40503224	Análise de expressão gênica por locus, por amostra, por CGH array, SNP array ou outras técnicas	CGH array ou SNP array

<i>Síndrome de hipofosfatasia</i>	40503100	<i>Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra</i>	<i>Sequenciamento do gene TNSAP</i>
<i>Síndrome de Lynch - câncer colorretal não poliposo hereditário (HNPCC)</i>	40601439	<i>Instabilidade de microssatélites (MSI), detecção por PCR, bloco de parafina</i>	<i>PCR</i>
	40503615	<i>Detecção de del/dupl no gene MLH1, MSH2</i>	<i>MPLA</i>
	40503623	<i>Detecção de mutações no gene MLH1, MSH2</i>	<i>MPLA</i>
	40503100	<i>Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra</i>	<i>DHLPC</i>
<i>Síndrome de Noonan</i>	40503100	<i>Identificação de mutação por sequenciamento do DNA, por 100 pares de bases sequenciadas, por amostra</i>	<i>Sequenciamento dos genes KRAS, SOS1, RAF1 e RIT1</i>
	40503488	<i>PTPN11, estudo molecular do gene, sangue total</i>	<i>NGS</i>
<i>Síndrome de Williams-Beuren</i>	40503151	<i>Análise de DNA, por MPLA, por sonda de DNA, por amostra</i>	<i>MPLA - del7q11</i>
	40501159	<i>FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por sonda</i>	<i>FISH</i>

Acrônimos

ALD-X - X-linked adrenoleukodystrophy

APC - *Adenomatous polyposis coli*

Array - Arranjo

BRCA - Breast cancer

CGH - Comparative genomic hybridization

CNBP - Cellular nucleic acid-binding protein. Também conhecido como ZNF9

COL1A1 - Collagen Type 1 alpha 1 chain

COL1A2 - Collagen Type I alpha 2 chain

DHLPC - Denaturing high performance liquid chromatography

DMPK - Dystrophia myotonica protein kinase

FISH - Fluorescent in situ hybridization

GLB1 - Galactase beta 1

HNPCC - Hereditary nonpolyposis colon cancer

IDS - Iduronate 2-sulfatase

IFTM5 - Interferon-induced transmembrane protein 5

Íntron - Intragenic region

IS-PCR - Inverse shifting PCR
K-Ras - Kirsten RAt Sarcoma
MEN2 - Multiple endocrine neoplasia type 2
MLH1 - MutL homolog 1
MPLA - Multiplex ligation-dependent probe amplification
MSH2 - MutS protein homolog 2
MSH6 - MutS homolog 6
MUTHY ou MYH - mutY Homolog (E. coli)
NGS - Next-Gen Sequencing
PCR - Polymerase chain reaction
PTPN11 - Tyrosine-protein phosphatase non-receptor type 11
RET - Rearranged during transfection
RFPL - Restriction fragment length polymorphism
SNP - Single nucleotide polymorphism
SOS1 - Son of sevenless homolog 1
TNSAP - Tissue nonspecific alkaline phosphatase
UBE3A - Ubiquitin-protein ligase E3A

Para o Intercâmbio Nacional, a Unimed do Brasil realizou um acordo operacional com os laboratórios aderentes para garantir os preços e as condições acordadas cobrando diretamente da Unimed solicitante ou por meio da Unimed Executora, quando ela providenciar a realização dos exames de genética do beneficiário da Origem, utilizando as tabelas padronizadas conforme as instruções gerais.

INSTRUÇÕES GERAIS

1. VALORES

O acordo operacional da Unimed do Brasil com os laboratórios aderentes irá garantir os preços e as condições a todas as empresas associadas à nossa marca.

2. COMPOSIÇÃO DA TABELA

A planilha é composta por três abas: Genética, Citogenética e Logística.

Nas abas Genética e Citogenética estão contemplados os códigos próprios Unimed do Brasil com seus respectivos códigos TUSS. Nestas abas estão os valores negociados de acordo com a pesquisa diagnóstica definida pelos médicos assistentes geneticistas e geneticista avaliador/mediador.

Na aba Logística estão contemplados o fluxo de coleta, logística, resultado e contatos, assim como o responsável técnico de cada laboratório.

3. ORIENTAÇÕES AOS MÉDICOS

As Unimeds deverão direcionar as minutas de comunicados aos seus médicos não geneticistas que potencialmente solicitam exames de genética e outra para profissionais geneticistas cooperados ou

contratados pela rede, seguindo o texto base das orientações de como proceder nos pedidos de autorização desses exames.

Com exceção aos exames de citogenética que não possuem DUT, e podem ser solicitados por qualquer profissional médico.

Para os exames de citogenética que possuem DUT, seguir as normas de solicitação, autorização e cobrança dos exames de genética.

4. FORMULÁRIOS FS 118 E/OU FS 119 PARA PROCEDIMENTOS DE GENÉTICA

Quando o pedido for realizado por médico não geneticista, ou outro profissional previsto da DUT, este deverá enviar as informações contidas no formulário para Solicitação de Pesquisa das Mutações da Hemocromatose Hereditária (FS 118) ou Formulário para Solicitação de Exames de Genética (FS 119).

Os médicos geneticista, neurologista, oncologista clínico, hematologista devem ser orientados a fazer a solicitação utilizando a codificação prevista na tabela publicada pela Unimed do Brasil. Caso não o faça, ou seja, solicite na codificação específica da TUSS.

5. SOLICITAÇÃO MÉDICA

Os exames de genética possuem indicações significativamente específicas que exige conhecimento especializado na área, tanto que, a diretriz de utilização definida pela ANS define que as indicações desses exames sejam solicitadas por médicos neurologista, oncologista clínico, hematologista ou geneticista.

Com exceção aos exames de citogenética que não possuem DUT, e podem ser solicitados por qualquer profissional médico.

Para os exames de citogenética que possuem DUT, seguir as normas de solicitação, autorização e cobrança dos exames de genética.

6. AVALIAÇÃO MÉDICO GENETICISTA

Caso não haja um geneticista contratado pela Federação, Singular ou pela própria Unimed Origem, os médicos existentes podem executar essa atividade.

O código 1.01.01.08-0 foi criado especificamente para avaliação do médico geneticista, que deverá ser remunerado pela Unimed Origem no valor vigente de uma consulta no Intercâmbio Nacional.

Como já é previsto nos processos de muitas cooperativas, e também pela ANS, na Resolução Normativa (RN) nº 424/17, que trata da junta médica para dirimir divergências técnicas, mesmo nos exames solicitados por médicos geneticistas poderá ser necessária a mediação de um outro profissional geneticista regulador para possíveis esclarecimentos ou adequações técnicas.

Com exceção aos exames de citogenética que não possuem DUT, e podem ser solicitados por qualquer profissional médico.

Para os exames de citogenética que possuem DUT, seguir as normas de solicitação, autorização e cobrança dos exames de genética.

7. COLETA

A forma de coleta da amostra dos pacientes fica a critério da Unimed solicitante, podendo ser por laboratório próprio ou credenciado ou, ainda, pelo laboratório de genética escolhido, conforme condições esclarecidas por cada um deles na tabela divulgada.

Caso a logística do paciente exija a coleta de material de genética por laboratório convencional, foi criado o código TUSS 60036826 (taxa para coleta de exames de genética), com valor fixo de R\$ 30,00 a ser cobrado no Intercâmbio Nacional e outro 60036834 (taxa para envio dos exames de genética), para o envio da coleta ao laboratório executante do exame, cujo valor será o de reembolso do custo desse envio.

Essa regra se aplica também aos exames de citogenética.

8. PROCESSO OPERACIONAL PARA AUTORIZAÇÃO E COBRANÇA

A Unimed Executora, ao receber o pedido de autorização, antes de encaminhar à Unimed Origem, deverá observar se foram cumpridas as exigências para os médicos geneticistas neurologistas, oncologistas clínico, hematologistas e demais especialidades;

Quando o exame não for solicitado por médico geneticista, neurologista, oncologista clínico e hematologista, a Unimed Origem poderá solicitar análise e parecer do geneticista especialista. Esse parecer se torna opcional quando a indicação inicial já vier de médico geneticista, neurologista, oncologista clínico, hematologista e com a codificação de pacote definida pela Unimed do Brasil;

Após parecer do médico geneticista, se houver necessidade de adequação do código, a Unimed Origem deverá anexar este parecer no CHAT de intercâmbio e solicitar à Unimed Executora o cancelamento da transação para refazê-la conforme parecer;

Essa regra não se aplica para procedimentos de citogenética que podem ser solicitados e avaliados por qualquer especialista.

A Unimed Executora deverá repassar o parecer recebido ao médico solicitante para que o mesmo realize a adequação do pedido, após essa adequação a transação anterior deve ser cancelada e realizada nova transação de pedido de autorização;

A Unimed Executora ao receber a autorização da Unimed Origem, deverá direcionar o beneficiário para coleta em laboratório de referência da própria Unimed ou outro indicado pelo laboratório de genética escolhido para execução do exame;

Nota: o material coletado para análise deverá ser encaminhado para um dos laboratórios referenciados pela Unimed do Brasil. **Poderá ser encaminhado para outro laboratório, desde que o valor não ultrapasse o teto máximo estabelecido na tabela para o código do pacote autorizado.**

O laboratório de genética realizará a análise e posteriormente encaminhará o laudo ao médico assistente e a cobrança para o laboratório de coleta, ou diretamente para Unimed Executora.

Os códigos criados para essa tabela se referem a códigos de pacotes, dessa forma nos processos de autorização e cobrança deverá obrigatoriamente ser identificado com o “Tipo de Tabela = 98 - Serviço com Custo Fechado / Pacote”.

No processo de autorização além do código do pacote deverá trafegar também um dos códigos de procedimento que fazem parte da composição do pacote.

Importante: A Unimed Origem, caso haja acordo com a Unimed Executora, poderá realizar o processo direto com o laboratório de genética da sua preferência.

Quando houver essa opção, a mesma deverá negar a transação de pedido de autorização e informar por meio do CHAT que fará todo o processo para o seu beneficiário. Dessa forma, todo o processo será realizado sem intermédio da Unimed Executora (coleta e envio do material para o laboratório de genética, em como o pagamento a este laboratório).

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Assistência pré-natal - consulta obstétrica

De acordo com a Diretriz AMB/CFM, as consultas deverão ser:

Intervalos	Período
Mensais	até a 28ª semana
Quinzenais	de 28 a 36 semanas
Semanais	a partir da 37ª semana

Consultas extras mediante justificativa.

Gestação de alto risco

Pode ocorrer a cobrança de mais de uma consulta mensal.

No caso de pacientes com complicações obstétricas (placenta prévia, trabalho de parto prematuro etc.) e acompanhamento simultâneo de outro especialista (por exemplo, cardiologista e/ou nefrologista em caso de pré-eclâmpsia, endocrinologista em caso de diabetes), a cobrança de consultas extras com o obstetra deverá ser acompanhada de justificativa.

Adicional de urgência para o pagamento de atendimento de berçário

Código	Descrição
10103015	Atendimento ao recém-nascido em berçário

Esse código contempla visitas até o terceiro dia de vida. Remunera-se apenas uma vez por recém-nascido.

Não cabe a cobrança de adicional de urgência/emergência.

Cardiotocografia

Código	Descrição
20202016	Cardiotocografia anteparto

Recomendada após a 26ª semana de gestação. Ela está indicada principalmente nas gestações de alto risco, por diabetes, hipertensão arterial, senescência placentária, oligodrâmnio, crescimento intraútero restrito e outros.

Cardiografia intraparto

Código	Descrição
20202024	Cardiotocografia intraparto (por hora) – até 6 horas

Esse código deverá ser utilizado quando for necessária a realização do procedimento durante o trabalho de parto.

Doença inflamatória pélvica (DIP) aguda

Tratamento clínico ambulatorial com antibióticos, na maioria dos casos.

Situações que podem exigir internação:

- Pacientes com dificuldade para tolerar ou seguir tratamento oral
- Gestante
- Quadro grave com náuseas, vômitos, temperatura axilar elevada ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e sinais de irritação peritoneal (emergência cirúrgica)
- Falha de resposta ao tratamento ambulatorial após 48 horas
- Presença de DIU
- Evidência de abscesso tubo-ovariano

Clitoroplastia e hipertrofia de pequenos lábios

Código	Descrição
31301053	Clitoroplastia
31301096	Hipertrofia de pequenos lábios – correção cirúrgica

Esses procedimentos, principalmente o 31301096 – hipertrofia de pequenos lábios, são solicitados com objetivo estético. Solicitar relatório médico com justificativa para os procedimentos, para afastar a indicação estética.

Endometriose

Obedece a regra de procedimentos excludentes.

Código	Descrição
31307043	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico
31307183	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica

Com os códigos:

Código	Descrição
31307078	Liberação de aderências pélvicas, com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise
31307205	Liberação laparoscópica de aderências pélvicas, com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise

Também ficou decidido que o procedimento terapêutico inclui os procedimentos diagnósticos, conforme a regra do Rol Unimed. Com esse entendimento, os códigos a seguir:

Código	Descrição
31009174	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão
31009352	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia
31307060	Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem)

*Permite-se a cobrança excepcional do código 31307060 para remuneração da cromotubagem, quando realizada junto com outro procedimento laparoscópico.

São considerados inclusos nos códigos:

Código	Descrição
31307043	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico
31307183	Endometriose peritoneal – tratamento cirúrgico via laparoscópica

Procedimentos acessórios deverão ser remunerados com base em relatório cirúrgico e resultado de anatomopatológico devidamente checados pela auditoria da Unimed Executora.

Histerectomia

Códigos referentes à histerectomia:

Código	Descrição
31303080	Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, uni ou bilateral – qualquer via
31303102	Histerectomia total – qualquer via
31303110	Histerectomia total ampliada – qualquer via – (não inclui a linfadenectomia pélvica)
31303129	Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral – qualquer via
31303200	Histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia, uni ou bilateral (via alta)
31303218	Histerectomia total laparoscópica
31303226	Histerectomia total laparoscópica ampliada
31303234	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral
31303285	Histerectomia puerperal
31303323	Histerectomia pós-parto

Avaliação de indicação de histerectomia por miomatose em paciente assintomática: analisar o volume uterino.

Medidas uterinas normais: 90 cm³-140 cm³ (multíparas).

Considera-se o volume de 240 cm³ como limite para a indicação de histerectomia em pacientes sem queixas.

Quando o volume for menor, verificar se há relato de fluxo menstrual aumentado e/ou prolongado e/ou irregular, dor pélvica e repercussões hematológicas.

Deve ser seguida a recomendação utilizada na própria descrição dos códigos, sendo que o código de

histerectomia total com ou sem anexectomia qualquer via (31303129) inclui os de ooforectomia e salpingectomia, se forem realizados simultaneamente.

Histerectomia total ampliada

Código	Descrição
31303110	<i>Histerectomia total ampliada – qualquer via (não inclui a linfadenectomia pélvica)</i>

Essa é a cirurgia de Wertheim-Meigs e inclui a retirada do útero, seus anexos e terço superior da vagina e, em algumas situações, a linfadenectomia pélvica, mas o código exclui a linfadenectomia. A omentectomia não está descrita na técnica e, portanto, não é excludente.

Histeroscopia

Os códigos seguintes são distintos e não excludentes entre si. O que é excludente é o código 31303030 – biópsia de endométrio com o código 40201155 – histeroscopia diagnóstica com biópsia porque já inclui a biópsia.

Código	Descrição
31303188	<i>Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias</i>
40201155	<i>Histeroscopia diagnóstica com biópsia</i>
31303030	<i>Biópsia de endométrio</i>
31303072	<i>Excisão de pólipo cervical</i>
31303137	<i>Metroplastia – Strassmann ou outra técnica</i>

Aspiração manual intrauterina (AMIU)

Código	Descrição
31303013	<i>Aspiração manual intrauterina (AMIU)</i>

AMIU é indicada como método opcional à curetagem uterina nos casos de abortamento incompleto em pacientes com idade gestacional até 12 semanas. Pode ser utilizada, também, no tratamento do abortamento no primeiro trimestre nas seguintes situações: abortamento retido, gestação anembrionada, abortamento inevitável ou em curso, abortamento infectado e para esvaziamento molar na doença trofoblástica gestacional.

Esse procedimento está contraindicado em gestações com volume uterino compatível com gestações acima de 12 semanas e quando a dilatação do orifício interno do colo for maior que 12 mm porque dificulta a formação do vácuo necessário.

Traquelectomia

Código	Descrição
31303153	Traquelectomia – amputação, conização (com ou sem cirurgia de alta frequência/CAF)

Tem indicação para lesões com classificação igual ou superior a NIC* II. Além dessas indicações, há as seguintes: citologia com lesão de alto grau persistente, com colposcopia insatisfatória ou biópsia negativa, NIC I persistente.

Classificação	Característica
NIC I	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau, displasia leve
NIC II	Maturação epitelial alterada com camadas desorganizadas; atipias nucleares em todas as camadas, principalmente nas profundas; cromatina grosseira; coilócitos menos frequentes; mitoses típicas e atípicas em várias camadas
NIC III	São semelhantes às NIC II, porém mais acentuadas. Perda da maturação e desorganização em todas as camadas do epitélio; coilócitos raros ou ausentes; mitoses atípicas podem ser observadas em todas as camadas

*NIC - Neoplasia Intraepitelial Cervical

Taxa de CAF

O procedimento traquelectomia prevê a utilização ou não de aparelho de alta frequência. Não será acatada a cobrança no intercâmbio nacional de taxa de CAF para traquelectomia.

Implante de dispositivo intrauterino hormonal sob sedação

Código	Descrição
31303293	Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal – inserção

A cobertura é específica para contracepção de acordo com o Rol.

Trata-se de procedimento ambulatorial/consultório definido pela ANS no Anexo I da Lei 9.656/98 atualizada pela RN vigente da ANS, portanto, sem cobertura obrigatória para sedação, internação mesmo em hospital-dia e taxa de centro cirúrgico. Não cabe a remuneração de diária para a realização do procedimento.

A sedação é procedimento em exceção e necessita de justificativa técnica para sua remuneração. Não há, até o momento, qualquer recomendação embasada na literatura para o uso sistemático de sedação ou mesmo para o uso anestésico local para a inserção de DIU.

Não cabe remuneração histeroscopia para implante de DIU.

Nos casos em que houver imperativo clínico ou estreitamento do colo uterino, pode ser autorizado o implante de DIU com sedação.

Retirada de dispositivo intrauterino

A retirada do DIU no Intercambio deverá ser remunerado pelos códigos 31303374 Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal - remoção ou 31303382 Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal - remoção. A retirada do DIU não faz parte da consulta médica, muitas vezes é necessário anestesia e eventualmente dilatação do colo uterino, que requer tempo, uso de material e assistência durante o ato.

Nos casos de fio invisível podem ser utilizados os códigos 31303374 Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal - remoção ou 31303382 Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal - remoção associado ao código 31303064 - Dilatação do colo uterino.

O procedimento 31303307 - Retirada de DIU por histeroscopia só poderá ser cobrado quando justificada tecnicamente sem código associado.

Reposicionamento de DIU por histeroscopia

A histeroscopia para reposicionamento de DIU em posição adversa, isto é, em deslocamento (segmento uterino inferior) ou penetração (uma parte das hastes horizontais ou vertical no miométrio) ou que apenas sua extremidade superior está acima do orifício interno do canal endocervical, é pertinente quando o DIU é reaproveitado.

Não é pertinente o reposicionamento por histeroscopia para DIU baixo, isto é, que está com sua extremidade superior ao nível ou abaixo do orifício interno do canal endocervical.

Quando realizada sua remuneração será feita no código de 40201155 - Histeroscopia diagnóstica.

Norma para entrega de DIU no Intercâmbio Nacional

É de responsabilidade da Unimed Executora a operacionalização da entrega do DIU e execução do procedimento de inserção.

Esterilização feminina

Autorizada de acordo com a DUT de número 11 da ANS.

Código	Descrição
31304010	<i>Cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubárica convencional)</i>
31304052	<i>Cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubárica laparoscópica)</i>

Cistos ovarianos

Código	Descrição
31305016	<i>Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral</i>
31305032	<i>Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral</i>

Cistos ovarianos com características de benignidade ao ultrassom: “funcionais” (foliculares, lúteo, hemorrágico etc.) com menos de 7 ou 8 cm de diâmetro em paciente no menacme podem ter conduta expectante ou inibir a ovulação por, pelo menos, 3 ciclos (pílula anticoncepcional).

Cistos com imagem heterogênea (sólido e líquido), com bridas e/ou septos presentes, merecem prosseguimento da propedêutica mesmo em pacientes no menacme.

Cistos complexos ou maiores que 5 cm em pacientes na pós-menopausa têm indicação de investigação cirúrgica. Cisto de ovário torcido justifica internação de emergência e intervenção cirúrgica. Nesse caso, o anatomopatológico comprobatório deve ser validado pela Auditoria Médica Hospitalar.

Enteroccele

Código	Descrição
31306020	Correção de enteroccele

Pode ser utilizada tela de Marlex (telas de polipropileno) para a correção.

Prolapso de cúpula vaginal

Código	Descrição
31307027	Cirurgia (via alta ou baixa) do prolapso de cúpula vaginal (fixação sacral ou no ligamento sacroespinhoso) - qualquer técnica

É recomendada a sua liberação para paciente já hysterectomizada. Entretanto, não no mesmo ato da hysterectomia, por ser parte integrante do procedimento hysterectomia vaginal.

Assistência ao trabalho de parto

Código	Descrição
31309038	Assistência ao trabalho de parto, por hora (até o limite de 6 horas). Não será pago se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Após a primeira hora, além da assistência, remunera-se o parto (via baixa ou cesariana)

De acordo com a codificação da TUSS, a assistência ao trabalho de parto será remunerada com essa codificação, desde que comprovada pelo partograma.

O partograma deve ser iniciado na fase ativa do trabalho de parto, que é caracterizada quando o colo está dilatado para 4 cm e há três contrações eficientes em 10 minutos. Não deve ser iniciado na fase latente do trabalho de parto. A auditoria desse código também pode ser feita observando a hora da internação e a hora do parto normal/cesariana, para ter certeza que a paciente realmente foi assistida pelo número de vezes cobrado.

Anestesista para assistência ao trabalho de parto

O anestesista também deve ter seu honorário calculado por hora, devendo ser comprovado o tempo total de permanência mediante relatório de anestesia para o procedimento (apenas pela auditoria da Unimed Executora, sem necessidade de envio de documentos ou relatórios nesse caso).

Parto normal ou cesariana com complementação

Código	Descrição
31309135	Parto múltiplo (cada um subsequente ao inicial)

Diante de gestação gemelar, esse código é remunerado tanto para parto normal quanto para cesariana.

Indução e assistência ao aborto e curetagem pós-abortamento

Código	Descrição
31309097	Maturação cervical para indução de abortamento ou de trabalho de parto
31309062	Curetagem pós-abortamento

A curetagem uterina (31309062) não é excludente com o código de maturação cervical, são procedimentos distintos. A maturação cervical é utilizada para realizar o apagamento e dilatação do colo, geralmente, com misoprostol. Em grande parte, o abortamento é completo, porém, nos casos em que ele é incompleto, faz-se necessária a curetagem uterina.

Apesar de no Rol e CBHPM ter porte anestésico 5, no código de maturação cervical (31309097), não se utiliza anestesia porque o comprimido de misoprostol é colocado no fundo de saco vaginal pelo obstetra, portanto, não cabe a remuneração do anestesista.

Translucência nucal

Código	Descrição
40901254	US - Obstétrica com translucência nucal

A autorização deve seguir a DUT da ANS.

Ultrassonografia obstétrica morfológica

Código	Descrição
40901262	US - Obstétrica morfológica

Recomenda-se a realização entre a 22ª e 24ª semanas de gestação.

Os códigos a seguir não são considerados excludentes:

Código	Descrição
40901300	US - Transvaginal (útero, ovário, anexos e vagina)
40901262	US - Obstétrica morfológica

A ultrassonografia transvaginal associada à morfológica é utilizada para avaliar a medição do colo uterino, o que pode ser feito, também, por via transabdominal, porém com menor acurácia. Essa me-

didada é útil na predição do trabalho de parto prematuro em pacientes que apresentam fatores de risco para parto prematuro. Os exames não são excludentes, no entanto, a transvaginal deve ser autorizada mediante justificativa do obstetra.

Critério para pagamento de ultrassonografias obstétricas

Não se justifica pagar o código de 40901297 – US Obstétrica 1º semestre (endovaginal) mais 40901270 – US Obstétrica Gestação múltipla cada feto antes de 10 semanas. Em caso de gemelaridade, antes de 10 semanas, deve ser pago apenas o código 40901297 (1X).

Após 10 semanas **em gestação gemelar** e quando for realizada a US Obstétrica com translucência nugal, deve ser pago 2 vezes o código 40901254.

Perfil biofísico fetal

Código	Descrição
40901505	Perfil biofísico fetal

O perfil biofísico fetal é constituído pela cardiotocografia anteparto e pela ultrassonografia. Na cardiotocografia, são analisadas a frequência cardíaca fetal basal, a reatividade da frequência cardíaca fetal aos movimentos fetais e à contratilidade uterina, demonstradas pelas acelerações transitórias e periódicas e a ausência de desacelerações. Eventualmente, utiliza-se o estímulo sonoro, nos casos de fetos não reativos à cardiotocografia basal. Na ultrassonografia, analisa-se os movimentos fetais, movimentos respiratórios fetais, tônus fetal e o índice de líquido amniótico ou o maior bolsão amniótico.

O exame está indicado em gestações de alto risco nos seguintes casos:

- Condições maternas: síndromes hipertensivas, diabetes tipo I, nefropatia crônica, doenças cardíacas cianóticas, hemoglobinopatias (SS, CC, talassemia S), lúpus, síndrome antifosfolípides, hipertireoidismo.
- Condições relacionadas à gestação: pré-eclâmpsia, diminuição de movimentos fetais, oligodrâmnio, polidrâmnio, crescimento intrauterino restrito, gestação prolongada, aloimunização RH, perda fetal anterior sem causa aparente, gestação múltiplas (crescimento discrepante) etc.

Coleta de material para colpocitologia oncótica

Código	Descrição
41301099	Coleta de material cérvico-vaginal

A coleta de colpocitologia oncótica deve ser remunerada em código próprio.

“Mulheres que nunca tiveram atividade sexual e que foram submetidas à histerectomia total por patologia benigna não estão sob risco para câncer de colo e, por isso, não há necessidade de rastreamento para esse grupo”.

Sugestão: de acordo com recomendações do Ministério da Saúde e INCA, o Papanicolau deve ser realizado até os 64 anos de idade, porém, caso haja presença de fatores de risco ou sintomas sugestivos de câncer de colo do útero, a coleta do exame fica justificada.

É pertinente o pagamento do exame de coleta de colpocitologia, além do valor da consulta.

Colposcopia

Código	Descrição
41301102	Colposcopia (cérvix uterina e vagina)

Consiste na observação do colo uterino por meio de um aparelho dotado de lentes de aumento e iluminação própria denominada colposcópio. É essencial na detecção de lesões precursoras e malignas de colo do útero e para orientar a biópsia.

Equipamento para colposcopia: colposcópio binocular com vários aumentos, sendo o menor de seis ampliações e filtro verde.

Indicações de colposcopia:

- Citologia suspeita ou positiva
- Suspeita clínica de câncer invasor
- Lesão por HPV (papiloma vírus humano), em qualquer região do trato geniturinário (TGU)
- Sinusorragia, pólipos, cervicites
- Teste de Schiller positivo
- Propedêutica de leucorreia recidivante
- Delimitação topográfica de lesões
- Terapêutica e acompanhamento de NIC (neoplasia intraepitelial cervical)
- Investigação de parceiras de homens com DST (doenças sexualmente transmissíveis)

O médico assistente deverá deixar registrada em prontuário a indicação do exame para avaliação da auditoria a qualquer tempo.

A segunda colposcopia ou as demais no ano (quatro no total) deverão vir acompanhadas de exames complementares e justificativa médica para a liberação do exame pelo auditor.

Quando solicitado pela paciente, o médico deve fornecer o laudo da colposcopia. Para paciente que realizar a primeira colposcopia com um determinado médico e vier a consultar outro médico, se ele não aceitar o laudo fornecido pelo primeiro médico, deverá justificar o motivo da não aceitação.

De acordo com a Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, a colposcopia não deve ser utilizada para a triagem de neoplasia intraepitelial cervical.

Vulvosopia

Código	Descrição
41301374	Vulvosopia (vulva ou períneo)

Não é um exame de triagem. É dirigido para anormalidades em exames citológicos cervicais, queixas locais, como prurido, dor, queimação ou qualquer lesão vulvar de etiologia não esclarecida. Deve ser registrado em laudo colposcópico e não está associado à colposcopia de vagina, cérvix uterino.

Vulvosopia e colposcopia

Não são considerados procedimentos excludentes.

Debulking

Debulking para câncer de ovário (convencional ou laparoscópico) - o debulking consiste na ressecção do câncer ovariano avançado (estádio =>II) da forma mais ampla possível. O debulking ou cirurgia redutora inclui histerectomia ampliada, com anexectomia bilateral, omentectomia, linfadenectomia retroperitoneal e pélvica. Inclui ainda biópsia e/ou lavado (peritônio diafragmático, goteiras parietocólicas direito e esquerdo, peritônio pélvico) e desperitonizações. Conforme necessidade e justificativa, pode ser adicionada a apendicectomia, além de ressecção de outros órgãos e/ou metástases hepáticas que não estão inclusas no procedimento principal, devendo ser comprovado a necessidade de realização mediante resultado de imagens no processo de autorização prévia e/ou transcrição do descritivo cirúrgico em contas médicas, caso não tenha havido a referida comprovação.

Pagamento para enfermeiro obstétrico ou obstetritz para o Plano Hospitalar com Obstetrícia

A remuneração do enfermeiro ou obstetritz será devida ao serviço, de acordo com a contratualização e modelo de contratação destes profissionais. Não há código específico e é incorreto, para esse fim a utilização do código 50001205.

O acompanhamento do trabalho de parto e parto pelo Enfermeiro obstetra e/ou obstetritz deverá ocorrer como parte do atendimento pela equipe multiprofissional, no atendimento a beneficiária, que tenha condições para parto de risco habitual, no âmbito exclusivamente hospitalar. Então, por força da Lei nº7.498/86 art 11 II, "g" :a assistência do Enfermeiro obstetra ou obstetritz à gestante, parturiente e puérpera somente poderá ser feita como integrante da equipe de saúde, não podendo ser realizada de forma privativa ou isolada e sempre sob a coordenação do médico.

HEMOTERAPIA

PROTOCOLO DE HEMOTERAPIA

Protocolo de Hemoterapia é regra para o Intercambio Nacional.

Medicina Transfusional

Atualizado conforme Portaria MS 158 de 4 de fevereiro de 2016

O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares e amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral.

Uma transfusão tem remuneração originada de 3 grupos da CBHPM:

- 1) Honorários médicos – Porte (responsabilidade sobre o ato)
- 2) Processamento (relacionado ao doador e ao produto até estar pronto para uso)
- 3) Procedimentos realizados (relacionados ao ato transfusional e ao receptor)

As solicitações para transfusão de sangue ou componentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico, que contenha informações suficientes para a correta indicação e identificação do receptor.

1. HONORÁRIOS MÉDICOS – PORTES

Como ato remunerado, pressupõe-se responsabilidades e cumprimento da legislação. O pedido de produtos hemoterápicos deve conter dados em conformidade com a Portaria 158/2016, Art. 169.

Código	Descrição
40401014	Transfusão (ato médico de responsabilidade ambulatorial ou hospitalar)

É remunerado ao médico assistente ou hemoterapeuta, em ambiente hospitalar ou ambulatorial, que se responsabiliza pela transfusão, por unidade transfusional recebida ou retirada.

Código	Descrição
40401022	Transfusão (ato médico de acompanhamento)

É remunerado por sessão somente a médico hemoterapeuta, quando ele acompanha todo o processo de transfusão (colocação, troca ou retirada), em ambiente hospitalar. Sendo abonado no Intercâmbio quando comprovado o acompanhamento mediante registro em prontuário, constatado pela auditoria.

Instruções Gerais do Rol UNIMED Item 23.6:

O porte atribuído ao ato médico transfusional refere-se à instalação do sangue e/ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão.

Cabe um porte para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou plasmaférese terapêutica manual).

Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 40401022 - Transfusão (ato médico de acompanhamento)

2. PROCESSAMENTO

O processamento envolve todos os passos desde a chegada do doador até o momento hipotético de termos a bolsa hemoterápica dentro da geladeira do Banco de Sangue, aguardando um receptor. Inclui ato de coleta, tipagem sanguínea (fenotipagem do doador), PAI - pesquisa de antígenos eritrocitários irregulares, pesquisa de hemoglobinopatias, fracionamento e armazenamento.

Todos estão inclusos nas codificações de processamento do sangue do doador.

2.1. Ato da coleta

Recrutamentos de doadores (cadastramento, entrevista, avaliação clínica e de hematócrito e hemoglobina, coleta, lanche).

2.2. Tipagem ABO e RHD

Determinação do grupo sanguíneo ABO e RH e subgrupos (Artigos 118, 119, 120, 121, 123 e 124 da RN 158/16).

Observação: existem muitas dezenas de sistemas no sangue, mas os de interesse transfusional padrão, temos no ABO-Rh como os mais imunogênicos. Ao avaliar subtipos A1, A2, CDE, e até Kell, temos um limite oportuno para quase todos os receptores que não são aloimunizados, ou estão em programas crônicos de transfusão ou, por outra razão, receberão temporariamente grande número de hemoterápicos. No entanto, não confundir, todos estão inclusos no processamento do sangue do doador. Receptor é outra coisa e não se cobra por bolsa.

2.3. PAI

Pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares: pesquisa de anticorpos hemolisantes, aglutinantes e sensibilizantes (Artigo 122 da RN 158/16). Todos estão inclusos no processamento do sangue do doador.

2.4. Pesquisa de hemoglobinopatias

Pelo menos, na primeira doação. Por exemplo, hemoglobina S e eletroforese para hemoglobinopatias. Todos estão inclusos no processamento do sangue do doador.

2.5. Fracionamento

Todos estão inclusos no processamento do sangue do doador.

Código	Descrição
40402045	Unidade de concentrado de hemácias
40402053	Unidade de concentrado de hemácias lavadas
40402150	Unidade de concentrado de granulócitos
40402070	Unidade de concentrado de plaquetas randômicas
40402088	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico
40402096	Unidade de plasma
40402100	Unidade de sangue total
40402169	Unidade de concentrado de plaquetas (dupla centrifugação)

40402037	<i>Sangria terapêutica</i>
40402061	<i>Unidade de concentrado de plaquetas por aférese</i>
40402118	<i>Deleucotização de unidade de concentrado de hemácias – por unidade</i>
40402126	<i>Deleucotização de unidade de concentrado de plaquetas – até 6 unidades</i>
40402142	<i>Deleucotização de unidade de concentrado de plaquetas – entre 7 e 12 unidades</i>
40402134	<i>Irradiação de componentes hemoterápicos</i>
40402029	<i>Material descartável (kit e soluções) plaquetaférese/plasmaférese</i>

3. PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Incluem codificações relacionadas ao ato transfusional e ao receptor, alguns a serem remuneradas por unidade transfundida.

3.1. Sorologias

Apesar de todos os exames sorológicos serem realizados na amostra do doador, por características da CBHPM/TUSS, eles foram transportados para procedimentos e remunerados por unidade de produto hemoterápico (bolsa) transfundido.

Doença	TUSS	Terminologias	Regramento
Hepatite B	40403467	<i>S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	<i>Autoriza-se dois códigos de sorologia simples para hepatite B e um NAT.</i>
	40403661	<i>S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	
	40403890	<i>NAT/HBV – por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	
	40404366	<i>NAT teste de ácido nucleico HIV/HCV/HBV</i>	
Hepatite C	40403262	<i>NAT/HCV por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	<i>Autoriza-se dois códigos, sendo obrigatoriamente um NAT.</i>
	40403483	<i>S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	
	40404366	<i>NAT teste de ácido nucleico HIV/HCV/HBV</i>	
HIV	40403505	<i>S. HIV EIE por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	<i>Há de ser autorizada a pesquisa de HIV ou HIV + antígeno p24, e tem que pesquisar HIV 1, 2 e O. Portanto, autoriza-se dois códigos, sendo obrigatoriamente um NAT ou p24.</i>
	40403289	<i>NAT/HIV por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem</i>	
	40307166	<i>HIV – antígeno P24 – pesquisa e/ou dosagem</i>	
	40404366	<i>NAT teste de ácido nucleico HIV/HCV/HBV</i>	

Chagas	40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	Deve ser detectada por EIE ou QLM (QLM=IFI).
	40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	Chagas HA é hematoaglutinação e está fora da RCD158/16. Autoriza-se <u>um código</u> .
	40403645	S. Chagas IFI por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	
Sífilis	40403548	S. Sífilis EIE por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	Autoriza-se <u>1 código</u> para pesquisa de anticorpos treponêmicos ou não treponêmicos.
	40403564	S. Sífilis FTA - ABS por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	
	40403580	S. Sífilis HA por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	
	40403602	S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	
HTLV I/II	40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II (determinação conjunta) por componente hemoterápico	Autoriza-se <u>1 código</u> .
Malária	40403521	S. Malária IFI por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem	Testar com um código apenas para áreas endêmicas, onde vivem os doadores.

3.2. Exames imuno-hematológicos no receptor, provas de compatibilidade e retipagem das bolsas

Todo o receptor deve fazer exames, mas não são feitos por unidade hemoterápica transfundida. O receptor deve fazer tipagem ABO e Rh uma vez. A pesquisa de PAI é indicada uma vez, e repetir se tiver antecedentes de transfusão (com células) ou gestação nos últimos 3 meses. O PAI no receptor deve ser realizado dentro dos 3 dias que antecedem a transfusão (para diminuir janela). Segue-se a mesma regra se as informações sobre antecedentes não forem garantidas. Se indica o PAI no receptor para transfusão de sangue total, concentrado de hemácias, granulócitos e plaquetas. Não se indica para transfusão de plasma ou CRIO. Esses exames não devem ser incluídos nos pacotes hemoterápicos.

Todo componente hemoterápico deve sofrer retipagem ABO Rh antes de ser transfundido. Para granulócitos, retipa a amostra do dia da doação. Não confundir essa tipagem ABO-Rh com a do doador (inclusa no processamento) ou do receptor (explicada acima). A retipagem de bolsa não faz parte do protocolo de hemoterapia e pode ser cobrada a parte quando solicitada para sangue total, concentrado de hemáceas e granulócitos.

As provas de compatibilidade pré-transfusional completas - 40403408 ou 40403416 - são realizadas por unidade hemoterápica com componentes celulares transfundidas, isso é, sangue total, concentrado de hemácias e de granulócitos, e podem ser incluídas nos pacotes hemoterápicos desses hemocomponentes. Essas provas não são realizadas quando plasma, plaquetas e crio.

A dosagem de transaminases no receptor não é obrigatória.

Alerta: há de se ter atenção se o Banco de Sangue não está incluindo nos pedidos exames de imunofenotipagens e painéis/titulações especiais para a bolsa. Lembrando que todos os exames estão incluídos no processamento para bolsa. Para o receptor, há de haver justificativa clínica que embasa, e reforçamos que não seria feito por bolsa.

3.3. Reserva de componentes hemoterápicos

Quando feitas reservas (por exemplo: cirurgias cardiovasculares, aneurismas, hemorragias digestivas etc.), a prova de compatibilidade pré-transfusional completa poderá ser cobrada nas unidades não efetivamente transfundidas, mediante registro dos números das bolsas no Formulário de Reserva.

Nenhuma outra codificação é remunerável, se não houver efetiva transfusão.

Para reserva de sangue, incidem os mesmos exames pré-transfusionais, a serem feitos no receptor e no componente a ser transfundido, seguindo Art 177 da Portaria 158/16, conforme abaixo:

- 1) Sangue total e Concentrado de hemácias - ABO+Rh, PAI e provas de compatibilidade NO RECEPTOR e retipagem ABO-Rh em cada bolsa.
- 2) Concentrado de plaquetas - não é necessário a retipagem do componente (acelular)
- 3) Plasma e CRIO, é necessário apenas o ABO+Rh do receptor
- 4) Para granulócitos, pelo tipo de transfusão, são necessários exames do doador e receptor (art 179)

3.4. Materiais descartáveis

Código	Descrição
89999932	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
89999916	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica

No processamento, não estão incluídos os valores de bolsa plástica utilizada por hemocomponente e os materiais descartáveis para aplicação e, portanto, podem ser cobrados como taxas.

Os kits de aférese têm codificação própria (4.04.02.02-9) e não são excludentes com as taxas supracitadas.

Conforme Portaria vigente, não é recomendada a utilização de filtros de desleucocitação em beira de leito (Artigo 91 - § 3 - RN 158/16), mas se cobrada, há de haver justificativa clínica do assistente e/ou do hemoterapeuta, esclarecendo a indicação objetiva e a motivação para não uso de produto previamente desleucocitado. Não se remunera os filtros de leucócitos à beira leito em caráter sistemático.

4. COMPONENTES SANGUÍNEOS

A bolsa de sangue total coletada, tecnicamente satisfatória, poderá ser processada para a obtenção de um ou mais dos seguintes componentes:

- I - Eritrocitários
- II - Plasmáticos
- III - Plaquetários

4.1. Concentrados de hemácias

São os eritrócitos que permanecem na bolsa depois que ela é centrifugada e o plasma extraído para uma bolsa-satélite.

4.2. Concentrados de hemácias lavadas

São obtidos após lavagens com solução compatível estéril em quantidade suficiente (1 a 3 litros), de modo que a sua quantidade final de proteínas totais seja inferior a 500 mg/unidade, devendo a temperatura de armazenamento ser de $4 \pm 2^{\circ}\text{C}$. São indicações de concentrado de hemácias lavadas: após a ocorrência de uma ou mais reações alérgicas severas (anafilaxia) em transfusões de hemocomponentes anteriores, ou em pacientes com sensibilidade às proteínas plasmáticas, como na deficiência de IgA (documentação da presença de anticorpos anti-IgA).

4.3. Concentrados de hemácias desleucocitados

São concentrados de hemácias contendo menos que $5,0 \times 10^6$ leucócitos por unidade. A lavagem de hemácias não atinge esse objetivo, não sendo, recomendada para leucodepleção. São indicações de componentes desleucocitados:

I. Prevenção de reação febril não hemolítica recorrente documentada;

II. Prevenção ou retardo da aloimunização e refratariedade plaquetária em pacientes selecionados, requerendo transfusão de repetição, cronicamente como, por exemplo, portadores de talassemia e doença falciforme.

III. Prevenção de transmissão de citomegalovírus em substituição a componentes soronegativos para CMV, tais como: gestante CMV soronegativa; recém-nascidos; candidatos a transplante de órgãos sólidos; pacientes CMV soronegativos submetidos a transplante de medula óssea ou portadores de imunodeficiência ou submetidos a esplenectomia; transfusão intrauterina e exsanguineotransfusão.

A prescrição de hemocomponentes desleucocitados, confirmada a realização por meio do cartão de transfusão, exclui o uso/pagamento de filtro de leucócitos. Uma vez cobrado o filtro de leucócitos, não cabe a remuneração da taxa de desleucotização e vice-versa. Conforme RN 158/16:

§ 3º Não é recomendada a utilização de filtros de **desleucocitação em beira de leito (Artigo 91 - § 3 - RN 158/16)**.

Hemocomponentes obtidos por aférese, também já são desleucotizados pelo próprio processo, logo, não cabe a solicitação do processo de desleucotização, nem de filtros de leucócitos.

4.4. Concentrados de hemácias irradiadas

Irradiar significa inativar os linfócitos T viáveis para reduzir o risco de doença do enxerto contra o hospedeiro associada à transfusão. Quando linfócitos T maduros, histocompatíveis e viáveis são transplantados a um organismo incapaz de reconhecê-los como estranhos, eles são diretamente estimulados pelas proteínas HLA do hospedeiro e ocorre a ativação, replicação e ação desses linfócitos contra o próprio hospedeiro, conhecida como DECH - Doença do enxerto contra o hospedeiro ou GVHD - Graft-Versus-Host Disease.

São indicações de componentes irradiados:

- Receptores de transplante de medula óssea em uso de terapia imunossupressora
- Paciente com imunodeficiência congênita grave
- Recém-nascidos de baixo peso (inferior a 1.200g) e/ou prematuros (inferior a 28 semanas)
- Transfusão intrauterina
- Pacientes com tumores sólidos que tenham imunossupressão causada por quimioterapia e/ou irradiação
- Receptores de sangue forem em transfusões dirigidas de parentes em primeiro grau

4.5. Crioprecitado

É a fração de plasma insolúvel em frio, obtida a partir do plasma fresco congelado, contendo glicoproteínas de alto peso molecular, principalmente fator VIII, fator de Von Willebrand, fator XIII e

fibrinogênio. Ele pode ser indicado a portadores de deficiência de fibrinogênio (quantitativa ou qualitativa) e na deficiência de fator XIII, quando o fator purificado não estiver disponível.

4.6. Concentrados de plaquetas (CP)

São obtidos por meio do sangue total: método de dupla centrifugação ou randômicas e concentrado de plaquetas obtido por aférese.

Os CP desleucocitados são obtidos pela remoção de leucócitos por meio de filtros para esse fim ou por meio de equipamento de aférese. Seguem os mesmos critérios para indicação de desleucotização do concentrado de hemácias.

Os CP obtidos por aférese já se caracterizam por uma baixa contaminação leucocitária (desleucotizadas), portanto, os CP desleucocitados são obtidos pela remoção de leucócitos por meio de filtros para esse fim ou de equipamento de aférese.

Na transfusão de concentrados de plaquetas randômicas ou dupla centrifugação, cada unidade de plaquetas é retirada de uma unidade de sangue total e são necessárias múltiplas unidades de plaquetas na solicitação (geralmente, 1 unidade para cada 10 kg de peso corporal do adulto). Ex.: solicita-se 7 unidades de plaquetas randômicas EV.

Nesse caso, serão cobradas as sorologias por componente hemoterápico (bolsa) referentes a uma unidade de plaquetas por dupla centrifugação ou plaquetas randômicas.

O concentrado de plaquetas obtido por aférese, um único doador, corresponde em média de 6 a 10 unidades de plaquetas randômicas. Na solicitação de plaquetas obtidas por aférese, somente uma unidade é suficiente para reposição de plaquetas em um adulto. O uso de mais de uma unidade por dia ou uso sequencial de CP por aférese requer justificativa pelo hematologista em prontuário médico ou quando solicitado pela auditoria. Serão cobradas as sorologias referentes a uma unidade de componente hemoterápico para cada unidade de CP por aférese transfundida.

Existe um código específico para materiais no processo de aférese (4.04.02.02-9 – *Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese*). Foi deliberado que o kit para aférese não contempla a bolsa plástica e o material descartável para a transfusão (taxas 80043925 e 80043909).

CP irradiados seguem as mesmas indicações do concentrado de hemácias irradiadas.

4.7. Concentrados de granulócitos (CG)

São suspensões de granulócitos em plasma obtidas por aférese de doador único. A indicação terapêutica do CG restringe-se a pacientes gravemente neutropênicos com infecção comprovada, refratários à terapêutica antimicrobiana adequada.

4.8. Componentes por aférese

Processo de separação por centrifugação dos diversos elementos do sangue colhido de doadores selecionados. O sangue é separado em glóbulos, plaquetas e plasma.

São indicações de componentes por aférese:

- I. Pode ser utilizado como alternativa para evitar a transmissão de Citomegalovírus (CMV) em substituição a componentes soronegativos para CMV.
- II. Utilizado em pacientes que possuam antecedentes de reação febril não hemolítica ou quando estiver indicada a profilaxia da aloimunização a antígenos leucocitários.
- III. Coleta de células-tronco periféricas para transplante de medula óssea (TMO) autólogo ou alogênico.

5. NAT Test

Código	Descrição
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem
40403890	NAT/HBV - por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem
40404366	NAT teste de ácido nucleico HIV/HCV/HBV
40307166	HIV - antígeno p24 - pesquisa e/ou dosagem

A Portaria MS 158, de 4 de fevereiro de 2016, relativa à hemoterapia incluiu o NAT para HBV (código 40403890 - NAT/HBV - por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem).

Conforme a mesma portaria, o código 40307166 - HIV - antígeno p24 - pesquisa e/ou dosagem pode ser realizado em substituição ao código 40403289 - NAT/HIV por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem.

Os protocolos de mini-pools são equivalentes aos protocolos de testes de amostras individuais. Então, no Intercâmbio Nacional, não será remunerada amostra individual (kit individual).

Referências Bibliográficas:

- Portaria MS 158 de 4 de fevereiro de 2016 - Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos
- Rol de Procedimentos Unimed do Brasil 2020.01

6. AFÉRESES TERAPÊUTICAS

Nos casos de plasmaférese terapêutica, o líquido de reposição escolhido será a solução de albumina de 3 a 5%, na maioria das patologias, reservando-se o uso de plasma fresco congelado nos casos de Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) e nas coagulopatias.

A quantidade de produto utilizado na reposição será definida pelo médico que conduzirá o procedimento, conforme volemia processada e outros parâmetros de utilização do equipamento separador.

Nos casos de leucaférese e trombocitaférese, o líquido de reposição será soro fisiológico 0,9%. Nos casos de eritrocitaférese, a substituição será feita com concentrados de hemácias.

7. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO E ALOGÊNICO

Código	Descrição
40403033	Aplicação de medula óssea ou células-tronco

Dependendo do tipo de transplante, a autorização desse procedimento implica na realização ou não dos códigos:

Código	Descrição
40403726	TMO - congelamento de medula óssea ou células-tronco periféricas
40403734	TMO - cultura de linfócitos doador e receptor
40403742	TMO - descongelamento de medula óssea ou células-tronco
40403750	TMO - determinação de HLA transplantes de medula óssea loci DR e DQ (alta resolução)

40403769	<i>TMO – determinação de HLA para transplantes de medula óssea loci A e B</i>
40403777	<i>TMO – determinação de HLA para transplantes de medula óssea – loci DR e DQ (baixa resolução)</i>
40403785	<i>TMO – determinação de unidades formadoras de colônias</i>
40403793	<i>TMO – determinação de viabilidade de medula óssea</i>
40403807	<i>TMO – manutenção de congelamento de medula óssea ou células-tronco (até 2 anos)</i>
40403815	<i>TMO – preparo de medula óssea ou células-tronco periféricas para congelamento</i>
40403823	<i>TMO – preparo e filtração de medula óssea ou células tronco na coleta</i>
40403831	<i>TMO – tratamento “in vitro” de medula óssea ou células-tronco por anticorpos monoclonais (purging)(4)</i>
40404013	<i>TMO – prova cruzada para histocompatibilidade de transplante de medula óssea</i>
40404072	<i>Coleta de linfócitos de sangue periférico por aférese para tratamento de recidivas pós TCTH alogênico</i>
40404080	<i>Controle microbiológico da medula óssea no TCTH alogênico</i>
40404099	<i>Controle microbiológico das células-tronco periféricas no TCTH alogênico</i>
40404102	<i>Depleção de plasma em TCTH alogênicos com incompatibilidade ABO menor</i>
40404170	<i>Quantificação de CD14 da coleta de células-tronco periféricas para TCTH alogênico</i>
40404188	<i>Quantificação de CD19 da coleta de células-tronco periféricas para TCTH alogênico</i>
40404196	<i>Quantificação de CD3 da coleta de células-tronco periféricas para TCTH alogênico</i>
40404200	<i>Quantificação de CD3 da coleta de linfócitos para tratamento de recidivas pós TCTH alogênico</i>
40404218	<i>Quantificação de CD4 da coleta de células-tronco periféricas para TCTH alogênico</i>
40404226	<i>Quantificação de CD8 da coleta de células-tronco periféricas para TCTH alogênico</i>
40404234	<i>Quantificação de leucócitos totais da coleta de células-tronco periféricas para TCTH alogênico</i>
40404242	<i>Quantificação de leucócitos totais da medula óssea no TCTH alogênico</i>
40404250	<i>Sedimentação de hemácias em TCTH alogênicos com incompatibilidade ABO maior</i>
40404269	<i>Viabilidade celular dos linfócitos periféricos por citometria de fluxo para tratamento das recidivas pós TCTH alogênico</i>

TMO: transplante de medula óssea

TCTH: transplante de células-tronco hematopoiéticas

HLA: human leukocyte antigen (antígeno leucocitário humano)

CD: cluster of differentiation (grupamento de diferenciação)

IMUNOLOGIA

Imunoterapia alérgeno-específica

Código	Descrição
20104146	Imunoterapia inespecífica - 30 dias - planejamento técnico
20104138	Imunoterapia específica - 30 dias - planejamento técnico

A imunoterapia consiste na administração de alérgenos em doses crescentes, com o objetivo de dessensibilizar os pacientes alérgicos ou de prevenir os sintomas decorrentes da exposição natural a esses alérgenos por meio da modulação da resposta imunológica. Tem efeito preventivo no desenvolvimento de novas sensibilizações alérgicas, além de prevenir a progressão de rinoconjuntivite alérgica para asma. Ela é dita específica quando realizada para o alérgeno positivo no teste cutâneo de leitura imediata e inespecífica quando não tem essa especificidade. Esses procedimentos são excludentes.

A imunoterapia é realizada de 3 a 5 anos e se constitui de uma indução (doses crescentes do alérgeno divididas por fases e manutenção (fase M). É reembolsada a cada troca de fase.

Os extratos de alérgenos para imunoterapia não são comercializados em farmácia e o acesso ao tratamento é direto com o especialista.

Atualmente, não existe indicação de imunoterapia para alergia a alimentos e para os quadros de alergia por contato.

Não há cobertura pelo Rol de procedimentos da ANS para os extratos alergênicos, por serem considerados insumos dos procedimentos acima.

Testes cutâneos de contato (patch tests)

Código	Descrição
41401646	Testes cutâneos de contato (patch tests)

Definida a sua remoção dos procedimentos cobertos.

Os testes de contato cobertos atualmente pelo Rol da ANS são:

Código	Descrição
41401425	Testes de contato - até 30 substâncias
41401433	Testes de contato - por substância, acima de 30
41401441	Testes de contato por fotossensibilização - até 30 substâncias
41401450	Testes de contato por fotossensibilização - por substância, acima de 30
41401751	Teste de contato - bateria cosméticos
41401760	Teste de contato - bateria regional
41401778	Teste de contato - bateria capilar
41401786	Teste de contato - bateria unhas
41401794	Teste de contato - bateria medicamentos/corticoides
41401808	Teste de contato - bateria agentes ocupacionais

MASTOLOGIA

Mamas

Para a avaliação dos procedimentos de mastologia, é necessária a apresentação de relatório médico (com descrição das lesões a serem abordadas), dos laudos de exames de imagem (mamografia/ultrassom) e do citopatológico/anatomopatológico. Se for uma abordagem oncológica, devem ser apresentados os três exames ou esclarecimentos para ausência de algum.

Nódulo de mama é toda tumoração presente na glândula mamária, podendo apresentar conteúdo cístico e/ou sólido. A grande maioria é benigna. As principais lesões palpáveis são:

Fibroadenoma: são as lesões benignas mais frequentes. Estima-se que apareçam em até 30% das mulheres, geralmente no período da puberdade. São tumores firmes, elásticos, apresentando bordas regulares e lisas. Possuem crescimento lento e atingem, em média, de 2 a 3 cm. Apresentam bilateralidade em 10% das vezes e são múltiplos em 10-15% dos casos. Não apresentam alteração cutânea e linfadenomegalia reacional. Podem alterar o tamanho conforme a fase do ciclo menstrual, em geral, aumentam na gestação e amamentação, e envolvem na menopausa.

Tumor phyllodes: possuem as características clínicas do fibroadenoma, porém as dimensões são superiores e apresentam um crescimento rápido. São lesões raras (0,5% dos casos) e ocorrem geralmente após os 35 anos.

Fibroadenoma juvenil: mesmo quadro clínico do tumor phyllodes, porém acometem a mulher logo após a menarca.

Cistos: apresentam-se como nódulos amolecidos, de bordas lisas e bem definidas. Podem ser divididos em cistos simples (apenas conteúdo líquido) ou complexos (presença de componente sólido no interior). Provocam dor quando crescem rapidamente.

Neoplasias malignas: são bastante raras em mulheres abaixo dos 30 anos e a incidência aumenta proporcionalmente à idade. No exame físico, encontra-se um nódulo endurecido, com limites indefinidos e aderido às estruturas adjacentes. Podem se encontrar fatores associados: alteração cutânea, fluxo papilar suspeito, linfadenomegalia axilar e supraclavicular.

A história clínica, idealmente, deveria conter idade, status hormonal, fatores associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular), utilização de medicamentos (anticoncepcionais, terapia hormonal) e fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama.

A propedêutica mamária frente à descoberta de um nódulo de mama se baseia em três pilares: exame clínico, radiológico e cito/anatomopatológico.

Em nódulos palpáveis, a ultrassonografia tem-se mostrado um método mais eficaz quando comparada com a mamografia, apesar de não ter indicação no rastreamento. A realização da mamografia tem importância no rastreamento de outras lesões e pode ser diagnóstica em alguns tipos de lesão, como lipoma e fibroadenoma calcificado. A ressonância magnética tem alta sensibilidade, porém uma especificidade reduzida. Geralmente, não faz parte da propedêutica, mas ser empregada em situações especiais.

A punção biópsia (agulha fina ou grossa) do nódulo é de importância fundamental no tripé diagnóstico. Em caso de lesões não palpáveis ou de difícil palpação, pode ser orientada por método de imagem, de preferência, pela ultrassonografia, por apresentar mais facilidade, maior precisão e menor custo.

A retirada de material com agulha fina para avaliação citológica pode ser realizada em ambiente ambulatorial, com ou sem anestesia local, e é padrão-ouro na diferenciação de lesões sólidas e císticas, sendo curativa no segundo caso. Apesar de ser um método considerado simples, necessita de boa experiência do executor e do avaliador (citopatologista) para alcançar índices satisfatórios de sensibilidade e especificidade.

A biópsia percutânea com agulha grossa (core) é um método mais invasivo que o anterior, porém a retirada de fragmentos do nódulo acarreta uma especificidade maior, além de, nos casos de lesões

neoplásicas, fornecer material para estudo imunoistoquímico. Geralmente, acontece em centro cirúrgico, com sedação e anestesia local.

As pacientes com triplo teste (avaliação clínica, imagem e biópsia) normal têm pouquíssimo risco de achados malignos. As menores que 30 anos apresentam pouco risco de câncer mamário, portanto, a biópsia pode ser evitada se o exame clínico e de imagem estiverem normais.

A biópsia cirúrgica incisional (retira parte da lesão) deve ser sempre evitada. A excisional (retira do nódulo de mama) pode ser realizada em alguns casos de baixo risco para câncer, pois é, ao mesmo tempo, diagnóstica e curativa. Nesses casos, a paciente deve ser informada do risco teórico de carcinoma.

Os tratamentos das principais nodulações benignas podem ser vistos abaixo:

Cistos: cistos simples não palpáveis, diagnosticados apenas em ultrassonografia, não devem ser abordados ou acompanhados e a paciente deve ser tranquilizada. Nos cistos palpáveis, a punção com agulha fina, além de ser diagnóstica, torna-se terapêutica. A citologia tem pouca validade, porém pode ser solicitada em casos duvidosos sobre a presença de hemácias. O controle deve ser feito em 6 meses. A exérese cirúrgica está indicada em casos de conteúdo hemático ou cistos com conteúdo sólido. Os cistos com conteúdo espesso, septos finos ou microcistos agrupados têm pouco risco de malignidade e podem ser acompanhados clinicamente.

Nódulos benignos: todos os nódulos com imagem suspeita devem ser submetidos à biópsia percutânea, independentemente da idade. A necessidade de cirurgia deve ser determinada de acordo com o resultado da biópsia. As pacientes com fibroadenomas não necessitam obrigatoriamente de cirurgia. Nesses casos, essa indicação depende do desejo da paciente e, normalmente, acontece em lesões que causem deformidade. O procedimento cirúrgico deve visar somente a enucleação da lesão, sem necessidade de margens. Já os tumores phyllodes e os fibroadenomas juvenis devem ser excisados. Existe controvérsia sobre a necessidade de margem no primeiro caso, porém as revisões mais recentes advogam que isso não é necessário.

Para as lesões com maior grau de suspeição de câncer, as abordagens são mais agressivas.

Ressecção dos ductos principais

Código	Descrição
30602300	Ressecção dos ductos principais da mama – unilateral

Indicado para tratamento em derrame sanguíneo, derrame com qualquer característica volumoso, lesão papilomatosa e excisão de lesão suspeita retroareolar.

Exérese de nódulo de mama

Código	Descrição
30602092	Exérese de nódulo

Utilizada para retirada de nódulos palpáveis. Seria indicada para enucleação de lesões com forte suspeita de benignidade. Se confirmada malignidade, pode ser complementada por outro ato cirúrgico.

Quadrantectomia

Código	Descrição
30602203	<i>Quadrantectomia – ressecção segmentar</i>

É a codificação indicada para remunerar as ressecções de quadrante. Remunerável em quantidade máxima de 1 por mama no mesmo ato. É a tradicional para tratamento de lesão palpável e suspeita de malignidade (clínica-imagem-biópsia). Também pode ser utilizada para remunerar ampliação de margens.

Quadrantectomia + linfadenectomia axilar

Código	Descrição
30602203	<i>Quadrantectomia – ressecção segmentar</i>
30602130	<i>Linfadenectomia axilar</i>
30602190	<i>Quadrantectomia e linfadenectomia axilar</i>

Quando ocorrer solicitação concomitante de 30602203 – *Quadrantectomia – ressecção segmentar* e 30602130 – *Linfadenectomia axilar* na mesma mama, deverá ser liberado o código 30602190 – *Quadrantectomia e linfadenectomia axilar*, independentemente de vias de acesso diferentes.

Ressecções mamárias guiadas

Quando a lesão de mama não é palpável e/ou quando se programa a retirada mais econômica dos gânglios axilares, visando ser o mais objetiva possível os linfonodos sentinelas, existem alternativas guiadas.

Para mama, ainda se usam marcadores metálicos, colocados previamente à cirurgia geralmente por USG e identificados na cirurgia com auxílio de intensificador de imagem.

Outra técnica, mais comum, usa marcação da lesão com corante azul patente, que também serve para identificar o início da cadeia linfonodal axilar, permitindo linfadenectomias mais econômicas, porém mais efetivas para os linfonodos axilares.

A retirada de gânglios deve ser, preferencialmente, acompanhada de análise anatomopatológica intraoperatória (se possível), o que permite tomar a decisão de interromper a cirurgia linfonodal (se negativo), ou continuar com a linfadenectomia axilar. A análise intraoperatória evita uma eventual cirurgia em segundo tempo.

Com o sucesso do azul patente, foi criada uma alternativa com marcadores radioativos. Segundo o especialista, a identificação por meio de material radioativo alcança 97% de chance de acerto e, por corante azul patente, 96%. Com a utilização dos dois métodos combinados, essa porcentagem sobe para 98%, o que tem sido mais empregado nas principais instituições de saúde do mundo.

Uma lesão de mama pode não ser palpável, e não há linfadenomegalia, e programa-se a ressecção da lesão não palpável e a biópsia do(s) gânglios sentinelas. Conforme a técnica de marcação e de detecção, podemos ter as técnicas de ROLL e/ou SNOLL.

Uma lesão da mama pode ser palpável, mas a localização dos gânglios sentinelas não seria, por isso, quando formos utilizar uma técnica radioguiada dos gânglios sentinelas, teremos apenas o SNOLL.

ROLL

É uma técnica para tratamento de lesões de mama não palpáveis. A proposta consiste na injeção intratumoral ou peritumoral de 0,2 ml de macroagregado de albumina marcado com tecnécio-99m (99mTc-MAA), geralmente orientada por ultrassonografia ou mamografia, e frequentemente com azul patente. Essa aplicação costuma ocorrer no dia anterior à cirurgia.

Essa fase de marcação, conforme a técnica, é remunerada por:

Radiologia	
Código	Descrição
40808190	<i>Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por estereotaxia (não inclui exame de imagem)</i>
40808203	<i>Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por US (não inclui exame de imagem)</i>
40808211	<i>Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por RM (não inclui exame de imagem)</i>

Se durante o exame de marcação houver participação de especialista em medicina nuclear, remunera-se ele também.

Código	Descrição
40708071	<i>Demarcação radioisotópica de lesões tumorais</i>

Na cirurgia propriamente dita, se a marcação envolveu material radioativo, utiliza-se um detector de radiação gama (gamma probe) para localização intraoperatória da lesão de mama, permitindo uma exérese econômica e certa da lesão suspeita. A ressecção da lesão da mama radioguiada é remunerada pela codificação 30602076.

Código	Descrição
40708080	<i>Detecção intraoperatória radioguiada de lesões tumorais</i>
30602076	<i>Exérese de lesão de mama por marcação estereotáxica ou ROLL</i>

O ato de detectar o sinal radioativo por meio do gamma probe não exige a participação do especialista em medicina nuclear. Usar o gamma probe (codificação 40708080) é excludente à cobrança de taxa ou aluguel de uso do aparelho.

Se a cirurgia prossegue com a detecção e ressecção radioguiada dos linfonodos sentinelas, temos a técnica SNOLL (que já inclui o ROLL), e se remunerará adicionalmente:

Código	Descrição
40708098	<i>Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela</i>
30602289	<i>Ressecção do linfonodo sentinela/torácica lateral</i>
30602297	<i>Ressecção do linfonodo sentinela/torácica medial</i>

Mais uma vez, sinalizamos que a cobrança de 40708098 também é excludente à cobrança da taxa de uso do aparelho do gamma probe, o qual é negociado, mas remunerado por cirurgia.

Se durante o ato cirúrgico o resultado anatomopatológico por congelação confirmar o acometimento do(s) gânglio(s) sentinela(s), será feita a linfadenectomia, devendo ser remunerado adicionalmente:

Código	Descrição
30602130	<i>Linfadenectomia axilar</i>

Nesse cenário acima expresso, foi feito SNOLL (ROLL + BLS radioguiado), podendo ser estendido para linfadenectomia axilar. Para fins de remuneração, aplica-se redução de vias de acesso para ROLL e BLS radioguiado, e é fundamental identificar que foram usados material radioativo e leitor de material radioativo.

BLS (Biopsy Linfonodal Sentinel)

ROLL (Radioguided Occult Lesion Localization)

SNOLL (Sentinel Node **and** Occult Lesion Localization)

Ressecções isoladas radioguiadas dos linfonodos sentinelas

Uma lesão mamária pode ser palpável, mas decide-se fazer apenas a BLS radioguiada. Então, teríamos apenas partes das codificações discutidas em SNOLL.

A lesão mamária, mesmo palpável, pode ser marcada, para que o material radioativo flua para marcar os gânglios sentinelas. A cirurgia da mama deve ser remunerada por técnica convencional, já que a lesão é palpável e não justificam codificações radioguiadas. Outra opção de marcação, seria a linfocintilografia, a qual demarcará a rede linfática.

Conforme a técnica de marcação, remunerar uma das possibilidades.

Código	Descrição
40808190	<i>Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por estereotaxia (não inclui exame de imagem)</i>
40808203	<i>Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por US (não inclui exame de imagem)</i>
40808211	<i>Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por RM (não inclui exame de imagem)</i>
40708101	<i>Linfocintilografia</i>

Se durante o exame de marcação houver participação de especialista em medicina nuclear, remunera-se ele também.

Código	Descrição
40708071	<i>Demarcação radioisotópica de lesões tumorais</i>

Para a cirurgia, segue-se:

Código	Descrição
40708098	<i>Deteção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela</i>
30602289	<i>Ressecção do linfonodo sentinela/torácica lateral</i>
30602297	<i>Ressecção do linfonodo sentinela/torácica medial</i>

Observação: 40708098 é excludente à taxa de uso do gamma probe.

Em caso de linfonodo sentinela positivo para metástase, em exame de congelação, o médico cooperado deverá realizar a linfadenectomia axilar. O código que deverá ser liberado é:

Código	Descrição
30602130	<i>Linfadenectomia axilar</i>

Mastectomias radicais

Código	Descrição
30602149	<i>Mastectomia radical ou radical modificada – qualquer técnica</i>
30602130	<i>Linfadenectomia axilar</i>

A linfadenectomia axilar é parte integrante do procedimento radical, não devendo ser contemplada a sua remuneração.

Lesões traumáticas e tumores

Conforme definição do Rol da ANS, os procedimentos a seguir só têm cobertura em caso de lesões traumáticas e tumores:

Código	Descrição
30602173	<i>Mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral</i>
30602211	<i>Reconstrução da placa areolomamilar – unilateral</i>
30602238	<i>Reconstrução mamária com retalho muscular ou miocutâneo – unilateral</i>
30602246	<i>Reconstrução mamária com retalhos cutâneos regionais</i>
30602254	<i>Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia</i>
30602262	<i>Reconstrução da mama com prótese e/ou expensor</i>
30602327	<i>Substituição de prótese</i>

A codificação 30602173 refere-se à simetrização da mama oposta com a mama operada, o que normalmente é feita por mastoplastia reducional simetrizadora, entretanto não é incomum a solicitação de prótese também para essa mama oposta. Recomenda-se perícia médica e solicitação de relatório médico detalhado, questionando se é mesmo oportuna e necessária a prótese para a mama oposta.

Observação: todas essas codificações não são aplicáveis para mamoplastia pós-cirurgia bariátrica, mamoplastia por hipertrofia mamária ou para troca de prótese estética, não previstas em lei (segue mais abaixo).

Hipertrofia mamária e gigantomastia

Código	Descrição
30602122	<i>Correção da hipertrofia mamária – unilateral</i>

Não consta no Rol de coberturas obrigatórias da RN vigente da ANS, conforme ratificado por parecer da ANS: “o procedimento mamoplastia redutora não estética (correção de hipertrofia mamária) é indicado para a redução de mama no controle da dor e na melhora da postura, não possui cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde”.

Esse entendimento se estende para correção estética, como tratamento complementar pós-bariátrica e para hipertrofia mamária ou gigantomastia.

Cobertura para substituição de próteses mamárias

De acordo com a ANS (Súmula 22/2012 e seus anexos), a troca de próteses estéticas com sinais de ruptura só possui cobertura se forem da marca PIP ou Rofil.

Todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os da Saúde Suplementar, que possuírem implante mamário de silicone das marcas PIP ou Rofil e apresentarem sinal ou confirmação de ruptura da(s) prótese(s) deverão ser acolhidos pela rede de assistência pública ou conveniada ao SUS, como também pela saúde suplementar para o diagnóstico da situação do implante e das condições de saúde do paciente. Portadores de implantes mamários cuja fabricante é por eles desconhecida ou que não possuírem mais o cartão que identifica a prótese utilizada deverão procurar o médico que os operou para as devidas informações. Na impossibilidade de localização do profissional que realizou a cirurgia, o paciente deverá dirigir-se ao hospital onde foi feito o procedimento e solicitar as informações que constam do prontuário médico (disponível aos pacientes por até 20 anos).

Uma vez identificada a procedência da prótese, e se for das marcas PIP ou Rofil, o paciente deverá procurar o estabelecimento público de saúde ou a rede de saúde suplementar onde o implante foi realizado.

Ginecomastia

Código	Descrição
30602114	<i>Ginecomastia unilateral</i>

Ginecomastia se diferencia de lipomastia pela presença de glândula mamária. Há cobertura de cirurgia para ginecomastia, sendo a glândula documentável por exame de USG. Não há cobertura para cirurgia de lipomastia, por se tratar de evento estético, incluso no contexto de hipertrofia mamária.

A diferenciação não exige perícia médica, pois basta análise da USG.

Mamografia digital

Código	Descrição
40808041	<i>Mamografia digital bilateral</i>

Apesar da DUT, ficou definida a retirada da obrigatoriedade de contemplação da DUT, sendo, portanto, autorizável para qualquer idade, não cabendo glosas no AJIUS.

Mamografia com Manobra de Eklund

Não é pertinente o pagamento de incidências adicionais e outras manobras.

Ressonância magnética de mama

Código	Descrição
41101480	RM - Mama (bilateral)

De acordo com documento da Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências para a RM de mama – rastreamento do câncer de mama, deve ser restrita a pacientes portadoras de mutações BRCA 1 e 2 e TP53 ou com história familiar de alto risco para câncer de mama (recomendação de Grau 1B). Não há evidências sólidas que sustentem o emprego da RM de mama para delimitação pré-cirúrgica do câncer de mama (recomendação de Grau 1C).

Referências:

Frasson A, Novita G, Millen E, Zerwes F et al. *Doenças da Mama - Guia de Bolso Baseado em Evidências - 2ª. Edição*. Editora Atheneu. ISBN 978-85-388-0785-8

MEDICINA NUCLEAR

Instruções

O radiofármaco valorizado pela unidade de radiofármaco (UR) é essencial para a realização de qualquer procedimento de medicina nuclear. Em nenhuma hipótese, ele deve ser confundido com materiais e medicamentos. Em todas as tabelas, a unidade de radiofármaco constitui um item separado. Ressalta-se que a lista de UR encontrada no Brasíndice é uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN) e é utilizada como referência para o ressarcimento dos insumos radioativos.

Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico

Código	Descrição
40701140	<i>Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico</i>

Esse procedimento inclui os códigos abaixo:

Código	Descrição
40101045	<i>Teste ergométrico convencional – 3 ou mais derivações simultâneas ou</i>
40101037	<i>Teste ergométrico computadorizado</i>

Cintilografia associada ao teste ergométrico:

- O ECG já faz parte do exame seja antes ou após. Sem remuneração adicional
- Na Cintilografia de Miocárdio Perfusão - repouso e estresse, está incluso o Teste Ergométrico, que não deve ser remunerado.

Cintilografia associada à adenosina:

- O stress é físico OU farmacológico. Há risco de morte súbita.

Anestesia para procedimentos de medicina nuclear

Quando houver necessidade de que o procedimento seja realizado sob assistência de anestesista, o código a ser cobrado é:

Código	Descrição
31602320	<i>Anestesia para procedimentos de medicina nuclear</i>

Técnica tomográfica

Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN), os exames que podem utilizar técnica tomográfica são:

Código	Descrição
40701042	Cintilografia do miocárdio com FDG-18 F, em câmara híbrida
40701050	Cintilografia do miocárdio necrose (infarto agudo)
40701069	Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso
40701140	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico
40702022	Cintilografia do fígado e do baço
40703045	Cintilografia das paratireoides
40706010	Cintilografia óssea (corpo total)
40707016	Cintilografia cerebral
40707032	Cintilografia de perfusão cerebral
40701131	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse

Também foi aprovada a utilização da técnica tomográfica para:

Código	Descrição
40703037	Cintilografia da tireoide e/ou captação (tecnécio - 99M TC)

Conforme Item 22.3 das instruções gerais do Rol Unimed, os exames que forem realizados por técnica tomográfica devem ser acrescidos em 50% no seu valor e não necessitam de autorização prévia.

Podendo estar associadas a cintilografias cardíacas, cerebrais, de tireoide (tecnécio), renais (com 99mTc-DMSA), para tumores neuroendócrinos (feocromocitoma, tumor carcinoide, neuroblastoma, gastrinoma) realizadas com Octreoscan e cintilografias para doenças musculoesqueléticas (osteomielite, osteíte).

CARDIOVASCULAR – IN VIVO

Cintilografia do miocárdio

Código	Descrição
40701069	Cintilografia do miocárdio perfusão – repouso
40701050	Cintilografia do miocárdio necrose (infarto agudo)

A realização de SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography* - técnica tomográfica) para diagnóstico de doença arterial coronariana possui melhor acurácia (maior sensibilidade e especificidade) quando comparada à cintilografia perfusional planar, principalmente na definição da região de isquemia miocárdica. A cintilografia perfusional planar é uma técnica antiga, não sendo indicada na prática clínica.

Quando comparado a outros exames diagnósticos de isquemia miocárdica, o SPECT mostrou maior sensibilidade e especificidade similar ao teste ergométrico e acurácia similar a ecocardiografia com estresse.

A realização de SPECT em pacientes com doença arterial coronariana fornece informações prognósticas por meio da avaliação da função ventricular e da quantificação da gravidade, extensão e localização da isquemia miocárdica, auxiliando na tomada de decisão clínica da estratégia terapêutica.

Fonte: Sumário das Evidências e Recomendações para a Realização de Cintilografia de Perfusão Miocárdica com SPECT para diagnóstico de isquemia miocárdica – Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências – Unimed RS, 2011.

Avaliação de infarto agudo do miocárdio

Código	Descrição
40701042	<i>Cintilografia do miocárdio com FDG-18 F, em câmara híbrida</i>

Realizada a partir de 10 a 12 horas do infarto, mas o melhor tempo para imagens é de 24 a 72 horas após o infarto.

Tem como principal aplicação, a pesquisa de viabilidade miocárdica, para avaliar o potencial de recuperação funcional em resposta a procedimentos de revascularização do miocárdio.

Um resultado com perfusão e captação normais da FDG-18F ou perfusão reduzida e captação da FDG-18F normal ou aumentada (mismatch) são característicos de áreas de miocárdio viável e com possibilidade de melhora funcional. Uma perfusão reduzida e captação de FDG-18F reduzida refletem ausência de viabilidade miocárdica e disfunção persistente ou irreversível.

Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas

Código	Descrição
40701077	<i>Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas – esforço</i>
40701085	<i>Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas – repouso</i>

Consiste na aquisição sincronizada do SPECT com o ECG e, com isso, além da informação sobre a perfusão miocárdica em estresse físico ou farmacológico e em repouso, obtêm-se informações da função miocárdica: quantificação da fração de ejeção do VE, volumes sistólico e diastólico do VE, estudo da função regional, como as análises da movimentação e do espessamento das paredes miocárdicas.

Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso (40701069)

Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico (40701140)

Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico (40701131)

Cintilografia do miocárdio com duplo isótopo (perfusão + viabilidade) (40701034)

Cintilografia do miocárdio - necrose (40701050)

Cintilografia do miocárdio com Gálio-67 (40708020)

Ventriculografia radioisotópica (angiografia) (40701018)

Radiofármaco: SESTAMIBI (metoxi-isobutil-isonitrila) e Tetrofosmin marcados com Tecnécio-99m ou Tálcio 201.

O preparo é semelhante ao de um teste ergométrico convencional, devendo ser suspensas algumas medicações (betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio e nitratos) que possam interferir na realização ou interpretação do teste e da própria cintilografia. No caso de teste farmacológico, são suspensas por pelo menos 24 horas a ingestão de aminofilina ou xantinas, cafeínas, refrigerantes,

álcool, cigarros e dipiridamol. O estudo consiste na aquisição de imagens tomográficas de tórax 1 hora após a administração endovenosa de SESTAMIBI ou Tetrofosmin, nas situações de repouso e estresse, ou 10 minutos e 4 horas (redistribuição) após a injeção de Tálcio 201.

O estresse empregado pode ser físico (teste ergométrico) ou, na impossibilidade dele, farmacológico (em geral, dipiridamol ou adenosina endovenosa, outra opção é o uso de dobutamina). O estudo feito com estresse físico tem a vantagem de ser complementado pelos dados do eletrocardiograma de esforço convencional. Os estudos com dipiridamol apresentam sensibilidade e especificidade semelhantes ao estresse físico, obtendo-se a vasodilatação da microcirculação e consequente solicitação da reserva coronariana, mesmo em pacientes impossibilitados de alcançar o nível de esforço adequado. As reações adversas ao dipiridamol, como broncoespasmo, bloqueios ou mesmo fenômeno de roubo, são infrequentes.

O Tálcio-201 também pode ser utilizado para pesquisa de viabilidade miocárdica com imagens de 15 minutos, 4 horas e 24 horas (com reinjeção) ou mesmo em conjunto com a cintilografia de perfusão em estresse (duplo isótopo).

O estudo tomográfico aumenta a sensibilidade e melhora a localização das alterações perfusionais miocárdicas e reduz os artefatos por atenuação e soma de paredes encontrados no estudo planar.

Aplicações clínicas:

Diagnóstico de doença arterial coronariana: a indicação de um método não invasivo com maior sensibilidade (85-90%) e especificidade (90-95%) que o teste ergométrico (50-70%) se faz necessária em casos selecionados, incluindo-se pacientes com teste ergométrico positivo e assintomáticos ou com dor atípica e pacientes com teste ergométrico inconclusivo ou ineficaz. É importante ressaltar que, diante de uma cintilografia de perfusão miocárdica negativa para isquemia, o risco de evento cardíaco é menor que 1% em 1 ano.

Prognóstico de doença arterial coronariana: por meio de sinais diretos e indiretos de gravidade, como a extensão (territórios acometidos) e severidade da doença (grau de hipocaptação).

Seguimento de pacientes com doença arterial coronariana já conhecida - após cinecoronariografia: estratificação de risco em paciente multiarterial (estudos demonstram que o valor prognóstico do estudo de perfusão miocárdica é equivalente e, em alguns casos, superior aos dados oferecidos pela cinecoronariografia e teste ergométrico). Caracterização funcional de lesão coronariana conhecida, incluindo a avaliação de lesões borderline à cinecoronariografia, determinação da lesão funcionalmente mais significativa, na presença de lesões multiarteriais, e avaliação da eficácia da circulação colateral.

Avaliação terapêutica: a cintilografia de perfusão miocárdica deve ser realizada sempre que o raciocínio clínico, baseado na história e no quadro angiográfico, necessitar de fundamentação fisiológica para estabelecer a conduta terapêutica. Também indicada na avaliação da eficácia terapêutica (tratamento clínico, cirurgia, trombólise ou angioplastia).

Insuficiência coronariana aguda: estratificação de risco pós-infarto agudo do miocárdio (estresse farmacológico), detectando extensão da área infartada, presença de isquemia no território infartado ou outros territórios e avaliação de miocárdio, salvo em procedimentos de reperfusão (imagens pré e pós angioplastia ou trombólise).

Avaliação da viabilidade miocárdica: em portadores de disfunção ventricular e infarto prévio. Nas regiões ventriculares com hipocinesia ou acinesia, a cintilografia de perfusão miocárdica é o melhor método disponível para avaliação da viabilidade miocárdica.

Estratificação de risco pré-cirúrgico: em pacientes não cardiopatas (ex.: diabetes severa, aneurisma de aorta).

Cintilografia do miocárdio - necrose

Radiofármaco: ^{99m}Tc-Pirofosfato

Não há preparo. O estudo é adquirido 3 horas após a administração endovenosa do radiofármaco nas incidências anterior e oblíquas do coração.

O pirofosfato, material inicialmente utilizado para cintilografia óssea, é captado por tecidos necróticos. Isso ocorre devido à deposição anômala de cálcio que se segue à morte celular, havendo coprecipitação do pirofosfato.

Decorridas cerca de 12 horas do infarto, já pode haver captação do pirofosfato, que se faz de forma máxima após 48-72 horas (sensibilidade para infarto transmural nessa fase chega a 90-95%), declinando até a negatização ao redor de 7 a 10 dias. O estudo tomográfico (SPECT) pode localizar e avaliar melhor a extensão da área infartada.

Aplicações clínicas:

Infarto agudo do miocárdio (IAM): diagnóstico e localização de infarto agudo do miocárdio em casos com discordância dos critérios clínicos, enzimáticos e eletrocardiográficos. Essas situações são encontradas com maior frequência na presença de alterações no ECG de base (bloqueio de ramo esquerdo, infarto prévio etc.), reinfarto do miocárdio, infarto transoperatório (cirurgia cardíaca, pós-angioplastia). Também é utilizado para o diagnóstico de infarto do ventrículo direito.

Amiloidose cardíaca: apesar da biópsia endomiocárdica ainda ser citada como padrão ouro para o diagnóstico de AC, recentemente, a investigação tornou-se mais acessível, devido à incorporação de radiotraçadores ósseos. Diversos estudos demonstraram a capacidade da cintilografia com DPD-^{99m}Tc (2,3-DicarboxyPropano-1,1-Difosfonato marcado com tecnécio 99 metaestável) e Pirofosfato-^{99m}Tc (Pirofosfato marcado com tecnécio 99 metaestável) em discriminar o subtipo de amiloide, diferenciando o tipo AL do TTR. A transtirretina é uma proteína plasmática tetramérica, sintetizada principalmente no fígado que tende a dissociar-se em dímeros e monômeros, desintegrando-se em fibrilas. Eles são os traçadores com melhor performance. De maneira geral, esses traçadores apresentam captação cardíaca mais intensa na ACTTR (amiloidose cardíaca associada à transtirretina).

O MDP^{99m}Tc (hidroximetileno difosfonato marcado com tecnécio 99 metaestável) é o marcador ósseo mais utilizado na prática clínica, mas seu desempenho no diagnóstico de ACTTR parece ser abaixo do ideal em comparação com o DPD^{99m}Tc e o pirofosfato^{99m}Tc. Como o DPD^{99m}Tc não está disponível no território nacional, usa-se o Pirofosfato^{99m}Tc.

Ventriculografia radioisotópica (Gated Blood Pool) = Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas

Radiofármaco: ^{99m}Tc-Hemácias

Não necessita de preparo. Realizada aquisição em sincronia com o eletrocardiograma 20 minutos após o início da marcação das hemácias e administração endovenosa do radiofármaco, geralmente na incidência oblíqua anterior esquerda de tórax.

As hemácias do próprio paciente são marcadas com tecnécio e se distribuem pelo espaço intravascular, inclusive nas câmaras cardíacas. Há uma proporção direta entre o volume sanguíneo contido em determinada estrutura e a radioatividade detectada nela.

A aquisição de imagens sequenciais, representativas do volume cardíaco em cada instante do intervalo RR, permite a análise dinâmica das câmaras cardíacas. Os principais parâmetros avaliados são o volume, a motilidade e a fração de ejeção global e regional dos ventrículos. O estudo pode ser realizado em condições de repouso ou exercício.

A determinação cintilográfica da função ventricular é um método bem padronizado e com boa reprodutibilidade, tendo vantagem em relação ao ecocardiograma a cintilografia de ser menos dependente de variações morfológicas e de alterações contráteis segmentares.

O estudo pode ser feito em conjunto com estudo de primeira passagem (também chamado de angiografia radioisotópica ou radiocardiografia, consiste em imagens adquiridas em intervalos de 1 segundo imediatamente após a administração do radiofármaco), mostrando a progressão do bolo radioativo pelas câmaras cardíacas, grandes vasos e pulmões, estimando o ritmo de clareamento ventricular e o tempo médio de trânsito pulmonar.

Aplicações clínicas:

Monitoração da função ventricular antes e após procedimentos potencialmente cardiodepressores, como, por exemplo, quimioterapia com adriamicina (doxorubicina) ou outras drogas cardiotoxícas.

Miocardopatias: o método é empregado na avaliação precoce do comprometimento ventricular sistólico e diastólico, assim como no acompanhamento dos pacientes miocardiopatas e na avaliação de resposta terapêutica.

Valvopatias: a ventriculografia é utilizada no acompanhamento da função ventricular de valvopatas. O índice ou fração de regurgitação é estimado a partir da comparação entre os volumes ejetados pelo ventrículo direito e esquerdo. A detecção de pequenas alterações de função ventricular pode indicar o momento ideal para correção cirúrgica da insuficiência aórtica.

Coronariopatia: a má resposta ventricular ao exercício, com manutenção ou queda da fração de ejeção, é um indicador bastante sensível de coronariopatia, apesar de pouco específico. O estudo é indicado na detecção de alterações segmentares de contratilidade e avaliação da função ventricular global dos coronariopatas, servindo também como parâmetro de estratificação de risco pós-infarto.

Cardiopatias congênitas: o estudo de primeira passagem demonstra a sequência anormal de aparecimento das câmaras cardíacas, entretanto, a cintilografia não apresenta a resolução anatômica necessária para o diagnóstico preciso do tipo de malformação. A ventriculografia radioisotópica é utilizada no acompanhamento evolutivo e na monitoração da função ventricular desses pacientes, podendo, em alguns casos, ser complementada pelo estudo de shunt pulmonar (ver cintilografia pulmonar).

Pode ser utilizado ainda na avaliação, no seguimento ou controle terapêutico da função ventricular em hipertensão arterial, transplante cardíaco, identificação de aneurismas ventriculares.

Cintilografia do miocárdio com Gálio-67

Radiofármaco: Gálio-67 (⁶⁷Ga-citrato de gálio)

Não é necessário preparo para a realização do exame. Imagens são adquiridas na incidência anterior e oblíqua anterior esquerda de tórax, de 48 a 72 horas após a administração endovenosa do radiofármaco (ver mecanismos de captação na cintilografia com Gálio - processos inflamatórios).

Aplicações clínicas:

A cintilografia com gálio é um método não invasivo e com alta sensibilidade na detecção e acompanhamento de processos inflamatórios cardíacos em geral, mas com baixa sensibilidade para endocardite.

Miocardites viral (fase aguda) ou reumática: para diagnóstico, avaliação de resposta terapêutica e regressão do processo. Importante nos surtos de recorrência para diferenciar entre descompensação cardíaca e cardite reumática em atividade. Também empregado para avaliar pericardite e, de forma seriada, rejeição de transplante cardíaco.

DIGESTIVO - IN VIVO

Código	Descrição
40702073	<i>Cintilografia para o estudo do trânsito esofágico líquido</i>
40702081	<i>Cintilografia para o estudo do trânsito esofágico semissólido</i>

Radiofármaco: ^{99m}Tc-Enxofre coloidal

O paciente deverá estar em jejum de 4 horas. O estudo consiste na aquisição de sequência rápida de imagens na incidência anterior de tórax após a deglutição do radiofármaco misturado em líquidos ou semissólidos (exemplo: mingau).

O processamento das imagens permite a avaliação qualitativa e quantitativa do esvaziamento esofágico. O método é utilizado no diagnóstico e no acompanhamento de alterações da motilidade esofágica, as quais podem se manifestar isoladamente ou associadas a lesões anatômicas.

Código	Descrição
40702103	<i>Cintilografia para pesquisa de refluxo gastroesofágico</i>
40709019	<i>Cintilografia para detecção de aspiração pulmonar durante a pesquisa de RGE</i>

Radiofármaco: ^{99m}Tc-Enxofre coloidal

O paciente deve estar em jejum de 4 horas ou, em caso de lactentes, suspender a última mamadeira antes do estudo. São adquiridas imagens durante 20 a 30 minutos na projeção anterior de tórax e superior do abdômen após a ingestão do radiofármaco misturado em leite ou suco. Quando solicitada a pesquisa de aspiração pulmonar, deve-se fazer imagens estáticas do tórax na projeção anterior após 4 e 24 horas da ingestão do radiofármaco, porém administrando uma nova dose com o alimento após a imagem de 4 horas.

O método tem alta sensibilidade (80%) na detecção do refluxo gastroesofágico, podendo ser realizado em conjunto com a pesquisa de aspiração pulmonar (imagens tardias de tórax). É indicado para screening e acompanhamento de pacientes com suspeita ou em tratamento de refluxo, apresentando menor exposição à radiação que a radioscopia. Se houver suspeita de variações anatômicas, o exame baritado do esôfago, estômago e duodeno pode ser realizado.

Código	Descrição
40802065	<i>Cintilografia para avaliação do esvaziamento gástrico com alimentos líquidos ou sólidos</i>

Radiofármaco: ^{99m}Tc-Enxofre coloidal

O preparo consiste em jejum de 4 horas (inclusive cigarros). O estudo é iniciado imediatamente após a ingestão do radiofármaco por via oral, durante 60 a 240 minutos na incidência anterior ou OAE de abdômen.

O enxofre coloidal é deglutido misturado a alimentos sólidos ou líquidos, não sendo absorvido pela mucosa do trato gastrointestinal. A avaliação dinâmica do esvaziamento gástrico é feita de forma fisiológica, permitindo a avaliação e o acompanhamento por meio de parâmetros qualitativos e quantitativos de alterações da motilidade gástrica, frequentemente associadas a cirurgias ou neuropatias.

Código	Descrição
40702090	<i>Cintilografia para pesquisa de divertículo de Meckel</i>

Radiofármaco: Tecnécio 99m (^{99m}Tc-pertecnetato de sódio)

O paciente deve realizar jejum por 2 horas antes da administração endovenosa do radiofármaco. As imagens são sequenciais e adquiridas durante 40 minutos, na projeção anterior de abdômen.

O pertecnetato, administrado por via endovenosa, é captado pela mucosa gástrica, presente em até 80-90% dos casos de divertículo de Meckel com sangramento e em outras patologias como o antro gástrico retido e esôfago de Barret.

Código	Descrição
40702049	<i>Cintilografia para pesquisa de sangramento intestinal ativo ou detecção de hemorragia digestória ativa</i>
40702057	<i>Cintilografia para pesquisa de sangramento intestinal intermitente ou detecção de hemorragia digestória não ativa</i>

Radiofármaco: ^{99m}Tc-hemácias ou ^{99m}Tc-enxofre coloidal

As hemácias marcadas são utilizadas em pesquisa de sangramento intermitente, pois se mantém por mais tempo na circulação enquanto o enxofre coloidal é utilizado para pesquisa de sangramento em atividade. Não é necessário preparo, sendo conveniente que não tenha feito exames contrastados via oral nas últimas 24 horas. As imagens são realizadas de 30 (enxofre coloidal) a 60 minutos (hemácias) após a administração endovenosa do radiofármaco, na incidência anterior de abdômen, complementado por imagens de até 24 horas no caso das hemácias marcadas.

O radiofármaco, administrado por via endovenosa, extravasa no sítio de sangramento, permitindo a identificação e localização dele. As hemácias marcadas permanecem em circulação por até 24 horas, possibilitando o estudo de sangramentos intermitentes. Já o enxofre coloidal que permanece no compartimento intravascular é rapidamente fagocitado por macrófagos. A cintilografia, com qualquer dos dois traçadores, é mais sensível que a arteriografia na detecção de sangramento digestivo baixo, sendo o enxofre coloidal mais indicado para sangramentos em atividade (> 0.1 ml/minuto) e as hemácias marcadas mais indicadas para sangramentos intermitentes (> 0.3 ml/minuto). O resultado positivo, apesar de pouco específico quanto à etiologia do sangramento, indica a validade de prosseguir a investigação com arteriografia de urgência ou mesmo possibilitar a localização do sítio de sangramento pré-laparotomia.

Código	Descrição
40702022	<i>Cintilografia do fígado e baço</i>

Radiofármaco: ^{99m}Tc-enxofre coloidal

Não é necessário preparo. As imagens são adquiridas 20 minutos após a administração endovenosa do radiofármaco nas incidências anterior, posterior, laterais e oblíquas de abdômen. As partículas coloidais na corrente sanguínea são fagocitadas no fígado (células de Kupffer), no baço e, em menor proporção, na medula óssea.

A grande maioria das lesões focais hepáticas apresentam redução ou ausência de células de Kupffer, apresentando-se, portanto, como áreas de hipocaptação do enxofre coloidal. Apesar da sensibilidade de 85-90% para lesões focais (estudo tomográfico SPECT) ou difusas, a cintilografia é pouco específica no diagnóstico diferencial de metástases, cistos, abscessos, hematomas, tumor primário etc.

Outros radiofármacos: além do enxofre coloidal que pode ser captado na hiperplasia nodular focal, outros radiofármacos são utilizados para caracterizar funcionalmente os nódulos hepáticos, incluindo a ^{99m}Tc-DISIDA (marcador hepatocítico, captado em adenoma e hiperplasia nodular focal), ⁶⁷Gálio (captado por processos inflamatórios e hepatocarcinoma), e ^{99m}Tc-hemácias (imagens tardias mostram o preenchimento de hemangiomas).

O baço é estudado de forma isolada do fígado pela administração de ^{99m}Tc -hemácias esferocitadas (removidas da circulação pelo baço), fornecendo dados funcionais na investigação de asplenia funcional, esplenose, baço acessório, hiperesplenismo etc. O sequestro esplênico pode ser avaliado pela cintilografia com ^{99m}Tc -hemácias (hemácias íntegras).

Código	Descrição
40702030	<i>Cintilografia do fígado e das vias biliares</i>

Radiofármaco: ^{99m}Tc -DISIDA

O paciente deve estar em jejum de 4 a 8 horas, evitando assim que a vesícula se encontre em fase de contração ou repleta. Também devem ser suspensos narcóticos e opiáceos por 6 a 12 horas. Na suspeita de atresia de vias biliares, as enzimas hepáticas podem ser estimuladas previamente pela administração de fenobarbital por 3-5 dias (5 mg/kg/dia). As imagens são iniciadas imediatamente após a administração endovenosa do radiofármaco, na incidência anterior de abdômen.

A DISIDA é captada pelos hepatócitos e excretada nas vias biliares, de forma análoga à bilirrubina, marcando dessa forma a própria bile. As imagens iniciais refletem a distribuição e função dos hepatócitos. As imagens seguintes permitem avaliar a progressão da bile radiomarcada desde as vias intra-hepáticas até o preenchimento da vesícula biliar, do colédoco e duodeno. Geralmente, o estudo se completa em 1 hora, entretanto, pode ser prolongado por até 4 horas em caso de não visualização da vesícula biliar.

Aplicações clínicas:

Colecistite aguda: o diagnóstico cintilográfico de colecistite aguda baseia-se no não preenchimento da vesícula biliar pelo radiofármaco, devido à obstrução (mecânica ou não) do ducto cístico. O método tem acurácia de 97% e é menos operador dependente que a ultrassonografia. No entanto, devido à baixa disponibilidade desse método na urgência, a ultrassonografia e a tomografia têm papéis mais relevantes nessas situações. A menor especificidade da ultrassonografia é explicada pela alta prevalência de colelitíase em indivíduos com outras patologias abdominais.

Avaliação pós-operatória: inicialmente, a obstrução aguda de vias biliares se manifesta por déficit de drenagem da bile, mesmo na ausência de dilatação. Por outro lado, as vias biliares podem se manter dilatadas mesmo após tratamento da obstrução. A cintilografia demonstra a lentificação ou interrupção na progressão biliar, independentemente da presença de dilatação, sendo um método de avaliação de obstrução biliar pós-operatória sensível e não invasivo. A confirmação etiológica da obstrução, quando presente, deve ser realizada por métodos com maior resolução anatômica.

Outras indicações pós-operatórias: incluem a detecção de remanescente de ducto cístico, pesquisa de fístulas biliares, avaliação de patência da alça aferente em anastomoses gastrointestinais etc.

Caracterização funcional de tumores hepáticos: a captação de DISIDA por um nódulo ou massa, detectado em ultrassom, tomografia ou pela cintilografia hepática, indica a presença de hepatócitos, sugerindo o diagnóstico de adenoma ou hiperplasia nodular focal.

Atresia de vias biliares: o diagnóstico diferencial entre hepatite neonatal e atresia de vias biliares pode ser feito pela cintilografia hepatobiliar. A eliminação do radiofármaco para trato gastrointestinal exclui a hipótese de atresia de vias biliares, evitando a conduta cirúrgica nessas crianças.

Esvaziamento da vesícula biliar: a resposta contrátil da vesícula biliar, em casos de discinesia biliar, pode ser estimada de forma qualitativa e quantitativa. As imagens são adquiridas durante a fase de repleção e após estímulo farmacológico (colecistoquinina ou análogos) ou alimentar da vesícula.

A comunicação da árvore biliar com estruturas císticas (cisto de colédoco, doença de Caroli), refluxo duodeno-gástrico e fístulas biliares (de etiologia cirúrgica ou não) também são patologias avaliadas pela cintilografia com DISIDA.

Código	Descrição
40702014	Cintilografia das glândulas salivares

O estudo funcional das glândulas salivares é feito com a administração endovenosa de ^{99m}Tc -Per-tecnetato ao paciente em jejum, observando-se o acúmulo do radiofármaco e a sua eliminação após estímulo com ácido ascórbico ou limão.

Imagens sequenciais são adquiridas durante, aproximadamente, 30 minutos na projeção anterior da cabeça, onde no momento da concentração máxima do radiofármaco nas glândulas salivares (15 a 20 minutos), administra-se suco de limão via oral, para estimular a eliminação.

ENDÓCRINO - IN VIVO

Cintilografia de tireoide

Radiofármaco: **Iodo-131 (^{131}I -iodeto de sódio) – (40703029)**
Iodo-123 (^{123}I -iodeto de sódio) – (40703010)
Tecnécio-99m (^{99m}Tc -Pertecnetato) – (40703037)

Visando não interferir na captação tireoideana do radiofármaco, o preparo consiste na restrição a alimentos ricos em iodo (exemplo: frutos do mar), cosméticos, exames radiológicos contrastados ou outras fontes de iodo, assim como a suspensão de hormônios tireoideanos, drogas antitireoideanas ou alguns antiarrítmicos (amiodarona). O jejum de 6 horas permite a absorção gastrointestinal adequada do radioiodo.

A captação e cintilografia da tireoide podem ser realizadas em casos específicos, sob diferentes condições de estímulo da glândula (teste de supressão por hormônios tireoideanos – 100 mg de T3 por 10 dias, estímulo com TSH-100 unidades por 3 dias, clareamento do radioiodo não organificado por 500 a 1.000 mg de perclorato).

A captação de radioiodo pela glândula é medida 2 e 4 horas após sua administração por via oral, sendo expressa como uma porcentagem da dose administrada. O iodo também pode ser utilizado para obtenção das imagens cintilográficas. Entretanto, é menos usado que o tecnécio 99m devido à maior dose de radiação absorvida, empregado em casos especiais como tireoide ectópica ou sublingual, bócio mergulhante, pesquisa de restos tireoideanos pós-operatório.

O tecnécio é captado pela tireoide por transporte ativo (bomba de iodeto), não sendo organificado. A cintilografia é realizada após 20 minutos da administração endovenosa do radiofármaco nas incidências anterior e oblíquas anteriores da região cervical. Habitualmente, a captação de tecnécio é concordante com a de iodo, sendo capaz de demonstrar topografia, dimensões, morfologia e estado funcional da tireoide ou de eventuais nódulos.

Aplicações clínicas:

Tireoide ectópica: a cintilografia é utilizada no diagnóstico e na localização da tireoide ectópica, decorrente de vício de migração ou extensão intratorácica da glândula.

Nódulo tireoideano: permite a caracterização funcional de nódulo detectado por outros métodos (palpação ou ultrassonografia) ou pela própria cintilografia. Os nódulos “frios” (hipocaptantes) são malignos em cerca de 15% a 20% dos casos.

Os nódulos hipercaptantes podem ser avaliados quanto a seu caráter autônomo pelo teste de supressão.

Tireoidite: a avaliação e o acompanhamento morfofuncional da tireoidite, principalmente em sua

forma crônica, são feitos pela medicina nuclear. Em casos de tireoidite subaguda, pode ser observada glândula hipocaptante associada à nível normal ou elevado de hormônios tireoideanos.

Bócio: a cintilografia é indicada na caracterização funcional e no acompanhamento de bócio uni ou multinodular, tireoidite e bócio difuso.

Pós-operatório: o estudo cintilográfico permite a detecção e a avaliação de remanescente cirúrgico após tireoidectomia total ou parcial. Nos pacientes submetidos à tireoidectomia total por carcinoma diferenciado, a presença de metástases é rastreada por meio da cintilografia de corpo inteiro com ¹³¹Iodo (ver a seguir).

Terapêutica: altas doses de ¹³¹Iodo são empregadas no tratamento de hipertireoidismo (doença de Plummer, doença de Graves) ou após tireoidectomia por carcinoma de tireoide (ablação de restos, tratamento de metástases).

Pesquisa de corpo inteiro com Iodo-131

Radiofármaco: Iodo-131 (40703053)
Iodo-123 (40703053)

Para captação adequada de iodo em tecidos de origem tireoideana após a cirurgia, é necessária a suspensão da reposição hormonal pelo prazo de 4 (T3) a 6 (T4) semanas. Além disso, o paciente deve estar privado de outras fontes de iodo (alimentar, contrastes iodados, cosméticos, antissépticos). As imagens são adquiridas, nas incidências anterior e posterior de corpo inteiro, 24 a 48 após a ingestão do radioiodo.

O aumento dos níveis de TSH nos pacientes tireoidectomizados e sem reposição hormonal permite que tecidos com menor avidéz que o parênquima tireoideano normal, como é o caso de metástases de carcinoma bem diferenciado de tireoide, captem o iodo 131 administrado por via oral.

Indicações clínicas:

Rastreamento de metástases e detecção de restos tireoideanos em pacientes tireoidectomizados. Os casos com maior probabilidade de metastatização são os tumores primários acima de 5 cm, carcinoma folicular, envolvimento ganglionar regional, homens acima de 40 anos e mulheres acima de 50 anos. No caso de detecção de metástases funcionantes, pode ser encaminhado para tratamento com iodo 131.

Código	Descrição
40703045	Cintilografia das paratireoides

Radiofármaco: Tálcio201 (cloreto de tálcio) e Tecnécio99m (Pertecnetato)
^{99m}Tc-MIBI (imagens precoces e tardias)

Não é necessário preparo. As imagens são adquiridas na incidência anterior da região cervical e tórax (na suspeita de paratireoide ectópica) após a administração endovenosa do radiofármaco. Quando utilizado MIBI, são adquiridas novas imagens após 3 horas.

As paratireoides aumentadas ou hiperfuncionantes apresentam hipercaptação de Tálcio-201 e de SESTAMIBI-Tc99m. O tálcio também é captado pela tireoide, sendo feita a subtração de imagens da tireoide obtidas após a injeção de pertecnetato. No caso do SESTAMIBI, são comparadas imagens precoces (15 minutos – captação pela tireoide e paratireoide) e tardias (3 horas – captação apenas pela paratireoide anormal).

Aplicações clínicas:

A principal aplicação dos métodos de imagem em pacientes com quadro clínico laboratorial de hiperparatireoidismo é a localização de adenomas ou hiperplasia da paratireoide. Essa localização e a consequente redução do tempo cirúrgico podem ser conseguidas pela cintilografia com sensibilidade de 70-90%. A acurácia é semelhante à dos outros métodos de imagem, tendo vantagem em pacientes com cirurgia prévia, nos quais, além das alterações de anatomia local, 70% dos adenomas são ectópicos.

Cintilografia das glândulas adrenais com MIBG

Radiofármaco: ^{131}I -MIBG (meta-iodo-benzil-guanidina) – (40708047)

O preparo consiste na suspensão de drogas que podem reduzir a captação do radiofármaco (labetalol, reserpina, bloqueadores do canal de cálcio, bloqueadores adrenérgicos, antidepressivos tricíclicos, simpatomiméticos, fenotiazínicos). Além disso, o paciente deverá tomar iodo não radioativo (xarope) por 5 dias antes até 5 dias após o estudo, visando saturar e evitar a captação tireoideana de iodo proveniente de possível desmarcação do fármaco. Habitualmente, as imagens são realizadas nas incidências anterior e posterior de corpo inteiro, de 24 a 72 horas após a administração endovenosa do radiofármaco.

O MIBG (metaiodobenzilguanidina) é um análogo da guanetidina de estrutura semelhante à nora-drenalina, sendo captado e armazenado em tecidos de linhagem neuroectodérmica, pelo mecanismo de captação de aminas.

Aplicações clínicas:

Feocromocitoma: habitualmente, o diagnóstico é realizado pelo quadro clínico laboratorial. A cintilografia tem papel complementar na localização do tumor, principalmente em casos com tomografia e ultrassom inconclusivos ou na suspeita de feocromocitoma extra-adrenal, bilateral, metastático ou recidivado. A sensibilidade e especificidade se encontram na faixa de 85% a 90%.

Neuroblastoma: indicado na caracterização funcional de massas suprarrenais em crianças, assim como no estadiamento e acompanhamento evolutivo de casos já diagnosticados ou tratados. A cintilografia óssea com MDP também é indicada no estadiamento.

Outros tumores de linhagem neuroectodérmica: foram estudados com MIBG, porém com menor sensibilidade: tumor carcinoide, carcinoma medular de tireoide, insulinoma, gastrinoma etc.

GENITURINÁRIO - IN VIVO

Código	Descrição
40704025	Cintilografia renal dinâmica com diurético

Principais radiofármacos: $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -DTPA (ácido dietileno triamino pentacético)

$^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MAG3 (mercapto acetil triglicina)

O único preparo habitualmente necessário é a hidratação do paciente, assegurando um débito urinário adequado. As imagens são adquiridas nas fases de fluxo e sequência dinâmica, após a administração endovenosa do radiofármaco na incidência posterior de abdômen. Além do estudo basal, pode ser realizado sob o efeito de diurético (teste de washout) ou inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA).

As imagens mostram o aporte, o acúmulo e a eliminação renal do radiofármaco, assim como sua progressão pelas vias excretoras. A definição de áreas de interesse sobre os rins permite a obtenção de curvas de atividade x tempo (renograma). A cintilografia renal dinâmica apresenta menor exposição à radiação que a urografia excretora e possibilidade de quantificar a função renal.

O parâmetro funcional analisado depende do radiofármaco empregado:

- O estudo com DTPA avalia a função glomerular, porque, de forma semelhante a inulina, é eliminado por filtração glomerular, não sendo secretado ou reabsorvido pelos túbulos.
- O MAG3 é eliminado em proporção direta com o fluxo plasmático renal, cerca de 20% por filtração glomerular e 80% por secreção tubular. O MAG3 oferece menor dose de radiação e melhor qualidade de imagens que o DTPA, principalmente em crianças.

Aplicações clínicas:

Hidronefrose: a dilatação de vias excretoras não é sinônimo de obstrução, podendo ser secundária a causas como refluxo, seqüela de obstrução prévia ou mesmo congênita. Cintilograficamente, a hidronefrose obstrutiva é caracterizada pela estase da urina radiomarcada em vias excretoras, sem esvaziamento adequado após o aumento do fluxo urinário provocado pela administração de diurético.

Estenose de artéria renal: a cintilografia renal é utilizada na investigação diagnóstica de pacientes com suspeita de hipertensão renovascular, triando os casos com hipofluxo e déficit funcional renal para a arteriografia e, também, no acompanhamento de casos comprovados ou em tratamento.

O estudo pode ser sensibilizado (sensibilidade 85%) mediante a administração prévia de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (teste do captopril), que leva à redução da pressão de filtração glomerular e conseqüente queda de filtração glomerular em relação ao estudo basal (realizado habitualmente em dois dias). Como preparo para o teste do captopril, é necessária a suspensão de inibidores da ECA e diuréticos, além de bom estado de hidratação.

Determinação cintilográfica do ritmo de filtração glomerular (RFG): a medida da captação do DTPA em relação à dose administrada se faz em proporção direta com o RFG.

As alterações por patologias vasculares, como trombose venosa, embolia, avulsão vascular, aneurisma, são também detectadas cintilograficamente.

Transplante renal: a avaliação do fluxo sanguíneo, função tubular e função glomerular em estudos seriados auxilia no diagnóstico não invasivo de complicações vasculares, rejeição, necrose tubular aguda (NTA) ou nefrotoxicidade por ciclosporina.

A avaliação cintilográfica complementa com dados funcionais os achados anatômicos de patologias, como ectopia e malformações renais, insuficiência renal aguda ou crônica, pielonefrite, glomerulonefrite, NTA, trauma, tumores etc.

Código	Descrição
40704033	Cintilografia renal estática (qualitativa ou quantitativa)

Radiofármaco: ^{99m}Tc-DMSA (ácido dimercapto succínico)

Não é necessário preparo. Imagens estáticas nas incidências posterior, anterior e oblíquas posteriores e tomográficas (SPECT) são adquiridas de 3 a 6 horas após a administração endovenosa do radiofármaco.

O DMSA é captado pela cortical renal, ligando-se a proteínas do túbulo proximal. As imagens permitem a avaliação conjunta da morfologia cortical e da função tubular renal. A função relativa de cada rim é calculada com base na porcentagem de atividade retida por ele, sendo utilizada como parâmetro de acompanhamento e como critério para nefrectomia, em alguns casos.

Aplicações clínicas:

Pielonefrite: a cintilografia renal estática é o método de excelência no diagnóstico por imagem de pielonefrite aguda, detectando precocemente a redução de perfusão e função renal. No entanto, devido à baixa disponibilidade desse método na urgência, a ultrassonografia e a tomografia têm papéis mais relevantes nessas situações. O DMSA também é utilizado no diagnóstico e no acompanhamento da pielonefrite crônica, recomendando-se seu uso seriado, em portadores de refluxo vesicoureteral associado à cistografia radioisotópica.

A avaliação de pacientes com massas ou pseudomassas renais, hidronefrose, malformações e ectopia renal pode ser feita pela cintilografia com DMSA, trazendo dados morfológicos e funcionais com baixa dosimetria.

Código	Descrição
40704050	Cistografia radioisotópica direta
40704068	Cistografia radioisotópica indireta

Técnica direta

Radiofármacos: ^{99m}Tc -Enxofre coloidal
 ^{99m}Tc -pertechnetato de sódio

Não é necessário preparo do paciente. O radiofármaco diluído em soro fisiológico é introduzido através de sondagem vesical. Imagens sequenciais são obtidas na incidência posterior de abdômen durante o enchimento e o esvaziamento vesical. O paciente não pode estar com ITU.

O método é indicado para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com refluxo vesicoureteral, sendo mais sensível e oferecendo menor exposição à radiação que a uretrocistografia convencional. O exame radiológico convencional deve ser utilizado para afastar a presença de alterações anatômicas nos pacientes com refluxo diagnosticado.

Técnica indireta

Radiofármaco: ^{99m}Tc -DTPA

Não é necessário preparo do paciente, apenas uma boa hidratação. O estudo é realizado após a administração por via endovenosa do DTPA, podendo ser feito em conjunto com cintilografia renal dinâmica. Deve ser iniciado após o clareamento das vias excretoras e acúmulo vesical do radiofármaco.

As imagens sequenciais são adquiridas na incidência posterior de abdômen na fase miccional, detectando a ascensão anômala pelo ureter. Sua sensibilidade é inferior à técnica direta, mas tem a vantagem de não necessitar de sondagem vesical.

Código	Descrição
40704041	Cintilografia testicular escrotal

Radiofármaco: Tecnécio 99m (^{99m}Tc -pertechnetato de sódio)

Não é necessário preparo. Imagens na incidência anterior de bolsa escrotal são adquiridas imediatamente após a administração endovenosa do radiofármaco. A progressão do tecnécio pelos vasos e demais estruturas da bolsa testicular possibilita a avaliação do fluxo sanguíneo e do grau de hipertensão regional, de forma rápida e reprodutível.

Aplicações clínicas:

O diagnóstico diferencial entre torção testicular aguda e processo inflamatório (epididimite) é clinicamente difícil, porém irá definir a conduta que resulta na manutenção ou perda da viabilidade testicular. A cintilografia testicular realiza esse diagnóstico com uma acurácia próxima a 95%, devido à diferença de fluxo e captação observada nas duas situações. No entanto, devido à baixa disponibilidade desse método na urgência, a ultrassonografia com doppler colorido tem um papel mais relevante nessa situação.

MUSCULOESQUELÉTICO - IN VIVO

Código	Descrição
40706010	Cintilografia óssea – corpo total
40706010 e 40706028	Cintilografia óssea do corpo total com fluxo sanguíneo

Radiofármaco: ^{99m}Tc-MDP (metileno difosfonato)

Não é necessário preparo. A hidratação adequada do paciente facilita a excreção renal do radiofármaco. O fluxo sanguíneo e grau de hiperemia regional podem ser avaliados nas imagens adquiridas imediatamente após a administração endovenosa do radiofármaco (fase de fluxo e de equilíbrio). A captação óssea nas imagens adquiridas após, no mínimo, 2 horas é diretamente proporcional à atividade osteometabólica (principalmente, por adsorção nos cristais de hidroxapatita) e em menor grau ao fluxo sanguíneo ósseo.

A cintilografia pode detectar variações de até 5% no metabolismo ósseo, geralmente precedendo as alterações radiológicas, oferecendo alta sensibilidade e baixa dose de irradiação, mesmo no rastreamento de todo esqueleto. O estudo tomográfico (SPECT) pode localizar melhor algumas lesões, em especial na coluna. Em alguns casos, pode ser necessária a complementação com estudo radiológico localizado que, apesar de menos sensível, tem maior especificidade.

Aplicações clínicas:

Tumores: a sensibilidade da cintilografia óssea é superior à do RX de esqueleto (95% x 70%) no estadiamento e acompanhamento de pacientes com suspeita de metástases ósseas. É indicado nos tumores com alta prevalência de metastatização óssea (ex.: carcinoma de próstata, mama ou pulmão), na presença de metástases extraósseas ou alterações bioquímicas sugestivas. A cintilografia também é indicada no estadiamento à distância e avaliação de recidiva local de tumores ósseos primários (osteosarcoma, sarcoma de Ewing), assim como método auxiliar na caracterização de tumores ósseos benignos.

Osteomielite (com fluxo sanguíneo ósseo): a alta positividade nas primeiras 48 horas do quadro contrasta com a demora de 10-14 dias para a manifestação radiológica. Isso torna a cintilografia óssea o método de eleição para investigação de osteomielite aguda, possibilitando o diagnóstico rápido e a introdução de antibioticoterapia. As cintilografias com Gálio-67, leucócitos marcados ou anticorpos policlonais podem ser empregadas de forma complementar na detecção de osteomielite superposta a outras patologias que causem aumento inespecífico da captação de MDP (ex.: pós-operatório, osteomielite crônica).

Traumas: a cintilografia com MDP diagnostica quadros com estudo radiológico negativo, como síndrome do estresse tibial, fraturas de estresse ou fraturas ocultas (escafoide, arco costal etc.). As complicações de fraturas (osteonecrose, distrofia simpática reflexa, pseudoartrose) ou próteses (principalmente, soltura e infecção) também podem ser avaliadas pela cintilografia.

Doenças vasculares (com fluxo sanguíneo ósseo): o estudo de fluxo e metabolismo ósseo permite avaliar a viabilidade óssea em enxertos ósseos, osteonecrose ou doença de Legg-Perthes. A necrose

de cabeça femoral é detectada com sensibilidade próxima à da ressonância magnética, antes das primeiras manifestações radiológicas ou tomográficas.

Outras indicações da cintilografia: incluem a avaliação de alterações difusas ou focais do esqueleto em doenças metabólicas (osteodistrofia renal, hiperparatireoidismo, osteoporose) e a identificação e localização de lesões polioestóticas em patologias não tumorais (doença de Paget, displasia fibrosa).

Cintilografia óssea para infecção óssea

Em geral, pode-se começar com a 40607010 – *Cintilografia óssea em 3 fases com tecnécio*, pois ela sendo negativa afasta quase que por completo e com alta sensibilidade a possibilidade de osteomielite, mas deve ser feita associada à pesquisa do fluxo sanguíneo que agrega outro código (40607028).

A 40607020 – *Cintilografia com Gálio-67* não é considerada uma cintilografia óssea. Pode ser utilizada em casos duvidosos, em que os dois exames acima não solucionaram o caso, sendo melhor na coluna para ver osteomielite. No entanto, ela não diferencia osteomielite de celulite.

Portanto, deve-se iniciar com os dois exames (40607010) e (40607028) para a suspeita de infecção óssea. Na dúvida, pode-se pedir (40607020) para elucidação.

NERVOSO - IN VIVO

Código	Descrição
40707032	Cintilografia de perfusão cerebral - SPECT

Radiofármacos: ^{99m}Tc-HMPAO (hexa metil propileno amino oxima)
^{99m}Tc-ECD (etilenodicisteína)

Não é necessário preparo, exceto jejum em casos que necessitem de sedação para evitar movimentação. O estudo tomográfico (SPECT) da cabeça é adquirido de 50 a 60 minutos após a administração endovenosa do radiofármaco, com o paciente em repouso e, se possível, em local sem luz.

O HMPAO ou o ECD, devido ao seu caráter lipofílico, cruzam a barreira hematoencefálica (BHE). Uma vez no meio intracelular, torna-se hidrofílico, ficando retido no parênquima cerebral.

A distribuição do radiofármaco, estudada por cortes tomográficos (SPECT), faz-se de forma diretamente proporcional à perfusão cerebral regional no instante de sua administração. Por sua vez, a perfusão cerebral é um bom parâmetro da atividade metabólica cerebral, conforme verificado em estudos com PET (pósitron emission tomography).

As alterações metabólico-perfusionais encontradas podem ter extensão igual, maior ou menor que os achados anatômicos (tomografia computadorizada e ressonância magnética), envolver outras áreas ou mesmo ocorrer na ausência de alterações anatômicas.

Aplicações clínicas:

Demência: a cintilografia é um dos poucos métodos não invasivos que podem auxiliar no diagnóstico diferencial e no acompanhamento evolutivo de demência ou pseudodemência. O padrão cintilográfico pode definir o tipo de demência, chegando ao valor preditivo positivo de 80% para demência de Alzheimer.

Epilepsia: nos casos de epilepsia de difícil controle clínico e com indicação cirúrgica, é fundamental a localização precisa do foco epileptogênico. Na ausência de alterações estruturais significativas, o estudo com HMPAO pode identificar o foco, caracterizado por área de hipoperfusão, no período intercrítico, ou hiperperfusão, durante a crise.

Traumatismo crânio encefálico (TCE): a avaliação por métodos anatômicos (CT, RM) é fundamental, porém, nem sempre, explica o quadro clínico encontrado. Nesses casos, o estudo de perfusão cerebral pode identificar áreas de alteração perfusional secundárias ao trauma, mas sem correspondente anatômico. Além do trauma, a perfusão cerebral pode ser afetada por fatores vasculares ou hipertensão intracraniana

Acidente vascular cerebral: a hipoperfusão é detectada quase de imediato após o infarto, por vezes, estendendo-se além da área detectada pela tomografia convencional. Podem ocorrer alterações perfusionais à distância, por deaferentação. A cintilografia com HMPAO abre a perspectiva de se avaliar alterações secundárias a vasoespasmos, episódio isquêmico transitório e vasculites.

Outras aplicações: diversos distúrbios psiquiátricos vêm sendo intensamente pesquisados, mas sem resultados conclusivos até o momento. A confirmação do diagnóstico de morte cerebral, habitualmente feita pela fase angiográfica da cintilografia cerebral convencional, também pode ser avaliada pela ausência de fluxo e captação de HMPAO no sistema nervoso central. SNC.

Código	Descrição
40707016	Cintilografia cerebral - quebra de barreira hematoencefálica - BHE

Radiofármacos: ^{99m}Tc -DTPA (ácido dietileno triamino pentacético)
 ^{99m}Tc -pertechnetato

Não é necessário preparo. O estudo é adquirido após a administração endovenosa do radiofármaco. A cintilografia cerebral convencional difere do estudo de perfusão cerebral, pois utiliza marcadores aniônicos que não cruzam a BHE íntegra. É subdividido em fase de fluxo (imagens sequenciais em curto intervalo de tempo) e imagens tardias, que demonstram a captação do radiofármaco em regiões de eventual quebra de BHE.

Aplicações clínicas:

A quebra de barreira é um achado que pode ser encontrado de forma não específica em tumores primários (benignos ou malignos) e metastáticos, acidente vascular cerebral, infecções etc.

A confirmação do diagnóstico de morte encefálica atualmente é uma das principais indicações do método, situação na qual a ausência de fluxo sanguíneo observada na fase angiográfica tem alta especificidade, sendo decorrente do aumento de pressão intracraniana. No entanto, devido à baixa disponibilidade desse método na urgência, o doppler transcraniano, angiografia digital cerebral e eletroencefalograma beira-leito são os exames mais relevantes nessas situações.

Cintilografia de perfusão cerebral

Código	Descrição
40707091	Cintilografia de perfusão cerebral para avaliação de transportadores de dopamina

Cintilografia cerebral com Trodat (avaliação dos transportadores de Dopamina) – SPECT

Radiofármaco: ^{99m}Tc-Trodat

Aplicações clínicas:

A cintilografia cerebral com Trodat auxilia no diagnóstico diferencial de demência (Corpus de Lewy e Alzheimer). O estudo tomográfico (SPECT) da cabeça é realizado, aproximadamente, 4 horas após a injeção do radiofármaco. Não necessita preparo.

Código	Descrição
40707040 e 40707059	Cisternocintilografia

Radiofármaco: ^{99m}Tc-DTPA (ácido dietileno triamino penta acético)

Não é necessário preparo. As imagens são adquiridas nas incidências anterior, posterior e laterais de crânio, em intervalos de 2 até 24 horas após a administração do radiofármaco por punção lombar ou suboccipital.

A distribuição e dinâmica líquórica são estudadas por cintilografias obtidas em diferentes intervalos de tempo. No caso de suspeita de fístula líquórica, pode ser complementada pela colocação de tampão de algodão em narinas e ouvidos. Variações do estudo seriam a administração do radiofármaco por punção ventricular ou injeção no reservatório de válvula de derivação.

Aplicações clínicas:

Hidrocefalia: o diagnóstico diferencial de hidrocefalia comunicante inclui a hidrocefalia de pressão normal (HPN). Essa é uma causa de demência potencialmente tratável, se diagnosticada precocemente. A HPN caracteriza-se cintilograficamente pela inversão do fluxo líquórico, com ascensão e reabsorção do radiofármaco nos ventrículos laterais.

Fístula líquórica: o trajeto fistuloso e a eliminação do radiofármaco em secreções podem ser detectados pela cintilografia, com menor risco que a administração intratecal de contrastes iodados.

Derivação ventricular: a progressão do radiofármaco auxilia na definição de perviedade do sistema de derivação em casos duvidosos.

ONCOLOGIA/INFECTOLOGIA - IN VIVO

Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela + linfocintilografia

Código	Descrição
40708098	Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela
40708101	Linfocintilografia

Consiste na detecção do primeiro linfonodo axilar a receber a drenagem linfática da mama. Se esse linfonodo estiver negativo, a chance de outros estarem acometidos é de 0,3%. Nesse caso, não há necessidade de esvaziar a axila. O linfonodo sentinela está indicado em tumores com estadiamento T1 e T2, com axila clinicamente negativa e para portadores de carcinomas ductais *in situ* com indicação de mastectomia.

Código	Descrição
40708020	Cintilografia com Gálio-67

Radiofármaco: Gálio 67 (⁶⁷Ga-citrato de gálio)

Quando há interesse na visualização de estruturas abdominais, é necessário uso de laxantes prévio à realização das imagens. As imagens são feitas de 24 a 48 horas após a administração endovenosa do radiofármaco, nas incidências anterior e posterior do corpo inteiro.

O gálio comporta-se como análogo ao ferro e, após sua administração, é transportado por proteínas séricas, principalmente transferrina. A hiper captação observada em alguns tumores e processos inflamatórios se deve ao aumento de aporte sanguíneo, alterações de permeabilidade vascular e extravasamento de proteínas ligadas ao gálio, assim como a presença de receptores de ferro e transferrina nesses sítios.

As principais indicações do método são a localização de processos inflamatórios ou tumorais e a avaliação de atividade inflamatória ou tumoral em órgãos sem alterações anatômicas ou com alterações sequelares. Outros marcadores inflamatórios e tumorais de introdução mais recente incluem os leucócitos, anticorpos policlonais e monoclonais radiomarcados.

Aplicações clínicas:

Processos tumorais

Linfoma: a sensibilidade do método é maior para linfoma de Hodgkin, não Hodgkin tipo histiocítico e linfoma de Burkitt, principalmente quando em topografia extra-abdominal. A positividade da cintilografia não é determinada apenas pela dimensão dos linfonodos, complementando o estadiamento inicial e controle pós rádio ou quimioterapia feito pelos demais métodos de imagem. Pode-se determinar o envolvimento de linfonodos que não seriam valorizados por seu pequeno diâmetro ou a não recidiva em grandes linfonodos esclerosados.

Hepatocarcinoma: a dificuldade de diagnóstico diferencial entre o hepatocarcinoma e lesões pseudotumorais (áreas de regeneração e fibrose) em cirróticos justifica o emprego da cintilografia nesses pacientes, em que se demonstra acentuada captação de Gálio em superposição à área de hipocaptação de enxofre coloidal (mapeamento hepático convencional).

Outras indicações: incluem o estadiamento à distância de melanoma e a avaliação de acometimento ganglionar por carcinoma broncogênico. A sensibilidade descrita para outras linhagens tumorais é variável, sendo discutível a indicação do método.

Processos inflamatórios

Pulmonar: o método permite a detecção de atividade inflamatória em patologias pulmonares, como tuberculose, blastomicose, pneumoconiose, cujo padrão radiológico pode não fazer a distinção entre processo ativo ou sequelar. O acometimento pulmonar por colagenoses, fibrose pulmonar idiopática, pneumonite química (ex.: amiodarona), pneumocistose e outros processos intersticiais, por vezes de pequena repercussão anatômica, são diagnosticados precocemente. Estudos sequenciais podem ser utilizados no controle evolutivo ou na avaliação de resposta terapêutica.

Abdominal: indicado em pacientes com suspeita de processo infeccioso abdominal, porém sem dados localizatórios, assim como em pacientes impossibilitados de realizar ultrassom e tomografia computadorizada ou nos quais eles se mostraram negativos.

Osteoarticular: o estudo com gálio é utilizado na investigação de processo infeccioso superposto a patologias que acarretam aumento do ritmo de remodelação óssea, nas quais a cintilografia óssea com MDP não é conclusiva.

Outros: o método pode ser empregado na localização de foco em febre de origem indeterminada, detecção de abscessos, nefrite etc.

Obs.: em locais que dispõem de equipamento de PET/CT, a cintilografia com Gálio-67 está sendo substituída por esse exame, no qual usa-se a molécula de FDG marcado com F-18 para realização de imagens tomográficas do corpo todo, com maior sensibilidade e especificidade na maioria das indicações descritas acima.

Código	Descrição
40708039	<i>Cintilografia com leucócitos marcados</i>

Radiofármaco: leucócitos marcados com tecnécio 99m-HMPAO (hexametil propileno amino oxima)

Não é necessário preparo. Após separação em banco de sangue, os leucócitos são marcados por composto lipofílico de ^{99m}Tc-HMPAO e reinfundidos no paciente.

Todo o procedimento de sedimentação, segregação e marcação é realizado em uma capela de fluxo laminar para evitar qualquer contaminação.

Imagens do corpo inteiro serão adquiridas de 4 a 6 horas após a reinjeção de leucócitos marcados. Imagens de 24 horas poderão ser necessárias.

A captação do radiofármaco no foco inflamatório é decorrente dos próprios mecanismos de quimiotaxia e diapedese dos neutrófilos.

Código	Descrição
40708101	<i>Linfocintilografia</i>

De membros superiores ou inferiores

Não é necessário preparo. A drenagem linfática dos membros superiores ou inferiores é estudada após a injeção subcutânea do radiofármaco em espaços interdigitais dos pés ou das mãos. Realiza-se imagens sequenciais das regiões inguinais (em caso de membros inferiores) ou axilares (em caso de membros superiores) para avaliação do tempo e da presença ou não de linfonodos nessas regiões. Depois, realiza-se imagens do corpo inteiro nas projeções anterior e posterior, após 30 minutos e 2 horas da administração do radiofármaco.

Pesquisa do linfonodo sentinela

Código	Descrição
40708101	<i>Linfocintilografia +</i>
40708098	<i>Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela</i>

Outra aplicação, é a pesquisa de linfonodo sentinela, que é realizada em duas etapas, sendo uma pré-operatória (linfocintilografia) e a outra intraoperatória (detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela).

Primeira etapa: administra-se o radiofármaco de forma subcutânea (periareolar) ou intradérmica peri/intratumoral (em caso de CA de mama) ou pericatricial (em caso de melanoma) e, após aproximadamente 20 a 30 minutos, são realizadas imagens da região de interesse onde pode estar o linfonodo sentinela para marcação.

Segunda etapa: intraoperatória, com a ajuda do Gamma Probe (aparelho portátil composto por sonda de detecção e sistema de registro digital da radiação), é feita a localização do linfonodo sentinela para retirada e análise anatomopatológica.

ROLL (“RADIOGUIDED OCCULT LESION LOCALIZATION”)

Código do ultrassom ou mamografia com biópsia (radiologia)

Código	Descrição
40708071	Demarcação radioisotópica de lesões tumorais
40708080	Detecção intraoperatória radioguiada de lesões tumorais

Técnica para localização de lesões tumorais não palpáveis. Consiste na injeção intratumoral do radiofármaco orientada por ultrassonografia ou mamografia. Depois, utiliza-se o Gamma Probe para localização intraoperatória da lesão radiomarcada.

SNOLL (“Sentinel Node and Occult Lesion Localization”)

Técnica que utiliza os dois métodos simultâneos – Pesquisa do linfonodo sentinela e ROLL. Dessa forma, utiliza-se 4 códigos da Medicina Nuclear e 1 da radiologia, pois seriam realizados: ultrassom ou mamografia, linfocintilografia, detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela, demarcação radioisotópica de lesões tumorais e detecção intraoperatória radioguiada de lesões tumorais.

CINTILOGRAFIAS PARA TUMORES NEUROENDÓCRINOS (FEOCROMOCITOMA, TUMOR CARCINOIDE, NEUROBLASTOMA, GASTRINOMA) REALIZADAS COM OCTREOSCAN

A 40708012 – Cintilografia com análogo de somatostatina – Octreoscan auxilia na localização e no diagnóstico de tumores em órgãos que recebem o hormônio da somatostatina. Em especial, tumores de origem neuroendócrina – carcinoides, feocromocitomas e carcinomas medulares de tireoide.

Em alguns locais, os serviços têm feito acordos locais substituindo esse exame pelo PET/CT com DOTA. O radiofármaco para esses exames varia de 1,5 a 2x o valor do FDG-F18 (Glicose do PET/CT Oncológico).

Pet-Scan Oncológico

Código	Descrição
40708128	PET dedicado oncológico
41001222	TC para PET dedicado oncológico

Apenas PET/CT oncológico está no rol e com DUT. Existem outros exames de PET/CT fora do rol, como cardiológico (viabilidade miocárdica) e neurológico (localização de foco epileptogênico e diagnóstico diferencial de demências).

Informações gerais: exame de imagem diagnóstico usado para avaliar a presença de lesões com metabolismo glicolítico aumentado (lesões hipermetabólicas).

Principais indicações (em sua maioria, oncológicas):

- Diferenciar lesões benignas de malignas
- Detectar o tumor primário quando o diagnóstico de câncer é feito por uma metástase ou síndrome paraneoplásica

- Estadiamento de tumores malignos
- Avaliar a resposta terapêutica das neoplasias
- Diferenciar tecido cicatricial ou necrótico de tumor viável (em pacientes já tratados)
- Detectar recorrência tumoral, principalmente quando marcadores tumorais estão elevados
- Selecionar local de biópsia em tumores ou suspeita de tumores
- Guiar planejamento radioterápico
- Indicações não oncológicas: como detectar sítios de inflamação ou infecção

Contraindicações:

As contraindicações são relativas, dependendo da gravidade do caso, e incluem gravidez e amamentação.

Duração do exame: aproximadamente 2 horas

Preparo:

1. O paciente deve fazer jejum por 4–6 horas antes do exame, incluindo bebidas, exceto água, para reduzir os níveis fisiológicos de glicose e insulina. Soro glicosado e alimentação parenteral também devem ser suspensos por 4–6 horas antes. Hidratação oral com água deve ser estimulada.
2. No Serviço de Medicina Nuclear:
 - No momento da injeção e por mais 1 hora, o paciente deve permanecer em repouso, para evitar captação muscular.
 - Durante essa 1 hora de repouso, deve-se manter o paciente aquecido para minimizar a captação em gordura marrom que pode dificultar a interpretação do estudo, principalmente, na região cervical, podendo ser crítico para neoplasia nessa localização (carcinomas de cabeça e pescoço, e de tireoide). Algumas instituições administram diazepam ou betabloqueadores antes da administração do radiofármaco para reduzir essa possível captação. O diazepam também ajuda a reduzir uma possível captação muscular.
 - A glicemia deve ser checada antes da injeção do traçador, pois estados hiperglicêmicos reduzem a captação de FDG18F. Se o nível de glicemia estiver acima de 150–200 mg/dL, o paciente pode ser remarcado ou pode-se administrar insulina regular por via endovenosa.

A tomografia computadorizada (CT) pode ser adquirida com baixa dose (mais usual) para realizar a correção de atenuação/localização anatômica.

A utilização de contraste endovenoso e oral pode ser considerada, apesar de não ser essencial, para melhor a visualização de vasos, realce de lesões suspeitas e trato gastrointestinal. Nesse caso, deve-se observar as suas possíveis contraindicações. Água também pode ser usada como contraste oral negativo - o paciente deve realizar hidratação oral durante a fase de captação do traçador e beber 1 copo de água imediatamente antes da entrada no equipamento.

Obs.: para estudos cerebrais, o paciente deve permanecer em um local com pouca luminosidade e pouco barulho, no momento da injeção e por mais 1 hora (fase de captação do traçador).

Radiofármaco: fluordesoxiglicose (FDG18F)

Dose adulto: 10 mCi ou 0,12–0,14 mCi/kg (estudo cerebral: 5 mCi)

Dose pediátrica: 0,12–0,14 mCi/kg

Aquisição:

Tempo após a injeção: usualmente, as imagens são adquiridas 1 hora após a administração do FDG-18F, podendo ser adquiridas por até 90 minutos após.

Aqui, lembramos que apenas o PET/CT Oncológico tem cobertura obrigatório de acordo com o atual Rol (RN vigente da ANS) por meio da DUT nº 60 (transcrita abaixo).

- 1.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. para caracterização das lesões;
 - b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - c. na detecção de recorrências.
- 2.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. no estadiamento primário;
 - b. na avaliação da resposta terapêutica;
 - c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não Hodgkin.
- 3.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer colorretal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. câncer recidivado potencialmente ressecável;
 - b. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
 - c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos, com ou sem CEA aumentado.
- 4.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para avaliação de nódulo pulmonar solitário, quando preenchidos todos os seguintes critérios:
 - a. ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
 - b. nódulo maior que 1 cm;
 - c. não espiculados;
 - d. sem calcificações.
- 5.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.
- 6.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:
 - a. presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
 - b. quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.
- 7.** Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo), sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
 - b. para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos à metastectomia (exceto para lesões de SNC ou muito pequenas < 3 mm de espessura).

8. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).
9. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico com análogos de somatostatina para pacientes portadores de tumores neuroendócrinos que potencialmente expressem receptores de somatostatina, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. localização do tumor primário
 - b. detecção de metástases
 - c. detecção de doença residual, recorrente ou progressiva
 - d. determinação da presença de receptores da somatostatina

OBS.: em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para esse procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizá-lo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.

PET/CT com DOTA marcado com Gálio-68 (análogo de somatostatina)

Código	Descrição
40708128	PET dedicado oncológico
41001222	TC para PET dedicado oncológico

Não existe um código específico e, portanto, deve ser usado o mesmo do oncológico.

Pelo menos três análogos marcados com Gálio-68 são descritos na literatura: DOTATOC, DOTA-NOC, DOTA-TATE, sem superioridade evidente demonstrada de qualquer um deles.

No Brasil, o radiofármaco pode ser obtido por meio de doses calibradas pelo IPEN ou in loco, com geradores de $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$ e módulos de marcação.

O radiofármaco deve ser administrado em acesso venoso periférico com doses de 100 a 260 MBq – 2,7 a 7 mCi.

Indicações:

A indicação básica do exame é a realização de imagens de tumores neuroendócrinos que apresentem expressão de receptores da somatostatina.

Nesses tumores, o exame tem indicação para:

- Estadiamento de doença conhecida.
- Localização de tumor primário em pacientes com sinais clínicos ou laboratoriais de doença.
- Localização de tumor primário em pacientes com metástase conhecida (por exemplo, linfonodo metastático).
- Seguimento de pacientes com tumor neuroendócrino conhecido com objetivo de detecção de doença residual, recorrente ou progressiva (reestadiamento), inclusive naqueles com aumento de marcadores tumorais.
- Determinação e quantificação da presença de receptores da somatostatina por meio de parâmetros visual e semiquantitativo (SUV), para fins de estratificação prognóstica e seleção terapêutica (terapia com análogos da somatostatina marcados ou não).

Aquisição:

Tempo após a injeção: usualmente, as imagens são adquiridas 45 a 60 minutos após administração venosa do DOTA marcado do Gálio-68.

Respiratório - in vivo

Código	Descrição
40709035	Cintilografia pulmonar de perfusão

Radiofármaco: ^{99m}Tc-MAA (macroagregado ou microesferas de albumina)

Não é necessário preparo. O estudo é iniciado logo após a administração endovenosa do radiofármaco, nas incidências anterior, posterior, laterais e oblíquas de tórax.

As partículas de albumina, devido ao seu diâmetro, impactam na rede capilar pulmonar quando administradas por via endovenosa. Essa microembolia não traz repercussões clínicas, por ser transitória e envolver menos que 0.1% dos vasos. As imagens obtidas demonstram a distribuição do fluxo sanguíneo na microcirculação pulmonar.

Código	Descrição
40709027	Cintilografia pulmonar de inalação

Radiofármaco: aerossol de ^{99m}Tc-DTPA (ácido dietileno triamino pentacético)

Não é necessário preparo, entretanto, é um exame de difícil realização em crianças abaixo de 5 anos e pacientes entubados. As imagens são realizadas nas incidências anterior, posterior, laterais e oblíquas de tórax após a inalação do radiofármaco.

O aerossol de DTPA deposita-se em vias aéreas e alvéolos, por impactação e sedimentação. As cintilografias demonstram a distribuição da ventilação pulmonar.

Obs.: as imagens perfusionais e inalatórias são realizadas nas projeções anterior, posterior, oblíquas anteriores e posteriores, laterais e tomográficas de tórax (SPECT).

Aplicações clínicas:

As alterações perfusionais pulmonares são observadas de forma pouco específica em diferentes patologias (processos parenquimatosos, vasculares e mesmo secundários a alterações ventilatórias), sendo geralmente necessária a análise conjunta do estudo de perfusão e ventilação.

Tromboembolismo pulmonar (TEP): devido à baixa sensibilidade e especificidade do quadro clínico e do Rx simples do tórax, a cintilografia é um método indicado para o diagnóstico de embolia pulmonar. A angiotomografia pulmonar, devido à vasta disponibilidade e facilidade no uso da urgência, é o método de escolha para o diagnóstico de TEP, confirmado pelos estudos PIOPED I a III (Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis). O padrão cintilográfico observado é de áreas segmentares ou subsegmentares de hipoperfusão com ventilação normal (padrão discordante ou de mismatch). Embolia pulmonar de outras origens, vasculites, compressão vascular extrínseca e hipertensão pulmonar secundária à embolia podem ser igualmente avaliados cintilograficamente.

“Shunt” pulmonar: pacientes com cardiopatias cianóticas ou fístulas arteriovenosas pulmonares apresentam desvio do macroagregado de albumina administrado da circulação pulmonar para a sistêmica. A porcentagem de radiofármaco captado no pulmão em relação ao corpo inteiro serve como parâmetro quantitativo de avaliação e acompanhamento, inclusive após intervenções cirúrgicas.

Permeabilidade da membrana alvéolo-capilar: o DTPA depositado a nível alveolar atravessa a membrana alvéolo-capilar e cai na circulação sistêmica, sendo eliminado pelos rins. Imagens sequenciais de tórax permitem calcular a velocidade de clareamento do radiofármaco retido nos pulmões, determinada pela permeabilidade da membrana alvéolo-capilar. Essa permeabilidade se encontra aumentada em processos inflamatórios.

Código	Descrição
40708020	<i>Cintilografia pulmonar com Gálio-67</i>

Radiofármaco: Gálio-67 (citrato de gálio)

Não é necessário preparo. Imagens nas incidências anterior e posterior de tórax são adquiridas 48 horas após a administração endovenosa do radiofármaco.

Aplicações clínicas:

A cintilografia com gálio é um método não invasivo e com alta sensibilidade na detecção e no acompanhamento de processos inflamatórios pulmonares.

Pode ser empregada para diagnóstico, avaliação terapêutica ou confirmação de atividade inflamatória frente a alterações anatômicas sequelares.

Terapia - in vivo

Código	Descrição
40710114	<i>Tratamento de metástases ósseas com isótopos alfa-emissores</i>
40710076	<i>Tratamento de metástases ósseas (Estrôncio-90)</i>
40710084	<i>Tratamento de metástases ósseas (Samário-153)</i>

O código 40710114 foi incluído como coberto com necessidade de autorização devido à ocorrência de linomares e NIPs, mas apenas poucos serviços o utilizam, geralmente em grandes cidades.

Os mais utilizados são os procedimentos com Samário e Estrôncio, ambos estão no Rol e o mais utilizado na prática clínica é com o Samário.

Em todas as terapias realizadas no serviço de Medicina Nuclear com material radioativo, é necessária consulta médica prévia (Sessão médica para planejamento de terapias).

1) Tratamento de hipertireoidismo grave = Doenças graves, bócio difuso tóxico (40710050)

Preparo:

- Dieta pobre em iodo (cada serviço dispõe da sua)
- Jejum absoluto de 6 horas

Dose de Iodo-131: 10 a 15 mCi

2) Tratamento de hipertireoidismo Plummer = Doença de Plummer, bócio nodular tóxico (40710068)

Ver: Tratamento de Hipertireoidismo Graves

Dose de Iodo-131: 30 a 50 mCi

3) Tratamento de câncer da tireoide (40710041)

Ver preparo tireoide.

Dose de Iodo-131: de 50 a 400 mCi (depende da indicação médica)

Doses acima de 30 mCi necessitam de internação em quarto de iodoterapia. (*Vide Pauta nº 11 ATA 101º do CNA*). Pode fazer PCI 5-7 dias após a dose terapêutica.

4) Tratamento paliativo da dor óssea com Samário-153 (40710084)

Indicado para paciente com múltiplas metástases ósseas por CA de próstata e mama (normalmente), com dor não controlada por analgésicos e que não seria resolvida por radioterapia localizada.

5) Tratamento de neuroblastoma com MIBG-I131 (40710025)

Bloquear a tireoide com iodetal, por 3 semanas antes até 2 semanas depois da dose. Dose diluída em 200-500 ml e correr em 3 horas. Pode dar propranolol para evitar efeitos simpatomiméticos.

Bibliografia

Osteoarticular

Brown ML, Collier BD Jr, Fogelman I: Bone scintigraphy part 1- Oncology and infection; part 2- Orthopedic bone scanning; part 3- Bone scanning in metabolic bone disease. *Journal of Nuclear Medicine*, 1993-34:2236.

Nuclear Orthopedics, in: *Semin Nucl Med*, 1988-18/2:78.

Radionuclide Bone Imaging and Densitometry, ed: Mettler FA, Jr; Churchill Livingstone - Edinburgh, 1988

Schauwecker DS: The scintigraphic diagnosis of osteomyelitis. *Am J Roentgenol*, 1992-158/1:9.

Endocrinologia

Hamburger JI, Hamburger SW: Diagnosis and management of large toxic multinodular goiters. *J Nucl Med*, 1985-26:888.

Maxon HR, Englaro EE, Thomas SR et al: Radioiodine 131 therapy for well differentiated thyroid cancer. A quantitative radiation dosimetric approach: outcome and validation in 85 patients. *J Nucl Med*, 1992-33:1132.

Molitch ME, Beck JR, Dreisman M: The cold thyroid nodule: an analysis of diagnostic and therapeutic options.

Endocr Rev, 1984-5:185.

Parathyroid scintigraphy. Hartshorne MF in: *Imaging of the Thyroid and Parathyroid glands: A practical guide*; ed: Eisenberg B. Churchill Livingstone - Edinburgh, 1991.

Ryo UY, Arnold J, Colman M: Thyroid scintigram: sensitivity with sodium pertechnetate Tc99m and gamma camera with pinhole collimator. *JAMA*, 1976-235:1235.

Thyroid and Parathyroid imaging; ed Sandler MD, Patton JA, Partaum CC. Appleton Century Crofts - East Norwalk, CT, 1986.

Winzelberg GC, Hydovitz JD, O'hara KR et al: Parathyroid adenoma evaluated by Tl201 - Tc99m pertechnetate subtraction scintigraphy and high resolution ultrasonography. *Radiology*, 1985-155:231.

MIBG

Lumbroso JD, Guermaz F, Hartmann O: MIBG scans in neuroblastoma, a review of 115 scans. *Prog Clin Biol Res*, 1988-271:689.

Shapiro B, Copp JE, Sisson JC: I131-I-MIBG for the location of suspected pheochromocytoma: experience in 400 cases (411 studies). *J Nucl Med*, 1985-26:576.

Shapiro B, Sisson JC, Llyd R: Malignant pheochromocytoma. Clinical, biochemical and scintigraphic characterization. *Clin. Endocrinol*, 1984-20:189.

VonMoll L, McEwan AJ, Shapiro B: I131-MIBG scintigraphy of neuroendocrine tumours other than pheochromocytoma and neuroblastoma. *J Nucl Med*, 1987-28:979.

Nefrologia

- Arsh JM, Gilday DL: Renal nuclear imaging and analysis in pediatric patients. *Urol Clin N Am*, 1980-7:201.
- Björgvinsson E, Majd M, Egli KD: Diagnosis of acute pyelonephritis in children: comparison of sonography and ^{99m}Tc-DMSA scintigraphy. *Am J Roentgenol*, 1991-157:539.
- Chen DCP, Holder LE, Melloul M: Radionuclide scrotal imaging: Further experience with 210 patients: I- Anatomy, pathophysiology and methods. II Results and discussion. *J Nucl Med*, 1983-24:735.
- Conway JJ: "Well tempered" diuresis renography: Its historical development, physiological and technical pitfalls, and standardized technique protocol. *Seminars in Nuclear Medicine*, 1992-22:74.
- Daly MJ, Henry RE: Defining renal anatomy and function with ^{99m}technetium dimercaptosuccinic acid: clinical and renographic correlation. *The Journal of Urology*, 1981-126:5.
- Eggl DF, Tulchinsky M: Scintigraphic evaluation of pediatric urinary tract infection. *Seminars in Nucl Med*, 1993-22/3:1993.
- Golraich NP, Ramos OL, Goldraich IH: Urography versus DMSA scan in children with vesicoureteric reflux. *Pediatric Nephrol*, 1989-3:1
- Kenda RB, Kenig T, Budihna N: Detecting vesicoureteral reflux in asymptomatic siblings of children with reflux by direct radionuclide cystography. *Eur J Pediatrics*, 1991-150:735.
- Majd M, Kass EJ, Belman AB et als: Radionuclide cystography in children: comparison of direct (retrograde) and indirect (intravenous) techniques. *Ann Radiol*, 1985-28:322.
- Maurra S, Cuocolo A, Reynolds JC et als: Iodine ¹³¹-metaiodobenzylguanidine scintigraphy in preoperative and postoperative evaluation of paragangliomas: Comparison with CT and MRI. *J Nucl Med*, 1993-34:173.
- Nelly JV, Chen C, Fine E: Diagnostic criteria of renovascular hypertension with captopril renography - A consensus statement. *Am J Hypertension*, 1991-4:7495.
- Nosrallah PF, Sreeramulu N, Crawford J: Clinical applications of nuclear cystography. *J Urology*, 1982-128:550.
- Preston DF, Luke RG: Radionuclide evaluation of renal transplants. *J Nucl Med*, 1979-20:1095.
- Taylor AJr, Ziffer JA, Steves A: Clinical comparison of ^{113m}IOH and the kit formulation of ^{99m}Tc mercaptoacetyltriglycine. *Radiology*, 1989- 170: 721.

Neurologia

- Abdel Dayen HM, Sadek SA, Kouris K: Changes in cerebral perfusion after acute head injury. Comparison of CT with HM-PAO SPECT. *Radiology*, 1987-165:221.
- Alavi A, Hirsch LJ: Studies of central nervous system disorders with single photon emission computed tomography and positron emission tomography. *Seminars in Nuclear Medicine*, 1991-21:58.
- Goodman JM, Heck LL, Moore BD et al: Confirmation of brain death with portable isotope angiography: A review of 201 consecutive cases. *Neurosurgery*, 1985-16:492.
- Graham P, Howman-Giles R, Johnston I et al: Evaluation of CSF shunt patency by means of technetium ^{99m}-DTPA. *J Neurosurgery*, 1982-56:262.
- Holman BL, Johnson KA, Gerada B: The scintigraphic appearance of Alzheimer's disease: A prospective study using technetium ^{99m}-HMPAO SPECT. *J Nucl Med*, 1992-33:181.
- Launes J, Nikkinen P, Lindroth L: Brain perfusion defect size in SPECT predicts outcome in cerebral infarction. *Nucl Med Commun*, 1989-10:891.
- Radionuclide cisternography. Harbert J in: *Textbook of Nuclear Medicine* ed Harbert J, Rocha FGLea & Febiger - Philadelphia, 1984.
- Rowe CC, Berkovic SF, Austin Mc: Visual and quantitative analysis of interictal SPECT with technetium ^{99m} HMPAO in temporal lobe epilepsy. *J Nucl Med*, 1991-32:1688.
- Yoshii Y, Saton M, Yamamoto T: The role of thallium ²⁰¹ SPECT in the investigation and characterization os brain tumours in man and their response to treatment. *Eur J Nucl Med*, 1993-20:39.

Cardiologia

Bonow RO, Picone AL, McIntosh CL et als: Survival and functional results after valve replacement for aortic regurgitation from 1976 to 1983: impact of preoperative left ventricular function. *Circulation*, 1985-72:1244.

Brown KA, Rowen MA: Prognostic value of a normal exercise myocardial perfusion imaging study in patients with angiographically significant coronary artery disease.

Am J Cardiol, 1993-71:865

Bulkley BH, Hutchins GM, Bailey I: Thallium 201 imaging and gated cardiac blood pool scans in patients with ischemic and idiopathic congestive cardiomyopathy.

Circulation, 1977-55:753

Corbett JR, Lewis M, Willerson JT: ^{99m}Tc-Pyrophosphate imaging in patients with acute myocardial infarction: comparison of planar imaging with single photon emission computed tomography with and without blood pool overlay. *Circulation*, 1984-69:1120.

Corbett JR, Lewis SE, Wolfe CL: Measurement of myocardial infarct size by technetium pyrophosphate single photon tomography. *Am J Cardiol*, 1984-54:1231.

Gibbons RJ: Equilibrium Radionuclide Angiography. in: *Cardiac Imaging - A companion to Braun Wald's Heart Disease*. ed Marcus ML, Schelbert HR, Skorton DJ, Wolf GL, Braunwald E WB Saunders Co - Philadelphia, 1991

Gottdiener JS, Mathisen DJ, Borer JS: Doxorubicin cardiotoxicity: assessment of late left ventricular dysfunction by radionuclide cineangiography. *Ann Intern Med*, 1981-94:430.

Jones RH, Austin EH, Peter CA: Radionuclide angiocardiography in the diagnosis of congenital heart disorders. *Ann Surg*, 1981-193:710.

Miller TD, Taliencio CP, Zinsmeister AR: Risk stratification of patients with single or double vessel disease and impaired left ventricular function using exercise radionuclide angiography. *Cardiol*, 1990-65:1317.

Poliner LR, Buja LM, Parkey RW: Clinicopathological findings in 52 patients studied by technetium 99m stannous pyrophosphate myocardial scintigraphy. *Circulation*. 1979-59:257

Rutherford JD, Roberts R, Muller JE: Multicenter investigation of the limitation of infarct size (MILIS): comparison of enzymatic, scintigraphic and electrocardiographic methods of detecting acute myocardial infarction. *Circulation*, 1981(suppl IV)-IV:84.

Varma SK, Watson DD, Beller GA: Quantitative comparison of thallium 201 scintigraphy following exercise and dipyridamole. *Am J Cardiol*, 1989-64:871.

Wackers FJT: Thrombolytic therapy for myocardial infarction: assessment of efficacy by myocardial perfusion imaging with technetium 99m sestamibi. A symposium: technetium 99m myocardial perfusion imaging agents and their relation to thallium 201. *Am J Cardiol*, 1990-66:36E.

Cintilografia com Gálio

Cardiovascular Nuclear Medicine: An update. *Seminars in Nuclear Medicine*, 1991-221/3:173

Garcia E, Cooke CD, VanTraum KF: Technical aspects of myocardial SPECT imaging with technetium 99m sestamibi. *Am J Cardiol*, 1990-66:23E.

Hoffer PB, Newmann RD: Gallium and infection. in: *Diagnostic Nuclear Medicine*. ed Gottschalk A, Hoffer PB, Potchen EJ. Williams & Wilkins - Baltimore, 1989.

Iskandrian AS, Heo J, Kong B: Use of technetium 99m isonitrite in assessing left ventricular perfusion and function at rest and during exercise thallium 201 SPECT imaging. *Am J Cardiol*, 1989-64:270.

McMahon H, Bekerman C: Gallium-67 scintigraphy; Diagnostic significance of gallium lung uptake in patients with normal chest radiographs. *Radiology*. 1978-127:189.

McNeil BJ, Saunders R, Alderson PO: A prospective study of computed tomography, ultrasound and gallium imaging in patients with fever. *Radiology*, 1981-139:647.

Negasne N: Gallium scanning in the diagnosis of hepatocellular carcinoma: a clinicopathological study of 45 patients. *Clin Radiol*, 1983-34:139.

Tumeh SS, Kosenthal DS, Kaplan WD: Lymphoma: evaluation with Ga-67 SPECT. *Radiology*, 1987-164:111.

Pneumologia

Alderson PO, Line BR: Scintigraphic studies of nonembolic lung disease. in: *Diagnostic Nuclear Medicine*. ed: Gottschalk A, Hoffer PB, Potchen EJ. Williams & Wilkins - Baltimore, 1989.

Biello DR: Radiological (scintigraphic) evaluation of patients with suspected pulmonary thromboembolism.

JAMA, 1987-257:3257.

Hull RD, Raskob GE, Coats G: A new noninvasive management strategy for patients with suspected pulmonary embolism.

Arch Intern Med, 1989-149:2549.

The PIOPED investigators: Value of the ventilation perfusion scan in acute pulmonary embolism.

JAMA, 1990-263:2753.

Gastroenterologia

Alavi A, Ring EJ: Localization of gastrointestinal bleeding: superiority of ^{99m}Tc-sulphur colloid compared with angiography. Am J Roentgenol, 1981-137:741.

Brendel AJ, Leccia F, Dronvillard J et al: Single photon emission computed tomography, planar scintigraphy and transmission computed tomography in diagnosing focal hepatic disease. Radiology, 1984-153:527.

Conway JJ: Radionuclide diagnosis of Meckel's diverticulum. Gastrointestinal Radiology, 1980-5:209.

Donovan IA, Harding LK: Gastric emptying. in: Nuclear Gastroenterology. ed: Robinson PL. Churchill Livingstone - Edinburgh, 1986.

Drane WE: Nuclear medicine techniques for the liver and biliary system. Radiology Clin N Am, 1991-29:1129.

Drane WE, VanNess MM: Hepatic imaging in diffuse liver disease. Clinical Nuclear Medicine, 1988-13:182.

Kaul B, Petersen H, Grette K: Scintigraphy, pH measurement and radiography in the evaluation of gastroesophageal reflux. Scand J Gastroenterol, 1985-20:289.

Krishnamurthy GT, Turner FE: Pharmacokinetics and clinical application of technetium ^{99m} labelled hepatobiliary agents. Sem Nucl Med, 1990-2:130.

Moinuddin M, Allison JR, Montgomery JH: Scintigraphic diagnosis of hepatic hemangioma. Am J Radiology, 1985-145:223.

Smith RK, Arteburn JG: Detection and localization of gastrointestinal bleeding using in vivo labelled red blood cells. Clin Nucl Med, 1980-5:55.

Weissmann HS, Freeman LM: The biliary tract. in: Freeman and Johnson's Clinical Radionuclide Imaging. ed: Freeman LM. Grune & Stratton - Orlando, 1984.

Welch TJ, Sheedy PF, Johnson CM: Focal nodular hyperplasia and hepatic adenoma: comparison of angiography, CT, US and scintigraphy. Radiology, 1985-156:593.

Zeman RK, Burel ML, Cahow CE: Diagnostic utility of cholescintigraphy and ultrasonography in acute cholecystitis. Am J Surg, 1981-144:446.

Guidelines e orientações da SBMN – Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear – gestão 2015-2016.

NEFROLOGIA

HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIAS

Introdução

Neste capítulo, serão abordados os procedimentos relacionados à insuficiência renal – aguda ou crônica – para os quais é importante que o auditor possa ter uma visão crítica dos procedimentos solicitados e, até mesmo, avaliar a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários do Sistema Unimed.

CONCEITOS

Definições

A insuficiência renal é definida como perda da função renal, podendo ser aguda ou crônica, conforme as definições a seguir:

Insuficiência renal aguda (IRA)

É a redução aguda da função renal, em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular e/ou do volume urinário. Contudo, também ocorrem distúrbios no controle do equilíbrio hidroeletrólítico e de ácido básico.

Classificação da IRA

Estágio	Creatinina sérica	Diurese
1	De 0,3 mg/dl ou aumento de 150–200% do valor basal (1,5 a 2 vezes)	<0,5 ml/kg/h por 6 horas
2	Aumento >200–300% do valor basal (>2–3 vezes)	<0,5 ml/kg/h por mais de 12 horas
3	Aumento >300% do valor basal (>3 vezes ou creatinina sérica \geq 4,0 mg/dl com aumento agudo de pelo menos 0,5 mg/dl)	<0,3 ml/kg/h por 24 horas ou anúria por 12 horas

Somente um dos critérios (creatinina ou diurese) pode ser utilizado para inclusão no estágio.
Pacientes que necessitem de diálise são considerados estágio 3, independentemente da fase em que se encontram no início da terapia dialítica.

Insuficiência renal crônica (IRC)

Consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica – IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente, havendo a necessidade de terapia renal substitutiva para manutenção da vida.

Estadiamento e classificação da doença renal crônica (DRC)

Estágio	Filtração glomerular (ml/min)	Grau de insuficiência renal
0	>90	Grupo de risco para DRC
1	>90	Lesão renal com função renal normal
2	60-89	Insuficiência renal leve ou funcional
3	30-59	Insuficiência renal moderada ou laboratorial
4	15-29	Insuficiência renal severa ou clínica
5	<15	Insuficiência renal terminal ou dialítica
A indicação de terapia renal substitutiva é a partir do estágio 4.		

Tratamentos da insuficiência renal

Clínico: controle do volume intravascular, dos metabólitos, de infecções, nutrição, anemia e outras complicações clínicas adjacentes.

Dialítico: na falha ou insuficiência do tratamento clínico, indicação precoce de diálise antes do surgimento do quadro de uremia franca e/ou de complicações clínicas, metabólicas e eletrolíticas, com riscos de morte para o paciente. O tratamento dialítico ou diálise consiste na depuração sanguínea através de membranas semipermeáveis naturais (peritônio) ou extracorpóreas (filtros de hemodiálise/hemofiltração) aplicada em substituição à função renal.

Transplante renal: implante de um rim, o qual pode ser de doador vivo ou de doador cadáver, após estudo imunogenético do receptor e possível doador. Candidatos ao transplante são pacientes portadores de insuficiência renal crônica com clearance de creatinina igual ou menor que 20 ml/min/1,73 m². Geralmente, o transplante pode ser realizado até os 70 anos, porém, a idade biológica é mais importante que a cronológica. O melhor prognóstico de sobrevivência a longo prazo deve prevalecer, e as chances de sobrevivência no curto e longo prazo devem ser levadas em consideração.

Descrição das técnicas envolvidas: modalidades dialíticas

Hemodiálise: permite a remoção de fluido e solutos.

Hemofiltração: a prioridade é a remoção de fluido (pacientes em hipervolemia). O procedimento baseia-se exclusivamente no movimento de fluido.

Hemodiafiltração: utiliza membranas de alta permeabilidade, as quais permitem a retirada rápida de fluido e, também, a remoção de moléculas maiores, como mediadores inflamatórios em casos de sepsis.

Diálise peritoneal: depuração sanguínea e ultrafiltração através de membranas semipermeáveis naturais (peritônio), com utilização de solução glicosada introduzida na cavidade peritoneal, cujas trocas são realizadas pelo próprio paciente ou cuidador. A ultrafiltração ocorre pelo gradiente osmótico determinado pela concentração de glicose da solução utilizada. Com a absorção, o gradiente vai diminuindo ao longo do tempo.

Obs.: todos os procedimentos dialíticos podem ser intermitentes ou contínuos, dependendo das necessidades dos pacientes, da presença de patologias associadas, da disponibilidade de equipamentos e do treinamento das equipes médicas e de enfermagem.

Os códigos TUSS cobertos relativos aos processos dialíticos são:

Código	Descrição
31008011	Diálise peritoneal intermitente – agudo ou crônico (por sessão)
31008020	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) – 9 dias – treinamento
31008038	Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) por mês/paciente
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão)
30909023	Hemodiálise contínua (12h)
30909139	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) – até 4 horas ou fração
30909147	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) – até 12 horas

Esses procedimentos deverão ser valorados conforme a acomodação contratada pelo beneficiário.

Métodos intermitentes	Métodos contínuos
Diálise peritoneal intermitente	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
Hemodiálise intermitente	Ultrafiltração contínua lenta
Hemofiltração intermitente	Hemofiltração V-V contínua
Hemodiálise prolongada	Hemodiálise V-V contínua
	Hemodiafiltração V-V contínua

Observação: V-V = venovenosa

Na realização de métodos hemodialíticos, a anticoagulação é obrigatória, interferindo diretamente na eficiência e durabilidade da terapêutica dialítica. Vários métodos de anticoagulação encontram-se disponíveis para uso em sistemas hemodialíticos. A heparina continua sendo o agente anticoagulante mais utilizado.

Modalidade	Vantagens	Desvantagens
Diálise peritoneal	<ul style="list-style-type: none"> Sem anticoagulação Método contínuo Mais simples e disponível Menor instabilidade hemodinâmica 	<ul style="list-style-type: none"> Eficiência limitada no clareamento de substâncias e na ultrafiltração Hipoglicemia
Hemodiálise intermitente	Alta eficiência no clareamento de moléculas pequenas	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de anticoagulação Maior risco de instabilidade hemodinâmica
Hemodiafiltração	<ul style="list-style-type: none"> Método contínuo Controle preciso da taxa de ultrafiltração Alta eficiência no clareamento de moléculas médias e pequenas 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de anticoagulação Depende da disponibilidade de equipamentos e equipe treinada

Indicações de diálise

Hiperpotassemia: acima de 5,5 mEq/l com alterações ao ECG ou maior que 6,5 mEq/l.

Hipervolemia: edema periférico, derrames pleural e pericárdico, ascite, hipertensão arterial de difícil controle e insuficiência cardíaca refratária.

Uremia sintomática: a ureia é altamente tóxica nos vários tecidos e se manifesta no sistema nervoso central (sonolência, tremores, coma e convulsões), no sistema cardiovascular (pericardite e tamponamento pericárdico), nos pulmões (congestão pulmonar e pleurite) e no aparelho digestivo (náuseas, vômitos e hemorragias digestivas).

Acidose metabólica grave

Outras: hipo ou hipernatremia, hipo ou hipercalcemia, hiperuricemia, hipermagnesemia, hemorragias devido a distúrbios plaquetários, hipotermia e intoxicação exógena.

Escolha da modalidade dialítica

Indicação	Condição clínica	Método preferencial
IRA não complicada	Nefrotoxicidade	DP, HD
Sobrecarga de volume	Choque cardiogênico	UF, HDP, HF, DP, HDC, HDF
Uremia	IRA complicada	HD, HDP, HDF
Hipertensão intracraniana	AVC, síndrome hepatorenal	HDC, HDF, DP
Choque	Sepse, síndrome da angústia respiratória aguda	HDP, HF, HDF, HDC, DP
Nutrição	Queimados	HD, HDP, HDF, HF
Intoxicações	Barbitúricos, teofilina	Hemoperfusão, HD, HDP, HDF
Alterações eletrolíticas	Hiperpotassemia grave	HD, HDF
IRA na gravidez	Uremia no último trimestre	DP
Atualmente, não existem evidências substanciais sobre a superioridade de qualquer um desses métodos para o tratamento dialítico.		
Abreviações: HD – hemodiálise HDP – hemodiálise prolongada DP – diálise peritoneal UF – ultrafiltração HF – hemofiltração contínua HDC – hemodiálise contínua HDF – hemodiafiltração contínua		

A escolha vai depender:

- Da experiência com a modalidade
- Do acesso: vascular ou membrana peritoneal
- Da estabilidade hemodinâmica do paciente
- Do objetivo principal da diálise: remoção de solutos (HD) e remoção de fluidos (todos)

Regulação

RDC Nº 11 de 13 de março de 2014 – Anvisa

Estabelece o Regulamento Técnico para Funcionamento do Serviço de Diálise e define algumas premissas básicas:

- Controles: água potável, exames periódicos dos pacientes, programas dialíticos, registro de produtos, normas de funcionamento

- Serviços, materiais e equipamentos:

Água potável: água que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Água para hemodiálise: água tratada pelo sistema de tratamento e distribuição de água para hemodiálise (STDAH).

Dialisato: solução de diálise após diluição do CPHD (concentrado polieletrólítico para hemodiálise), na proporção adequada para uso.

Diálise peritoneal automatizada (DPA): modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente, com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.

Diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC): modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente, com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.

Diálise peritoneal intermitente (DPI): modalidade de diálise peritoneal realizada em serviços de saúde, com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

Reúso em diálise: utilização, para o mesmo paciente, do dialisador e linhas arteriais e venosas, por mais de uma vez, após os respectivos reprocessamentos. Para reprocessadores manuais, 12 vezes; para os automáticos, 20 vezes.

Reprocessamento em diálise: conjunto de procedimentos de limpeza, desinfecção, verificação da integridade e medição do volume interno das fibras e do armazenamento dos dialisadores e das linhas arteriais e venosas.

Serviço de diálise: serviço destinado a oferecer modalidades de diálise para tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica.

Serviço de diálise autônomo: serviço de diálise com autonomia administrativa e funcional, podendo funcionar intra ou extra-hospitalar.

Serviço de diálise hospitalar: serviço de diálise que funciona dentro da área hospitalar, vinculado administrativa e funcionalmente a esse hospital.

Serviço de diálise portátil: serviço de diálise para execução de procedimentos dialíticos em ambiente hospitalar fora dos serviços de diálise (UTI, semi-intensiva).

Nota Técnica Nº 06/2017 GVIMS/GGTES/Anvisa

Estabelece parâmetros para execução de procedimentos dialíticos em ambiente hospitalar, fora dos serviços de diálise, abrangidos pela RDC/Anvisa nº 154, de 15 de junho de 2004.

Caso o sistema de osmose reversa seja portátil, o equipamento deve ter registro na Anvisa:

A. O procedimento hemodialítico deve ser supervisionado integralmente por um médico e um enfermeiro e acompanhado por um técnico de enfermagem exclusivo para a execução do processo;

B. Métodos alternativos à hemodiálise convencional, como os métodos híbridos e contínuos, devem ser realizados em Unidades de Terapia Intensiva ou semi-intensiva, sob supervisão de um nefrologista, tendo como habilitação mínima registro do título de especialista no CFM;

C. Não se admite reúso de agulhas, dialisadores, linhas, isoladores de pressão e demais materiais descartáveis, bem como sobras de medicamentos, concentrado polieletrólítico (CPHD) e dialisato;

D. As medidas de prevenção e controle de infecção relacionadas ao procedimento hemodialítico devem estar previamente aprovadas pela CCIH do hospital;

E. O registro de todo o procedimento, desde a indicação até a alta, deve abranger tanto o prontuário de internação quanto as anotações específicas do serviço de hemodiálise, incluindo equipamentos e produtos;

F. O transporte e a manutenção das máquinas e dos equipamentos devem atender às exigências e recomendações das respectivas fabricantes.

Hemodiálise

A. Acessos

Acesso vascular: o acesso vascular pode ser temporário ou permanente, natural ou cateteres e próteses.

Acesso temporário: mais usados para pacientes com IRA ou que precisem iniciar HD crônica com urgência. Cateter venoso duplo lúmen, de curta duração, que pode ser implantado nas veias subclávia, femoral ou jugular, sendo a última preferencial.

O tamanho varia de acordo com o peso do paciente:

Peso	Tamanho
3 kg - 6 kg	7Fr 2L ou 7Fr 3L
6 kg - 30kg	8Fr 2L
> 25 kg	9Fr 2L
> 40 kg	12,5Fr 3L

Acesso permanente: para pacientes com IRC.

Fístula arteriovenosa (FAV): cirurgia na qual é feita anastomose de uma veia e uma artéria para suportar alto volume de sangue e alta pressão. É necessário tempo de maturação de 3 a 6 semanas para utilização. A sobrevida da FAV, a longo prazo, é alta para vasos com boas condições e cuidados específicos.

Próteses (PTFE - Politetrafluoretileno):

- Enxertos naturais (carótida bovina, veia umbilical, safena)
- Cateter de longa duração: Perm Catch

B. Máquina de diálise: atualmente, são utilizadas máquinas automatizadas, de várias fabricantes.

C. Dialisador ou hemofiltro (membrana semipermeável): é escolhido em função da superfície corporal do paciente (m^2) e da quantidade de líquido que se pretende ultrafiltrar:

Peso	Cálculo (área em m^2)
<40	Área em m^2 - 0,7
>40 <60	Área em m^2 - 0,9
>60 <90	Área em m^2 - 1,2
>90	Área em m^2 - 1,4

Os filtros comercializados e mais frequentemente utilizados são:

Marca	Tipo de membrana

D. Linhas arterial e venosa

E. Agulhas de punção da fístula

F. Solução diálise

G. Anticoagulante

H. Equipos

I. Isoladores de pressão

Os demais materiais e medicamentos podem ser vistos nos modelos de negociação.

Hemodiafiltração on line

Indicação:

30909155 – Hemodiafiltração on-line

Pacientes portadores de fístula arteriovenosa com fluxo $\geq 400\text{ml/min}$ (comprovado pelo doppler) e $Kt/V > 1,2$ no mínimo por 6 meses consecutivos, associados a um dos critérios definidos;

Crítérios:

- Disautonomia frequente (mínimo de 4 x por mês) durante sessões de hemodiálise convencional (deve ser documentada);
- Portadores de disfunção ventricular grave FEVE $< 30\%$ (sintomático);
- Amiloidose secundária;
- Hiperparatireoidismo grave (PTH $> 1500\text{ pg/ml}$) em pacientes com contra indicação para tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico.
- Na pediatria.

Diálise peritoneal (DP)

Cateter: poliuretano ou teflon, inserido com técnica de Seldinger à beira leito ou Tenkhoff em centro cirúrgico. Pode haver o envolvimento do cateter pelo omento, prejudicando o seu uso. Nesse caso, será necessária a realização de uma omentectomia parcial.

Heparina 500 U/L: deve ser adicionada ao banho logo após passagem do cateter

Soluções (dialisato): concentrações de dextrose – 1.5%, 2.5% e 4.25%, usadas conforme o volume de ultrafiltração desejado

Equipo: comum para DPI e DPAC

Equipo com sistema aranha fechado: para cicladoras (DPA)

Kit PRISMA® e KIT GENIUS®

Com base na diretriz da própria Sociedade de Nefrologia, os referidos kits para procedimentos especiais não são passíveis de pagamento em intercâmbio nacional.

Remuneração em dobro para os honorários de hemodiálise

Cabe a remuneração em dobro para os honorários de hemodiálise para planos contratualizados em apartamento, em caso de internação.

Hemodiálise em paciente com Covid 19

Os pacientes com COVID (confirmados ou suspeitos) que realizem hemodiálise utilizando-se dos pacotes já existentes para usuários HIV+ e portadores de hepatite B e C, segue normatização abaixo:

- Para pacientes em tratamento que apresentarem Síndrome Gripal;
- Testagem RT-PCR para COVID desses pacientes;
- Com resultado positivo será autorizado o pacote para sessão Hemodiálise COVID (igual ao HIV) por 14 dias;
- Com resultado negativo, paciente retorna para sessão convencional;
- O resultado RT-PCR COVID deve ser anexado à conta.
- Limitado a 8 sessões.

Visita do Nefrologista concomitante com a sessão de hemodiálise

É passível a cobrança da visita de outro médico nefrologista em paciente renal agudo internado em UTI, realizando hemodiálise por outra equipe médica. Pagamento somente em caso de terceirização do serviço com CNPJ diferente do hospital.

A auditoria da justificativa técnica é de responsabilidade da Unimed Executora.

30913128 - Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração

É passível de cobrança o procedimento 30913128 - Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração, para os cateteres totalmente implantados (PORTOCATH) e para os cateteres de longa permanência (PERMCATH) tunelizados e suturados no subcutâneo. Para estes parcialmente implantados justifica-se a retirada cirúrgica, pois necessita de cirurgia para retirar a sutura em subcutâneo profundo.

Referências bibliográficas:

Bagshaw SM, Langenberg C, Bellomo R. Urinary biochemistry and microscopy in septic acute renal failure: a systematic review. *Am J Kidney Dis* 2006; 48:695-3. Berbeco AN and Richardson RM. Sustained low-efficiency dialysis in the ICU: cost, anticoagulation, and solute removal. *Kidney Int.* 2006; 70(5):963-8.

Burdmann EA, Oliveira MB, Ferraboli R et al: Epidemiologia. In Schor N, Boim MA, dos Santos OFP (eds.): *Insuficiência Renal Aguda - Fisiopatologia, Clínica e Tratamento*, p 1. São Paulo, Sarvier, 1997.

Chertow GM et al. Acute Kidney injury, mortality, length of stay, and costs in hospitalized patients. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:3365-3370.

Cockcroft DW and Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16:31-41.

Levey AS et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation: Modification of diet in renal disease study group. *Ann Intern Med* 1999; 130:461-470.

Sociedade Brasileira de Nefrologia – Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Renal Aguda.

Sociedade Brasileira de Nefrologia – Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Renal Crônica.

NEUROLOGIA/ NEUROCIRURGIA

Código	Descrição
40103196	EEGq quantitativo (mapeamento cerebral)

Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências Avaliação de Tecnologias em Saúde Sumário das Evidências e Recomendações para o uso da Eletroencefalografia Quantitativa (Mapeamento Cerebral) - Central de Serviços Rio Grande do Sul: 2006

7 Interpretação e Recomendações

1. Não há evidências de que o resultado do EEGq em pacientes com diagnóstico de TDAH, Epilepsia ou Cefaléia, possa ser usado como instrumento para definir ou alterar condutas clínicas, ou estabelecer prognóstico. Sendo assim, seu uso nessas situações não é embasado em evidências científicas.

2. Em pacientes com diagnóstico definido de Doença de Alzheimer o uso de EEGq não é capaz de definir ou alterar condutas clínicas não havendo, portanto, indicação baseada em evidências para seu uso.

3. Em casos selecionados de dúvida diagnóstica envolvendo pacientes com Transtorno Cognitivo o EEGq pode ser útil, principalmente se usado em conjunto com outras abordagens diagnósticas. Nessas situações sugere-se a consultoria de centros de referência. (Recomendação de Grau C)

Obs.: Não há estudos demonstrando superioridade do EEGq sobre o EEG já que tratam-se de exames usados com diferentes objetivos em situações clínicas diferentes. O EEG é suficientemente superior na maioria das situações clínicas comuns; já o EEGq registra fenômenos neurofisiológicos que não são passíveis de observação pelo EEG convencional; por ex., avaliação de razão de frequências (alfa-beta, alfa-teta).

Diretrizes para realização do EEG especial: 40103757 Vídeo- eletroencefalografia contínua NÃO invasiva - 12 horas (vídeo EEG/ NT) e 40103200 Eletroencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado (até 2 horas)

A indicação da realização do exame “40103200 encefalografia especial (terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado – até 2h)” e do exame “40103757 – vídeo-encefalografia contínua não invasiva – 12h (vídeo EEG/NT)” encaixa-se em:

- investigação de epilepsia
- investigação de alterações de nível de consciência de causa não definida
- investigação de doenças degenerativas

Não há indicação de repetição de tais exames dentro de um período de 24h, pois na necessidade de investigação de achados epileptiformes ou convulsões subclínicas, o procedimento indicado é a monitorização contínua, o que está incluso em diárias e taxas hospitalares.

Não será remunerado mais de 1 (um) exame com os códigos acima na mesma data.

No caso de internação em UTI a cobrança de tais exames esta limitada a um por internação.

Os exames 40103200 encefalografia especial (terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado – até 2h e 40103757 vídeo-encefalografia contínua não invasiva – 12h (vídeo EEG/NT) são mutuamente excludentes, se realizados na mesma data.

Eletroneuromiografia

A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

Todo o custo (insumos, taxas, etc) referente aos procedimentos estão inclusos nos honorários.

Remuneração máxima de duas quantidades do exame 40103390 EMG quantitativa ou EMG de fibra única quando outros exames não diagnosticaram a suspeita de Miastenia.

Monitorização neurofisiológica

Código	Descrição
20202040	Monitorização neurofisiológica intraoperatória

Foi deliberado que a monitorização neurofisiológica é prerrogativa do neurologista, neuropediatra, neurocirurgião ou fisiatra com certificado na área de atuação/título de especialista em neurofisiologia clínica.

De acordo com Resolução CFM Nº 2.136/2015, é vedado ao médico cirurgião realizar a monitorização neurofisiológica intraoperatória concomitantemente à realização do ato cirúrgico.

Para remuneração do procedimento, é obrigatório constar em prontuário os laudos da monitorização neurofisiológica intraoperatória assinados pelo neurofisiologista ou neurologista.

Não há restrição à especialidade para realização da monitorização, entretanto, o profissional não deve fazer parte da equipe cirúrgica.

SISTEMAS DE ESTIMULAÇÃO OU INFUSÃO

Implante de eletrodo cerebral profundo

Código	Descrição
31401090	Implante de eletrodo cerebral profundo (com diretriz definida pela ANS - nº 38)

38. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de doença de Parkinson idiopática, quando haja relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- diagnóstico firmado há, pelo menos, 5 anos
- resposta à levodopa em algum momento da evolução da doença
- refratariedade atual ao tratamento clínico (conservador)
- existência de função motora preservada ou residual no segmento superior
- ausência de comorbidade com outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária (não causada pela doença de Parkinson)

2. Pacientes com tremor essencial, não parkinsoniano, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- o tremor seja intenso e incapacitante, causando desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias

b. tenha havido tratamento conservador prévio por, no mínimo, dois anos

c. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso

d. exista função motora preservada ou residual no segmento superior

3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento medicamentoso.

4. Pacientes com epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso

b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso

c. o paciente já tenha sido submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso

Conforme terminologia da DUT, essa codificação inclui o implante dos eletrodos e do gerador, além de acessos necessários para a sua realização. Ela não se presta a sensores de pressão e/ou temperatura.

Implante de eletrodos cerebral ou medular

Código	Descrição
31401104	Implante de eletrodos cerebral ou medular (com diretriz definida pela ANS - nº 37)

37. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR

1. Cobertura obrigatória para pacientes adultos com síndrome de dor crônica de origem neuropática, quando haja relatório médico e fisioterápico atestando ausência de melhora da dor, ou redução inferior a 50% no escore VAS, com tratamento medicamentoso e fisioterápico realizado continuamente por um mínimo de 6 meses.

Entretanto, como há dificuldade de reconhecermos e diferenciarmos uma dor neuropática em evolução no quadro de síndrome pós-laminectomia, sugerimos a seguinte necessidade nos envios de relatórios para análise de auditoria:

1. Características da dor que demonstrem ser neuropática (ou aplicação dos questionários DN4 ou LANSS)
2. Causa da dor lombar e tempo de diagnóstico
3. Histórico de tratamentos da coluna, informando as cirurgias, tempo de reabilitação e medicação
4. Se o paciente tiver, encaminhar laudo de eletroneuromiografia (qualquer época ou preferencialmente se realizada após a primeira cirurgia)

Essa codificação não se presta a sensores de pressão intracraniana e/ou temperatura, deve ser verificado o cumprimento das diretrizes de utilização.

Implante de gerador para neuroestimulação

Código	Descrição
31403140	Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS - nº 39)

Essa codificação é para nervo periférico ou plexos.

39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

Cobertura obrigatória para:

1. Estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso
- b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso

2. Estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade do detrusor, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. haja refratariedade ao tratamento conservador (tratamento medicamentoso, mudança de dieta alimentar, treinamento da musculatura pélvica e vesical, biofeedback)
- b. teste prévio demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral

3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral
- b. não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiátrico, realizados por, no mínimo, 6 meses
- c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea

Implante de eletrodos cerebral ou medular x Implante de gerador para neuroestimulação

Código	Descrição
31401104	Implante de eletrodos cerebral ou medular
31403140	Implante de gerador para neuroestimulação

Não são excludentes.

São procedimentos distintos com diretrizes de utilização e patologias distintas, não cabendo realização simultânea dos dois procedimentos.

Cada codificação já contempla o seu eletrodo e seu gerador específico.

Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos

Código	Descrição
31401120	Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos (com diretriz definida pela ANS - nº 45)

45. IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de dor crônica, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral
- b. não houve resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiátricos, realizados por, no mínimo, 6 meses*
- c. houve melhora com o uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica, em tratamento prévio
- d. existe intolerância intensa aos opioides orais
- e. verifica-se melhora com a infusão de opioides no compartimento epidural raquidiano realizada durante, pelo menos, 3 dias
- f. o paciente não esteja imunocomprometido

*exceto portadores de neoplasias malignas

2. Pacientes portadores de espasticidade, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:

- a. a espasticidade seja intensa, afetando, no mínimo, dois membros
- b. presença de sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico
- c. tenha havido resposta satisfatória à aplicação intratecal de baclofeno

Neurocirurgia guiada por neuronavegador

Segundo o Parecer Técnico Nº 32/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o procedimento neurocirurgia guiada por neuronavegador não se encontra listado no Anexo I da Resolução Normativa vigente. Portanto, não possui cobertura em caráter obrigatório.

É relevante esclarecer que as operadoras de planos de saúde poderão oferecer, nos termos do art. 2º, da RN nº 428, de 2017, cobertura maior que a garantida pelo Rol da ANS, seja por sua iniciativa, seja por expressa previsão contratual.

Tratamento cirúrgico de tumor da região selar com participação de otorrinolaringologista

Código	Descrição
31401341	Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar

Eventualmente, pode ser necessária a participação de um otorrinolaringologista para a realização do acesso durante o procedimento acima. Nesse caso, as equipes deverão ser remuneradas conforme as Instruções Gerais do Rol da Unimed: “Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas, será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto neste Rol”.

O código 31401341 é utilizado para valoração do ato do otorrino quando solicitado para realizar o acesso, conforme consta na CBHPM.

Entretanto, no lugar de 31401341, não é adequado solicitar codificações, tais como 30501539 – *Septoplastia por videoendoscopia*, 30502349 – *Sinusotomia esfenoideal por videoendoscopia*, 30502357 – *Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia* ou ainda turbinectomia ou turbinoplastia, septoplastia, outras codificações de sinusectomia/sinusotomia, além de códigos de hemostasia de epistaxes. Seriam decomposições de 31401341.

Também não são cabíveis a decomposição para o fechamento do acesso, solicitando-se codificações de enxerto cartilaginoso, enxerto composto, enxerto ósseo, retalho, fístula dural.

Tratamento cirúrgico da epilepsia

Código	Descrição
31401252	<i>Tratamento cirúrgico da epilepsia</i>

Conforme o PCDT do Ministério da Saúde, as indicações de cirurgia da epilepsia são respaldadas por dois ensaios clínicos randomizados seminais. A cirurgia é considerada em pacientes com crises epiléticas focais resistentes aos medicamentos, descontroladas e incapacitantes, e se as crises são originárias de uma região que pode ser removida com um risco inexistente ou mínimo de causar alguma disfunção neurológica ou cognitiva.

Existem situações específicas, nas quais, claramente, o prognóstico do tratamento cirúrgico é mais favorável que o prognóstico do tratamento medicamentoso, e que merecem, no mínimo, uma avaliação pré-cirúrgica em centros especializados. São elas: epilepsia do lobo temporal com esclerose hipocampal, hamartoma hipotalâmico, tumores glioneurais, displasias corticais focais, angioma cavernoso.

Algumas doenças podem ser tratadas cirurgicamente, dependendo do resultado da avaliação pré-cirúrgica: esclerose tuberosa, síndrome de Sturge-Weber, lesões isquêmicas congênitas unilaterais, hemimegalencefalia e síndrome de Rasmussen.

Simpatectomia

Obrigatoriedade de perícia, a ser feita pela Unimed prestadora, nos casos de cirurgia para correção de hiperidrose sem caráter estético.

Suas indicações principais são para o tratamento da dor visceral da cavidade abdominal, pélvica e torácica, e da dor isquêmica. Dores de predomínio neuropático não são classicamente incluídas entre as indicações. Devem ser indicadas apenas quando há melhora significativa e temporária da dor após bloqueios da cadeia simpática com anestésicos locais. São contraindicadas nos casos de SDRC, dor no coto de amputação, dor mielopática, dor por lesão da cauda equina, avulsão de raízes e neuralgia pós-herpética.

Simpatectomia por videotoroscopia

Código	Descrição
31403379	<i>Simpatectomia por videotoroscopia</i>

Tratamento cirúrgico de nervos periféricos

O trauma de nervo pode ser considerado não só quando o agente é por ferimento corto-contuso ou cortante. As infecções e os processos inflamatórios também podem levar à secção do nervo, e seu processo cicatricial e de regeneração ocorre do mesmo modo, dependendo da classificação de lesão de nervo que conhecemos (neuropaxia, axoniotmese ou neurotmese), sendo a neurotmese a menos comum nas causas inflamatórias.

Os axônios do coto proximal penetram através do sítio de reparo e progridem lentamente, até 1 mm/dia, principalmente nos enxertos. Esse processo pode durar de semanas a meses até atingir a placa motora e gerar função. A maturação das fibras nervosas e a recuperação do volume axonal, com espessamento mielínico, pode durar até 5-6 anos, dependendo da localização da lesão. Enquanto ocorrer continuação da denervação, principalmente com ausência do movimento, ocorre a fibrose muscular. Dois a três anos após a denervação, o nervo pode ser totalmente substituído por tecido cicatricial e gordura.

O tempo necessário para realizar a sutura entre nervos, com ou sem enxerto, é quando há sinais de regeneração do potencial de ação do nervo na eletroneuromiografia. Se não houver sinais clínicos e eletroneuromiográficos de regeneração neural entre 9-12 meses, considerar a necessidade de reexploração cirúrgica. Se uma reexploração for indicada, recomenda-se o uso de estimulação elétrica transoperatória, na presença de neuroma de continuidade ou dúvidas quanto à integridade do nervo.

Microneurólise

Trata-se de um procedimento cirúrgico aberto relacionado a nervos periféricos e plexos, que consiste no isolamento anatômico com liberação de fibras intrafascicular/intraneural envolvidos por debris e tecidos fibrosos e/ou inflamatórios. Quando realizado com microscopia, utiliza-se o termo microneurólise.

Observações:

- 1) Não deve ser autorizado para realização de bloqueios ou denervação de facetas que têm codificação específica.
- 2) Identificar e isolar um nervo, ou seu plexo, ou ramo em uma via de acesso é parte integrante do procedimento principal e não pode ser remunerado à parte.
- 3) É válida nas cirurgias de nervos periféricos a cobrança da neurólise, da sutura e da utilização de enxerto, quando necessário (3 códigos), sendo levada em consideração a regra da AMB/CBHPM que, a partir da MESMA VIA DE ACESSO, a remuneração da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior valor, acrescido de 50% do previsto para os outros atos médicos praticados, pois não há um código específico para o conjunto.

Códigos cobertos para microneurólise:

Código	Descrição
31403204	<i>Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo</i>
31403212	<i>Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos</i>
31403220	<i>Microneurólise múltipla</i>
31403239	<i>Microneurólise única</i>

Códigos cobertos para trauma de nervo periférico ou suturas:

Código	Descrição
31403123	<i>Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)</i>
31403271	<i>Microneurorrafia única</i>
31403263	<i>Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso)</i>
31403158	<i>Lesão de nervo associada à lesão óssea</i>
31403085	<i>Enxerto interfascicular</i>
31403077	<i>Enxerto interfascicular de nervo vascularizado</i>
31403352	<i>Transposição de nervo</i>
31403310	<i>Ressecção de neuroma</i>

Códigos cobertos para síndromes compressivas específicas de nervo, por técnica convencional, sendo remunerado um ou outro, no mesmo momento:

Código	Descrição
30731097	<i>Tenólise do túnel osteofibroso</i>
31403280	<i>Neurólise das síndromes compressivas</i>
31403360	<i>Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório etc.)</i>

Código coberto para síndromes compressivas específicas de nervo, por técnica videoartroscópica:

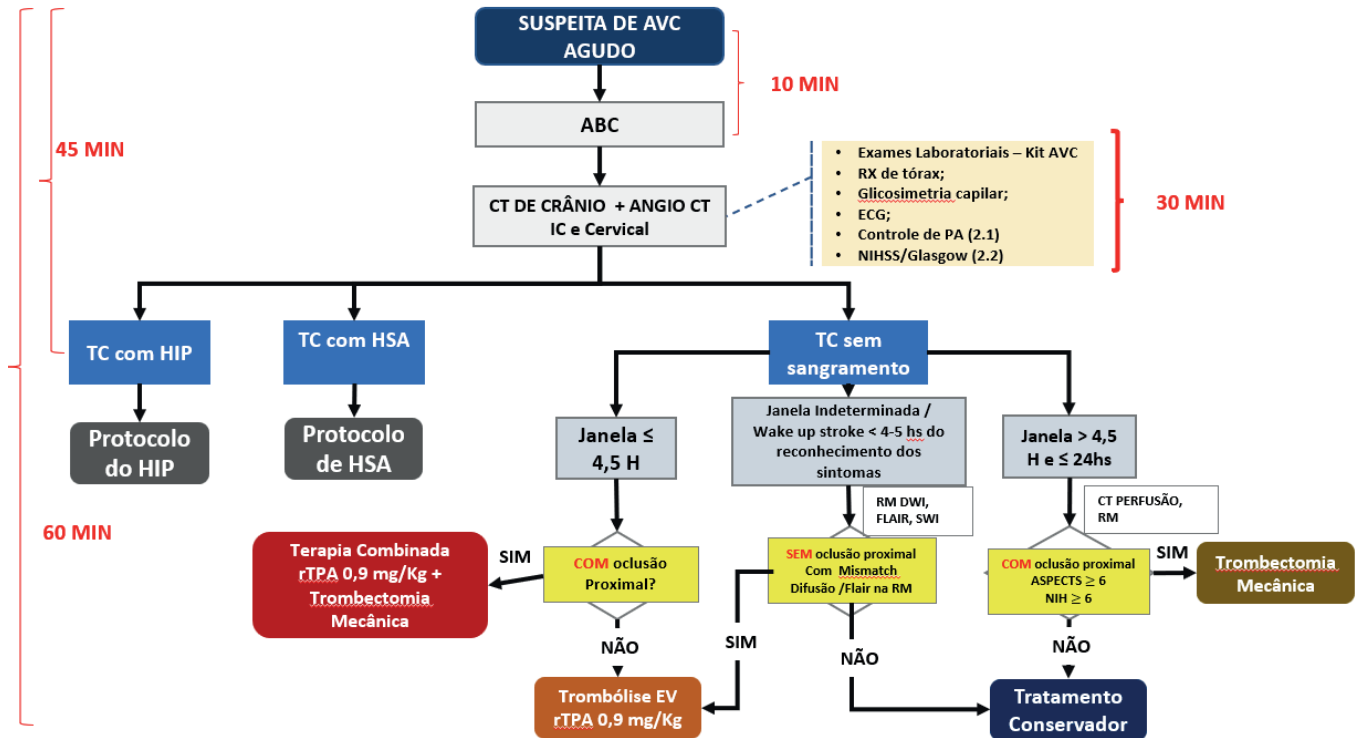
Código	Descrição
30737079	<i>Túnel do carpo - decompressão - procedimento videoartroscópico de punho e túnel do carpo</i>

No tratamento da síndrome do túnel do carpo, não é realizada microneurólise e o código não deve ser computado para essa patologia. O princípio se estende a cotovelo (ulnar) e tornozelo (tarso). No capítulo de ortopedia, há outros códigos referentes à decompressão desses nervos.

Para esse procedimento, também não serão aceitos códigos complementares, conforme Parecer do CFM nº 12/2017, quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, não será valorado o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

40814220 - Trombectomia no acidente vascular cerebral AVC isquêmico agudo

Protocolo recomendado:



NUTROLOGIA

Avaliação clínica diária enteral e/ou parenteral

Código	Descrição
20201109	<i>Avaliação clínica diária enteral</i>
20201117	<i>Avaliação clínica diária parenteral</i>
20201125	<i>Avaliação clínica diária parenteral e enteral</i>

Essas codificações são excludentes com codificações de cuidado hospitalar (10102019, 10104011 e 10104020), quando realizadas na mesma data pelo mesmo profissional.

Essas avaliações devem ser solicitadas pelo médico assistente, mediante justificativa clínica adequada – ações avaliadas pela auditoria da Unimed Executora e que não precisam de autorização prévia.

O pagamento fica limitado à quantidade de duas avaliações por semana para casos de **internação crônica**, baseado em critérios definidos (paciente com evolução estável, sem complicação relacionada à terapia nutricional, dieta plena e longa permanência – acima de 15 dias).

Avaliações adicionais são passíveis de revisão em auditoria de contas e cobrança de intercâmbio.

A remuneração será devida apenas para o especialista em Nutrologia ou com certificação na área de atuação em Nutrição Parenteral e Enteral/ Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica.

Para remuneração, há a necessidade de registro em prontuário das avaliações médicas da terapia nutricional, de forma clara e precisa, com informações relacionadas à evolução nutricional diária do paciente. Nele, devem constar também: avaliações antropométricas, sinais vitais, ingestão oral prévia, grau de severidade da doença, presença de comorbidades, bem como a função do trato gastrointestinal, além dos resultados dos exames laboratoriais, cálculo do GET (gasto energético total), indicação das dietas em relação ao diagnóstico, eventuais dificuldades da progressão da dieta, justificativas para as dietas indicadas e grau de tolerância à dieta.

Esses registros são imprescindíveis para avaliação pelo auditor hospitalar e remuneração de interconsultas e acompanhamentos referentes a avaliações diárias enteral e/ou parenteral.

O alimento/dieta, quando administrado por via oral, não sustenta remuneração dos honorários específicos para TN.

Composição corporal

Código	Descrição
20101104	<i>Avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria</i>
20101090	<i>Avaliação da composição corporal por antropometria (inclui consulta)</i>
41301048	<i>Bioimpedanciometria (ambulatorial) exame</i>

Esses códigos são excludentes quando cobrados simultaneamente ou em conjunto com a consulta/visita médica ou consulta/sessão do nutricionista.

Nutrição – Dietas

Dietas por via oral de acordo com a prescrição médica estão inclusas na diária, exceto as enterais industrializadas especiais (administradas por sonda naso ou orogástrica, gastrostomia, jejunostomia

ou ileostomia), as parenterais e os complementos nutricionais. As fórmulas infantis (infantil, infantil de seguimento, para a primeira infância, AR (anti-regurgitação) e HA (hipoalergênica), bem como as fórmulas de prematuros, independentemente da via de administração, estão incluídas nas diárias hospitalares.

8. Nutrição oral

Inclui a utilização de dietas alimentares artesanais, manipuladas ou industrializadas, complementos, suplementos e dietas enterais aplicadas por via oral associadas ou não à alimentação.

Dietas artesanais ou semiartesanais estão sempre inclusas em diárias hospitalares, independentemente da via de administração.

Dietas industrializadas enterais, modulares, complementos ou suplementos, administradas por via oral, como fonte principal ou complementar, são consideradas terapia enteral e não estão inclusas em diárias, ainda que não façam jus à remuneração de honorários específicos para TN.

Devem ser prescritas por médico, e ele deve justificar a indicação de forma cientificamente embasada e em alinhamento com práticas médicas efetivas e sustentáveis.

A consulta hospitalar/avaliação de nutricionista está coberta, mas a remuneração está contemplada na composição da diária. Dessa forma, o código constará sem valor e isso ficará claramente descrito como incluso nas diárias hospitalares.

9. Nutrição parenteral (NP)

Solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou em internação domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

São candidatos à NP, os pacientes que não satisfazem as suas necessidades nutricionais pela via digestiva, por um tempo predefinido, considerando-se também seu estado clínico e qualidade de vida.

9.1. Indicações

Pacientes com necessidade nutricional normal ou aumentada, quando a via digestiva não pode ser utilizada ou é ineficaz. Pode ser total ou complementar, quando está associada à utilização concomitante da via digestiva, e pode ser administrada em veia central ou, conforme a formulação, veia periférica.

9.2. Contraindicações

Deve ser interrompida tão logo seja possível a alimentação efetiva pela via digestiva, e o seu custo-benefício deve ser avaliado, em condições em que a recuperação do paciente não seja possível.

10. Nutrição enteral (NE)

Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não. É utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme as suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou a manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição enteral em sistema aberto: NE que requer manipulação prévia à sua administração, para uso imediato ou atendendo à orientação da fabricante.

Nutrição enteral em sistema fechado: NE industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração.

O suporte nutricional enteral é preferível ao parenteral, quando viável.

10.1. Indicações

A nutrição enteral está indicada quando a via oral é proibitiva, ausente ou insuficiente, devendo ser iniciada e interrompida de acordo com práticas médicas sustentadas e efetivas, principalmente diante de alterações nutricionais que expõem os pacientes, imediatamente ou em futuro breve, a riscos ou situações que comprometeriam a sua recuperação.

Observação: utilizar questionários padronizados de avaliação do risco nutricional por NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS, 2002, com o objetivo de detectar a presença de risco ou não de desnutrição. Para paciente com risco nutricional, é realizada e registrada a avaliação nutricional, que além de detectar desnutrição, também classifica seu grau e permite coleta de informações que auxiliem em sua correção.

10.2. Contraindicações clássicas

- Obstrução intestinal total
- Vômitos intratáveis
- Diarreia intratável
- Peritonite difusa
- Íleo paralítico
- Isquemia gastrointestinal
- Hemodinamicamente instáveis e com baixo volume intravascular
- Quando as complicações superarem os benefícios

DIETAS ENTERAIS

As dietas para nutrição enteral, independentemente da via, podem ser artesanais ou industrializadas. As artesanais podem ser suplementadas (semiartesanais).

Classificação das dietas industrializadas para nutrição enteral:

- Dietas naturais ou artesanais
- Dietas com fórmulas definidas:
 - Dietas completas:
 - > Dietas poliméricas
 - > Dietas oligoméricas
 - > Dietas monoméricas
 - Dietas modulares (módulos ou complementos nutricionais)

As dietas artesanais são obtidas a partir de uma mistura de alimentos naturais liquidificados e há uma padronização de preparo, que possibilita preencher as necessidades nutricionais da maioria dos pacientes.

Conforme a PORTARIA Nº 120, de 14 de abril de 2009 do Ministério da Saúde – “§ 3º As dietas artesanais e/ou semiartesanais deverão ser incentivadas naqueles pacientes sob cuidados e/ou internação domiciliar”.

Em geral, as dietas com fórmulas industrializadas fornecem uma quantidade precisa com relação ao tipo e à porção de cada nutriente. Podem ser classificadas como completas ou modulares.

As dietas completas são aquelas que oferecem todos os nutrientes necessários e em concentrações adequadas, em uma única formulação. Podem ser poliméricas, oligoméricas ou monoméricas.

As dietas completas poliméricas são constituídas por uma fonte de proteínas integrais ou parcialmente hidrolisadas, associadas a lipídios, carboidratos diversos, vitaminas e sais minerais.

As oligoméricas são constituídas por uma fonte de proteínas sob a forma de peptídeos de cadeia curta, enriquecidos com aminoácidos livres associadas a lipídios, carboidratos sob a forma de monossacarídeos e oligossacarídeos de baixo peso molecular, vitaminas e sais minerais. Aplica-se a pacientes com intolerâncias justificadas e documentadas a fórmulas poliméricas.

As dietas monoméricas ou elementares ou sem resíduo são fórmulas com nutrientes em suas formas elementares, constituídas por uma fonte de proteínas sob a forma de aminoácidos livres, associadas a lipídios, representados pelos triglicerídeos de cadeia média, ácidos graxos essenciais e carboidratos sob as formas elementares, vitaminas e sais minerais. São indicadas exclusivamente para pacientes com grande déficit justificado e documentado da função digestória, tais como na síndrome do intestino curto.

Quanto à composição das dietas completas, podemos ter ainda a classificação:

1- Fórmula padrão (1,0 kcal/ml) com ou sem fibras: recomendada para quase todos os pacientes e contém nutrientes em sua forma integral, em quantidades próximas às recomendações nutricionais para indivíduos normais.

Observação: a fibra é adicionada para controlar a diarreia ou constipação em pacientes que já estão recebendo nutrição enteral por longo tempo.

2- Hiperclórica (1,2 até -2,0 kcal/ml): indicada para pacientes com restrição hídrica ou com demanda nutricional calórica aumentada, e pode ser com ou sem fibra. Exemplos: pacientes queimados, portadores de fibrose cística, cardiopatias graves.

3- Fórmulas modificadas: dimensionadas para portadores de alterações metabólicas específicas e que apresentam alteração dos nutrientes em relação à fórmula padrão:

- Para diabéticos: maior conteúdo de lipídeos e menor de carboidratos, com adição de frutose para evitar picos de glicemia.
- Para insuficiência hepática: suplementação com aminoácidos ramificados, que podem lentificar a progressão da doença e melhorar a sobrevida.
- Para pacientes com insuficiência renal: divididas em fórmulas para pacientes em tratamento dialítico ou para tratamento conservador.
- Imunomoduladoras: contém suplementação de nutrientes com efeitos potencialmente imunomoduladores (glutamina, arginina, ácido graxo ômega 3).
- Para insuficiência respiratória: há restrição na oferta de carboidratos, reduzindo assim a produção de CO₂.

4- Complemento nutricional

O termo complemento nutricional passa a substituir os termos complemento e suplemento alimentar. Existem complementos nutricionais na forma líquida ou pó solúvel, e se constituem em concentrados de proteínas, carboidratos, lipídeos, minerais e vitaminas em concentrações variáveis. Não são considerados como dieta completa, devido à falta de um ou outro nutriente funda-

mental ou à concentração inadequada deles.

Sua principal indicação é a combinação com a dieta oral insuficiente nas indicações para nutrição enteral.

São também complementos nutricionais os TECEEME (ou equivalentes), glutamina, fibras, prebióticos e probióticos.

As indicações de complemento nutricional com objetivo de suplemento esportivo/estético (sem intuito de recuperação de uma patologia nutricional embasada) não têm sustentação para remuneração ou cobertura contratual.

As indicações de versões de complemento nutricional diferentes das equivalentes, sustentadas apenas por sabor, consistência ou aceitabilidade gastrointestinal, isso é, versões apenas com alegações funcionais, precisam de justificativa médica cientificamente embasada e sustentável e podem ser alvo de discussão técnica e glosa.

Para o objetivo de **aceitabilidade melhor** da dieta e **como fornecimento de nutrientes além das necessidades normais**, devido a um gasto metabólico aumentado, **não cabe remuneração**.

INDICAÇÕES DE SUPLEMENTAÇÃO COM GLUTAMINA, ÁCIDOS GRAXOS ÔMEGA 3, ARGININA, ANTIOXIDANTE, ÁCIDO NUCLÉICO, PREBIÓTICOS, PROBIÓTICOS, MODULADORES IMUNES OU PRECURSORES DA GLUTAMINA

Glutamina

A glutamina é o aminoácido não essencial livre mais abundante do organismo (60%), estocado largamente no músculo esquelético. Apesar de ser considerado não essencial, em contexto de estresse, passa a ser essencial e indispensável.

É doadora de nitrogênio na síntese de RNA e precursores de DNA para a proliferação de células do sistema imune, enterócitos e células do epitélio gastrointestinal. O intestino delgado é o órgão que mais consome a glutamina para sua integridade e funcionamento.

Utilizada pelo rim para produzir amônia e criar um equilíbrio para evitar a acidose metabólica.

De acordo com a SBNPE; ABN, 2011b - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNPE), ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA (ABN), NUNES ALB, KOTERBA E, ALVES VGF, ABRAHÃO V, CORREIA MITD. Terapia Nutricional no Paciente Grave. In: Projeto Diretrizes, Volume IX, São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

a) Recomenda-se o uso de glutamina em NE, exclusivamente, para pacientes traumatizados ou queimados e quando a nutrição parenteral estiver indicada.

Dose de glutamina - 0,3 - 0,7 g/kg

Arginina

A arginina é indicada para pacientes cirúrgicos, traumatizados e queimados, mas restritas aos hemodinamicamente estáveis e sem infecção descontrolada, pois, nessas situações, é contraindicado.

Ômega 3

Indicado para pacientes com SARA e em ventilação mecânica.

Prebióticos, probióticos e simbióticos

Esses suplementos não têm uma sustentação científica de eficiência na prática clínica, aumentando o custo sem efetividade. São nutrientes de alegações funcionais, por enquanto.

Os estudos clínicos randomizados não demonstraram efeitos sobre a mortalidade ou diminuição das

complicações infecciosas relacionadas à sua utilização.

Os probióticos são definidos de acordo com a legislação brasileira, como um suplemento alimentar microbiano vivo que estimula a multiplicação de bactérias benéficas, em detrimento da proliferação de bactérias potencialmente prejudiciais, reforçando os mecanismos naturais de defesa do hospedeiro.

Os prebióticos são componentes alimentares não digeríveis que estimulam seletivamente a proliferação ou a atividade de populações de bactérias desejáveis no cólon.

Os simbióticos são a combinação de probióticos e prebióticos.

Suplementação com probióticos, prebióticos e simbióticos: **não recomendada**.

Existem evidências frágeis a favor da tecnologia, havendo necessidade de estudos de melhor qualidade para comprovar a sua eficácia no tratamento de doenças gastrointestinais.

FÓRMULAS INFANTIS

Conforme literatura atualizada, principalmente da ESPGHAN europeia, revisão das bulas e embalagens dos produtos, revisão dos regramentos de CNA e análise da legislação vigente (Portarias/RDC ANVISA de 42 até 49), apresentamos as classificações para as fórmulas infantis:

- Fórmula para lactentes (ou de fase 1, ou de partida) – de 0 a 6 meses
- Fórmulas para seguimento de lactentes (ou fase 2) – de 6 a 12 meses
- Fórmulas para primeira infância (ou fase 3) – de 12 a 36 meses
- Fórmulas para necessidades dietoterápicas específicas

Fórmula infantil para lactentes: é o produto, em forma líquida ou em pó, destinado à alimentação de lactentes até o 6º mês, em substituição total ou parcial do leite materno ou humano, para satisfação das necessidades nutricionais desse grupo etário. São exemplos: ABBOTT (Similac 1, Isomil, Similac Sensitive); DANONE (Aptamil 1 (Premium), Milupa 1, Aptamil Active); MEAD-JOHNSON (Enfamil Premium 1, Enfamil Gentlease Premium*); NESTLÉ (Nan 1-Pro, Nestogeno 1, Nestogeno Plus, Nan Comfor 1).

Fórmula infantil de seguimento para lactentes: produto, em forma líquida ou em pó, utilizado como substituto do leite materno ou humano, a partir do 6º mês. São exemplos: ABBOTT (Similac 2, Isomil, Similac Sensitive*); DANONE (Aptamil 2 (Premium), Milupa 2, Aptamil Active); MEAD-JOHNSON (Enfamil Premium 2, Enfamil AR Premium, Enfamil Gentlease Premium); NESTLÉ (Nan 2-Pro, Nestogeno 2, Nestogeno Plus, Nan Comfor 2).

Fórmulas da fase 3: são fórmulas standarts, com ou sem nutrientes opcionais, com ou sem alegações funcionais, mas que não caracterizam indicação para necessidades dietoterápicas específicas, para crianças de 12 a 36 meses de idade. São exemplos: DANONE (Aptamil 3 Premium); NESTLÉ (Nan Comfor 3).

Fórmula infantil para necessidades dietoterápicas específicas: aquela cuja composição foi alterada com o objetivo de atender a necessidades específicas, decorrentes de alterações fisiológicas ou patológicas temporárias ou permanentes e que não esteja amparada pelo regulamento.

- Fórmula de proteína isolada de soja – crianças maiores de 6 meses com alergia a proteína do leite de vaca (APLV) e intolerância à lactose.
- Fórmulas extensamente hidrolisadas ou semielementares infantis – feitas à base de proteína hidrolisada do soro do leite, isentas de sacarose e glúten, para tratamento da alergia a proteína do leite de vaca.

Exemplos: Pregomin®, Aptamil Pepti®, Alfaré®

- Fórmula elementar de aminoácidos – feita à base de aminoácidos livres, para tratamento da

alergia a proteína do leite de vaca.

Exemplo: Neocate LCP®, Amix®

Fonte: Lei 11.265/2006 (LEI ORDINÁRIA), de 3/1/2006, Regulamento técnico específico de fórmulas infantis.

Observações: as fórmulas para prematuros e baixo peso ao nascer são fórmulas infantis de 1ª fase. São exemplos: NESTLÉ (Pré-NAN); DANONE (Aptamil Pré); MEAD-JOHNSON (Enfamil Pré Premium, Enfamil Enfacare Premium).

São considerados complemento nutricional: FM85 (Nestlé) e Enfamil HMF (Mead-Johnson), que são adicionados ao leite humano, para situações patológicas especiais, invariavelmente prematuros graves e internados em UTI neonatal, para favorecer o ganho de peso.

As fórmulas parcialmente hidrolisadas de proteínas à base do leite de vaca não são hipoalergênicas para serem consideradas no tratamento da alergia a leite de vaca e não serão reembolsadas. Exemplos: Similac Sensitive, Aptamil H.A, Aptamil Active, Nan H.A., Enfamil Gentlease Premium.

REGRAMENTO PARA FÓRMULAS INFANTIS

Estão contempladas na composição da diária hospitalar e diária de internação domiciliar todas as fórmulas padrão, com ou sem alegações funcionais, para fases 1, 2 e 3, inclusive as fórmulas AR, HA, bem como as de prematuros.

As fórmulas remuneradas à parte em conta hospitalar e de internação domiciliar, conforme indicações sustentadas e justificativa médica detalhada e registrada em prontuário médico, seriam as infantis para necessidades dietoterápicas específicas e os complementos nutricionais exclusivamente para o leite humano, como FM85 e Enfamil HMF ou similares.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS POR SONDAS TRANSNASAL OU TRANSORAL

O uso de sondas oro ou nasogástricas visa suprir as necessidades alimentares do recém-nascido (RN) impossibilitado de ser amamentado, devido à imaturidade ou incapacidade de sucção ou deglutição (Anderson, 2002) para administração de dieta por gavagem ou gastróclise.

A alimentação por sonda gástrica (gavagem) pode ser administrada de forma intermitente ou em bolus. Utiliza a força da gravidade e tem duração de 20 a 30 minutos.

A gastróclise é considerada um método não fisiológico e define-se pela infusão contínua da fórmula infantil e/ou do leite materno, por meio de equipo de microgota, bomba infusora ou seringa perfusora, em um tempo maior que uma hora ou contínua. Esse método necessita ser justificado e as situações clínicas mais comuns seriam: RN em ventilação mecânica, RN com peso inferior a 1 kg, e que não tolera grandes volumes, ou casos de intolerância documentada à dieta por gavagem (muito raro).

Referências:

1. Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr.* 2005; 82(5):1082-9.
2. Todorovic V. Evidence-based strategies for the use of oral nutritional supplements. *Br J Community Nurs.* 2005; 10:158,160-4.
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition.* 2001;17(7-8):573-80.
4. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003; 22:235-9. Portaria nº 135, de 8 de março de 2005, Diário Oficial da União.
6. Stratton RJ. Summary of a systematic review on oral nutritional supplement use in the community. *Proc Nutr Soc.* 2000; 59:469-76.
7. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell. *A Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition.*

Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15; CD003288.

8. Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Nº 272, de 8 de abril de 1998, que aprova o regulamento Técnico da Nutrição Parenteral.

9. Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Nº 63 de 6 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

10. Portaria Nº 120, de 14 de abril de 2009.

11. ANDERSON, D. M. *Feeding the ill or preterm infant*. Neonatal Network, 21(7): 7-14, 2002.

OFTALMOLOGIA

CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Conforme a CBHPM, a consulta oftalmológica é constituída por: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

Exames inclusos na consulta oftalmológica

Biomicroscopia do segmento anterior ou fundoscopia direta ou sob midríase: exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático. É o exame do olho com o auxílio do biomicroscópio, também conhecido como lâmpada de fenda. É parte integrante do exame de rotina e permite a inspeção das estruturas do segmento anterior, com excelente aumento e iluminação adequada. Com lentes especiais, também é possível fazer o exame do fundo de olho.

Ceratometria: faz a medição da curvatura da córnea. É essencial na adaptação de lentes de contato, na avaliação dos pacientes com ceratocone e no cálculo das lentes intraoculares para candidatos à cirurgia de catarata.

Medida da acuidade visual: exame mais básico e importante de uma avaliação oftalmológica completa. O paciente é colocado a 20 pés (6 metros) de um conjunto de letras, números ou símbolos (optotipos) e se anota o menor que ele consegue ler. O indivíduo com acuidade visual normal consegue identificar uma letra de 1 polegada (2,4 cm) a essa distância, tem visão 20/20.

Refração: procedimento para se determinar o erro refracional do olho (grau), como miopia, hipermetropia e astigmatismo. Pode ser realizado sob cicloplegia (com uso de colírio que paralisa a acomodação) ou dinâmica (com o “foco automático” em funcionamento). O exame sob cicloplegia é fundamental para a refração em crianças que têm um grande poder de acomodação (foco automático).

Retinoscopia: é a análise da reflexão da luz na retina. Esse reflexo pode ser observado, e a sua avaliação permite deduzir o estado refrativo e, também, da superfície da retina. Esse aparelho não permite ver a retina, mas sim a luz que é refletida por ela.

PÁLPEBRA

Coloboma

Código	Descrição
30301076	Coloboma - com plástica

Dermatocalaze e ptose palpebral

Código	Descrição
30301106	Dermatocalaze ou blefarocalaze exérese - unilateral
30301181	Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral

Dermatocalaze ou blefarocalaze exérese - unilateral: remanejado para aba cobertos do Rol Unimed com classificação racionalização com necessidade de perícia, seguindo a mesma orientação do código 30301181 - Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral.

Não permitido que os dois códigos (30301106 e 30301181) sejam liberados para a mesma lateralidade.

Recomenda-se a autorização dos procedimentos de acordo com os critérios clínicos, dispensando a campimetria manual ou computadorizada monocular (subjetivo e não possui sensibilidade e especificidade para essa patologia).

Excluem-se os procedimentos estéticos e estão na cobertura da Resolução Normativa vigente:

- Ptose mecânica (presença de excesso e flacidez da pele, dito dermatocalaze severa, com prejuízo da função visual)
- Ptose miogênica
- Ptose neurogênica
- Ptose aponeurótica (deiscência, alongamento ou desinserção da aponeurose do músculo levantador da pálpebra)

A classificação mais utilizada para efeitos de planejamento cirúrgico é a que considera a função do músculo levantador:

- Ptose leve: quando a margem palpebral superior se encontra 2 a 4 mm abaixo do limbo corneano
- Ptose moderada: quando está de 4 a 6 mm abaixo
- Ptose grave: quando está com posicionamento 6 mm ou mais abaixo do limbo corneano

Correção de bolsas palpebrais

Código	Descrição
30301092	<i>Correção de bolsas palpebrais - unilateral</i>

A correção de bolsas palpebrais é um procedimento não contemplado na RN vigente da ANS por ser considerada procedimento estético.

Xantelasma

Código	Descrição
30301270	<i>Xantelasma palpebral - exérese - unilateral</i>

A correção de xantelasmas é considerada sempre procedimento estético, **sem cobertura contratual** na RN vigente da ANS.

Ectrópio, lagoftalmo, cantoplastia lateral/medial

Código	Descrição
30301084	<i>Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio</i>
30301157	<i>Lagoftalmo – correção cirúrgica</i>
30301050	<i>Cantoplastia lateral</i>
30301068	<i>Cantoplastia medial</i>

Atentar para o fato de que podem ser solicitados por analogia para correção estética das pálpebras inferiores e das bolsas de gordura palpebrais. Casos duvidosos devem ser periciados.

Reconstrução parcial de pálpebra

Código	Descrição
30301165	<i>Pálpebra – reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor)</i>

Pode ser autorizada para lesões tumorais grandes (maiores que um terço da pálpebra) ou reconstruções relacionadas a danos funcionais severos (enxertos palpebrais).

CONJUNTIVA

Pterígio

Código	Descrição
30303060	<i>Pterígio - exérese</i>

O pterígio é classificado de acordo com a biomicroscopia:

Grau	Característica
<i>Grau I</i>	<i>Lesões que atingem até 1 mm do limbo</i>
<i>Grau II</i>	<i>Lesões que se estendem além do limbo, sem acometer a região pupilar</i>
<i>Grau II</i>	<i>Lesões que atingem a pupila</i>
<i>Grau IV</i>	<i>Lesões que ultrapassam a pupila</i>

A cirurgia está indicada quando o pterígio:

- Induz o astigmatismo
- Cria opacidade no campo visual
- Tem crescimento documentado com evolução capaz de comprometer o campo visual devido ao astigmatismo ou à opacidade
- Apresenta processo inflamatório crônico

Para pterígios extensos e/ou recidivados, existe a possibilidade de realização dos procedimentos:

Autotransplante conjuntival

Código	Descrição
30303010	<i>Autotransplante conjuntival</i>

Utilização de tecido conjuntival saudável de outra área para cobrir o defeito da esclera nua (a área da qual o pterígio foi removido).

Quando solicitado, o pagamento será feito conforme as regras das Instruções Gerais, item 14.

Aplicação de mitomicina C tópica

Pode ser realizada no período pré, intra ou pós-operatório. Observações de estudos preliminares mostraram que a MMC tópica é uma opção segura e eficaz no tratamento da neoplasia intraepitelial córneo-conjuntival (NIC) primária ou recidivada, como tratamento único.

Enxerto de membrana amniótica

Código	Descrição
30303036	<i>Enxerto de membrana amniótica</i>

Procedimento sem cobertura no Rol de procedimentos médicos da ANS.

A membrana amniótica de tecido placentário possui propriedades antiangiogênicas e pode ser usada para cobrir a esclera nua. A taxa de recorrência é maior em relação ao transplante autólogo de conjuntiva convencional, mas o enxerto de membrana amniótica é uma alternativa quando o pterígio é grande e há conjuntiva saudável insuficiente em outro lugar.

CÓRNEA

Cirurgias refrativas

São procedimentos ambulatoriais (PRK – Photo Refractive Keratectomy ou LASIK – Laser In Situ Keratomileusis).

Código	Descrição
30304091	<i>Fotoablação de superfície convencional – PRK</i>
30304105	<i>Delaminação corneana com fotoablação estromal – LASIK</i>

O protocolo pré-operatório inclui os seguintes códigos (exames):

Código	Descrição
41301080	<i>Ceratoscopia computadorizada monocular</i>
41501128	<i>Paquimetria monocular</i>
41301250	<i>Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – monocular</i>

Implante de anel estromal

Código	Descrição
30304083	<i>Implante de anel intraestromal</i>

O protocolo pré-operatório inclui os seguintes códigos:

Código	Descrição
41301080	<i>Ceratoscopia computadorizada – monocular</i>
41501128	<i>Paquimetria ultrassônica – monocular</i>
41301250	<i>Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – monocular</i>

Radiação para crosslinking corneano

Código	Descrição
30304156	Crosslinking (CXL) de colágeno corneano

A radiação para crosslinking corneano (Luz ultravioleta A) tem previsão de remuneração na taxa 80991220 - aluguel/taxa de luz ultravioleta A para crosslinking corneano.

CRISTALINO

Facectomias /Implantes secundários

Código	Descrição
30306027	Facectomia com lente intraocular com facoemulsificação
30306034	Facectomia com lente intraocular sem facoemulsificação
30303060	Implante secundário de lente intraocular*

*Esse procedimento poderá ser solicitado devido a complicações durante a cirurgia de catarata que impeçam a implantação da lente intraocular.

Não há cobertura para o implante de lentes fálicas para correção de altas ametropias (Artisan e similares) e/ou para facectomias de caráter apenas refrativo. De acordo com a Resolução CFM nº. 1.622/01, a extração do cristalino transparente com finalidade refrativa está entre os procedimentos considerados experimentais.

Não é permitido a cobrança em dobro para o procedimento de Facectomia, considerado procedimento ambulatorial para fins de pagamento, cabendo glosa da internação hospitalar e do HM cobrado em dobro, com exceção aos casos de imperativo clínico, com justificativa técnica adequada.

O protocolo pré-operatório inclui os seguintes códigos:

Código	Descrição
41501012	Biometria ultrassônica – monocular
41301250	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – monocular ou*
40901530	Ultrassonografia diagnóstica - monocular

*Tais exames são excludentes nessa situação

Código	Descrição
41301307	Potencial de acuidade visual – monocular (apenas em pacientes com visão inferior a 20/40)
41301269	Microscopia especular de córnea – monocular
41301080	Ceratoscopia computadorizada – monocular*

*De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia e FeCOESO, apenas em situações especiais. No Projeto Diretrizes AMB/CFM/ANS, a topografia é recomendável em situações especiais, como nos casos de pacientes já previamente submetidos a cirurgias refrativas corneanas, e será útil no controle

de astigmatismos no pós-operatório, principalmente em casos de cirurgias combinadas de catarata e transplante de córnea e cirurgias extracapsulares.

CORPO VÍTREO

Tratamento quimioterápico com drogas antiangiogênicas

Utilizar os formulários padronizados pela Unimed do Brasil.

Código	Descrição
30307147	<i>Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico – programa de 24 meses, uma sessão por mês</i>

É necessária a apresentação do laudo e imagem da angiofluoresceinografia e/ou OCT (optical coherence tomography) realizados, evidenciando a atividade (fluido, edema, presença de membrana epi ou subretiniana). A presença de cicatriz disciforme classifica a doença como seca ou atrófica, contraindicando o uso de medicação antiangiogênica.

Estudos recentes indicam que não há um número determinado de aplicações iniciais ou sequenciais, e a liberação de uma nova deve ser feita após análise da última OCT realizada antes de cada aplicação.

De acordo com CNA, em ata, são autorizadas três sessões de carga e posteriormente, uma a uma, conforme OCT.

Solicitação concomitante de implante de silicone e troca fluido-gasosa

Código	Descrição
30307040	<i>Implante de silicone intravítreo</i>
30307090	<i>Troca fluido-gasosa (gás expansor)</i>

Mantida a exclusão desses códigos.

Não cabe a cobrança de 30307090 para o passo intermediário de expansão, antes do implante de silicone, (conforme parecer CFM 12/2017 – procedimento contido em outro).

Quando o ato de expansão com gás for a etapa final do procedimento será remunerado pelo código 30312051 infusão de gás expansor.

ÍRIS E CORPO CILIAR CIRURGIAS PARA GLAUCOMA

Goniotomia ou trabeculotomia

Código	Descrição
30310075	<i>Goniotomia ou trabeculotomia</i>

Cirurgia indicada se o tratamento clínico não se mostra eficaz no controle do glaucoma. A finalidade da cirurgia é produzir um canal de drenagem alternativo para aliviar o aumento da pressão intraocular. O canal é confeccionado no limbo (união entre córnea e esclera) e permite a saída do humor aquoso da câmara anterior para fora do olho. O líquido fica acumulado em uma bolsa protegida pela conjuntiva e, dali, é absorvido. A cirurgia é realizada em regime ambulatorial, com anestesia local, e o paciente monitorado pelo anestesista.

As complicações incluem hipotonia, hipertensão pós-operatória, sangramentos, infecção e rejeição do implante. Contudo, a indicação de cirurgia pode ser antecipada em certas situações:

- Tipo de glaucoma
- Intensidade do dano visual
- Saúde geral do paciente
- Baixa fidelidade ao tratamento
- Efeitos colaterais e dificuldades na aquisição dos medicamentos

Cirurgia fistulizante com implantes valvulares

Código	Descrição
30310040	<i>Cirurgia fistulizante com implantes valvulares</i>

Cirurgias com implantes artificiais de acrílico ou silicone dotados de um tubo de silástico (plástico). Alguns são providos de válvulas para evitar a hipotonia (drenagem excessiva). Indicada no tratamento dos glaucomas terminais, em que já foram tentadas todas as opções de tratamentos clínicos e cirúrgicos sem controle da pressão intraocular, com evolução da doença, como glaucomas com alto índice de insucesso com as cirurgias filtrantes tradicionais (glaucomas refratários), glaucoma neovascular, glaucomas inflamatórios, olhos com extensas cicatrizes conjuntivais.

Iridectomia a laser

Código	Descrição
30310091	<i>Iridectomia a laser</i>

Consiste em uma perfuração na periferia da íris, que tem como objetivo permitir a passagem direta do humor aquoso da câmara posterior para a anterior. Está indicada em glaucomas de ângulo fechado, nos quais o humor aquoso fica retido na câmara posterior, favorecendo o bloqueio do sistema de drenagem pela íris.

É realizada com anestesia tópica, com auxílio de uma lente especial que se apoia sobre a córnea. É um procedimento rápido, indolor, executado com laser de YAG ou de argônio. Um colírio anti-inflamatório é prescrito para ser usado por alguns dias. As complicações, geralmente, são mínimas e autolimitadas.

O protocolo de exames pré-operatório de glaucoma inclui: campimetria visual. Em geral, a paquimetria e gonioscopia já foram realizadas no diagnóstico do glaucoma.

CIRURGIA COMBINADA (CATARATA E GLAUCOMA)

Combinação de códigos dos subgrupos íris e cristalino

Código	Descrição
30306027	Facetomia com lente intraocular com facoemulsificação
30306035	Facetomia com lente intraocular sem facoemulsificação
30306043	Facetomia sem implante
30310032	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas
30310040	Cirurgias fistulizantes com implantes valvulares

A associação das duas patologias é pouco frequente e não se justifica realizar os procedimentos separados naqueles pacientes com indicação para ambos. A cirurgia de eleição nessa situação é a trabeculectomia, e não se considera a simples iridectomia como tratamento fistulizante.

MÚSCULOS

Estrabismo

Código	Descrição
30311039	Estrabismo ciclo vertical/transposição - monocular - tratamento cirúrgico
30311047	Estrabismo horizontal - monocular - tratamento cirúrgico

O tratamento pode incluir utilização e cobrança de Botox.

Protocolo pré-operatório:

Código	Descrição
41301200	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) – binocular

RETINA

Fotocoagulação a laser da retina

Código	Descrição
30312043	Fotocoagulação (laser) - por sessão - monocular

Ablação térmica dos neovasos por fotocoagulação a laser de argônio ou criptônio, indicada no tratamento das retinopatias diabéticas, retinopatias da prematuridade, roturas retinianas, degenerações retinianas periféricas que induzem ao descolamento de retina.

Indicações:

- Diabetes: para edema macular ou isquemia significativa.

Em termos gerais:

- Edemas maculares: fotocoagulação, em média, 1 sessão/olho
- Panfotocoagulação: até 4 sessões/olho, em média, 2.000 disparos/olho

O espaçamento entre as sessões é determinado por critérios clínicos para prevenção de edema e descolamento da coróide. Os intervalos variam de 2 a 7 dias, dependendo da evolução da doença.

Para o tratamento, é importante a realização dos seguintes exames:

Código	Descrição
41301315	Retinografia (só honorário) monocular
41301013	Angiofluoresceinografia - monocular

Cirurgias da retina

O protocolo pré-operatório inclui os seguintes exames:

Código	Descrição
41301250	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) - monocular
40901530	Ultrassonografia diagnóstica - monocular
41301013	Angiofluoresceinografia - monocular (eventualmente)

De acordo com o quadro clínico, podem haver associação de vários procedimentos.

Combinação de códigos dos subgrupos retina e corpo vítreo

Código	Descrição
30312086	Retinopexia com introflexão escleral
30307120	Vitrectomia via pars plana
30307120 + 30312086 + 30307031 + 30307090	Vitrectomia via pars plana + Retinopexia com introflexão escleral + Endolaser/ Endodiatermia + Troca fluido-gasosa
30307120 + 30307031 + 30307090	Vitrectomia via pars plana + Endolaser/Endodiatermia + Troca fluido-gasosa
30307120 + 30307040 + 30307031	Vitrectomia via pars plana + Implante de silicone intravítreo + Endolaser/Endodiatermia
30312086 + 30307120 + 30307040 + 30307031	Retinopexia com introflexão escleral + Vitrectomia via pars plana + Endolaser/Endodiatermia + Implante de silicone intravítreo

Observações:

O código 30307120 - *Vitrectomia via pars plana* não deve ser pago como via de acesso e, portanto, não deve ser pago em olhos já vitrectomizados previamente ou com óleo de silicone.

Para o código 30307066 - *Membranectomia epi ou subretiniana*, é necessária a evidência de membrana em exame (angiofluoresceinografia, tomografia de coerência óptica ou ultrassonografia). Preferencialmente, na região macular. Ele pode ser cobrado em associação com o código 30307090 - *Troca fluido-gasosa*, pois normalmente troca-se perfluorocetano líquido (perfluorocarbono) por ar filtrado (constituindo a troca fluido-gasosa) e, depois, ar filtrado.

O código 30307040 - *Implante de silicone intravítreo* é excludente ao 30307090 - *Troca fluido-gasosa*.

Importante: o auditor deve confirmar no prontuário a descrição cirúrgica e se os procedimentos solicitados foram realmente executados (óleo de silicone) ou intercorrências que impediram de realizá-los.

Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada

Código	Descrição
30312132	<i>Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada</i>

O produto utilizado é o Ozurdex, cujo princípio ativo é a dexametasona com sistema de liberação de polímero biodegradável [Novadur; poli (D, L lactídeo-co-glicolídeo) PLGA].

Pantofotocoagulação na retinopatia da prematuridade

Código	Descrição
30312124	<i>Pantofotocoagulação na retinopatia da prematuridade – binocular</i>

Termoterapia transpupilar

Código	Descrição
30312159	<i>Termoterapia transpupilar</i>

VIAS LACRIMAIS

Sondagem da via lacrimal

Código	Descrição
30313066	<i>Sondagem das vias lacrimais – com ou sem lavagem</i>

Quando a massagem não resolve o problema, é necessário desobstruir o canal mecanicamente, por meio da passagem de uma sonda fina através de toda a via lacrimal.

Quando a sondagem não desobstrui o canal lacrimal, é necessário que seja feita a inserção de sonda de Crawford (sonda que contém um fio de silicone), que deverá permanecer por cerca de três meses.

Dacriocistorrinostomia

Código	Descrição
30313031	Dacriocistorrinostomia

Em obstrução baixa, faz-se um “novo canal” por meio da retirada de um fragmento de osso nasal e sutura do saco lacrimal com mucosa nasal. Ela tem alta taxa de sucesso (em média, 85%), e pode ser realizada por via externa (com incisão na lateral da base do nariz) ou via endonasal (sem incisão, feita com endoscópio por dentro do nariz). Uma sonda de silicone pode ser implantada temporariamente (de um a três meses) no novo canal para mantê-lo aberto durante o período de cicatrização.

Exames complementares em oftalmologia

Os exames de propedêutica oftalmológica já incluem materiais e medicamentos e/ou taxas, exceto para angiofluoresceinografia. Para todos eles, é possível o registro de resultados por meio de imagens/ou laudos, de forma que não necessitam de solicitações subsequentes, ainda que por médicos solicitantes diferentes. Os resultados de tais exames são de propriedade do paciente, e devem ser entregues obrigatoriamente.

Os exames abaixo não fazem parte da consulta oftalmológica e devem ser remunerados quando corretamente indicados e registrados como avaliações complementares:

Código	Descrição
41301307	Potencial de acuidade visual - monocular
41301200	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular

Angiofluoresceinografia

Código	Descrição
41301013	Angiofluoresceinografia – monocular

Utilizada para avaliação da retina, coróide, nervo óptico e para avaliação diagnóstica e acompanhamento de retinopatia diabética (RDM) e degeneração macular relacionada à idade (DMRI). Requer câmeras fotográficas especialmente desenhadas para fotografar o fundo do olho. Nesse exame, um corante (fluoresceína) é injetado na veia do braço do paciente. Após poucos segundos, o corante atinge os vasos oculares e são feitas fotografias para o estudo da circulação da retina e coróide. Somente para esse exame paga-se taxa de Angiofluoresceinografia, descrita no capítulo de auditoria de enfermagem.

Avaliação órbito-palpebral – exoftalmometria

Código	Descrição
41301030	Avaliação órbito-palpebral – exoftalmometria

Para avaliação de exoftalmia (exemplo: doença de Graves), lesões expansivas das órbitas e das glândulas lacrimais.

Avaliação de vias lacrimais (teste de Schirmer)

Código	Descrição
41301170	<i>Avaliação de vias lacrimais (teste de Schirmer) – monocular</i>

Avaliação de olho seco: analisa volume ou função inadequada da lágrima, resultando em filme lacrimal instável e doença da superfície ocular.

Biometria ultrassônica

Código	Descrição
41501012	<i>Biometria ultrassônica – monocular</i>

Utilizado no pré-operatório de cirurgia de catarata, implantes secundários, glaucoma congênito (crianças).

Campimetria

Código	Descrição
41301072	<i>Campimetria manual – monocular</i>
40103137	<i>Campimetria computadorizada – monocular</i>

Avaliação da percepção visual central e periférica, identificando qualquer alteração ou redução visual. Durante o exame, são apresentados estímulos luminosos puntiformes em diferentes regiões do campo de visão do paciente, que deve ser capaz de identificá-los. O exame é realizado sem uso de colírios para midríase (dilatação pupilar) e com a correção visual atualizada do paciente (grau dos óculos). Para controle periódico de glaucoma, doenças maculares, doenças neurológicas e para solicitação de Departamento de Trânsito.

Ceratoscopia computadorizada (topografia corneana)

Código	Descrição
41301080	<i>Ceratoscopia computadorizada (topografia corneana)</i>

Exame que avalia a superfície corneana.

Obrigatório em pré-operatório de cirurgia refrativa (LASIK - Laser-Assisted In Situ Keratomileusis ou Excimerlaser), ceratocone, alto astigmatismo, implante de anel estromal, astigmatismos irregulares, ectasias corneanas.

Para controle e acompanhamento de transplante de córnea, retirada progressiva dos pontos.

Curva tensional diária

Código	Descrição
41301129	<i>Curva tensional diária binocular</i>

Exame no qual o paciente disponibiliza um dia para realizar medidas repetidas da pressão intraocular nas diferentes horas do dia. É indicado para diagnóstico e acompanhamento do glaucoma. Recomendação de 5 medidas (de 3 em 3 horas, durante todo o dia), com mapa especificando-as. Normalmente, se faz uma tabela de valores e não um gráfico. A minicurva com 3 medidas não tem valor.

Estereofoto de papila

Código	Descrição
41301153	<i>Estereofoto de papila – monocular</i>

Exame feito por meio de fotografias com uma luz branca bastante intensa, que permite observar se existem alterações no disco óptico ou na papila. É possível estudar forma, contornos, relevo, tamanho, coloração e escavação do disco óptico. Também é realizado por pacientes com hipertensão ocular, glaucoma, edema de papila, papiledema, neurite óptica, pseudopapiledema ou tumores da cabeça do nervo óptico. O procedimento envolve dilatação de pupila.

Exame de motilidade ocular (teste ortóptico)

Código	Descrição
41301200	<i>Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular</i>

Avalia distúrbios da motilidade ocular (diagnóstico e acompanhamento), doenças neurológicas. Após detecção do exame sumário da motilidade ocular incluso na consulta, se mostrar alteração. Necessária justificativa médica e indicação precisa. Materiais e medicamentos já incluídos.

Gonioscopia

Código	Descrição
41301242	<i>Gonioscopia - binocular</i>

Com a utilização de lentes especiais apoiadas sobre a córnea, esse exame permite o estudo do ângulo da câmara anterior (onde a íris encontra-se com a córnea). É realizado utilizando-se a lâmpada de fenda (biomicroscópio). É usado para classificação de glaucoma (realizado em uma única vez), pós-trauma ocular e hemorragias.

Microscopia especular de córnea monocular

Código	Descrição
41301269	<i>Microscopia especular de córnea monocular</i>

Exame que avalia o endotélio corneano, mostrando a contagem das células endoteliais. Poderá ser solicitado em pré-operatório somente de cirurgia de catarata, implantes secundários e edema corneano, sem justificativa para cirurgia refrativa (LASIK – Excimerlaser).

Oftalmodinamometria

Código	Descrição
41301277	Oftalmodinamometria - monocular

Mede a pressão arterial mínima e máxima das veias que irrigam a retina, permitindo avaliação de doenças vasculares retinianas.

Potencial de acuidade visual

Código	Descrição
41301307	Potencial de acuidade visual – monocular

Utilizado no pré-operatório de catarata, transplante de córnea, capsulotomia, hemorragia vítrea.

Potencial evocado visual (PEV)

Código	Descrição
40103636	Potencial evocado visual (PEV)

Avaliação da função visual em crianças (especialmente, nas síndromicas ou com déficits neurológicos), doenças retinianas, do nervo óptico e das vias ópticas, doenças neurológicas.

Retinografia

Código	Descrição
41301315	Retinografia (só honorários) - monocular

Indicação precisa para papila escavada, suspeita de glaucoma, patologias do polo posterior. Doenças coriorretinianas e do nervo óptico.

Não é pertinente a cobrança da taxa de sala ou materiais e medicamentos para o exame de retinografia.

Para a Retinografia Monocular (41301315) somente será remunerado o valor do exame conforme ROL Unimed.

Tonometria

Código	Descrição
41301323	Tonometria – binocular

Utilizado para pesquisa e controle do glaucoma. A recomendação da Academia Americana de Oftalmologia sobre a frequência do exame dos olhos em adultos, na população geral, sem fatores de riscos para doenças dos olhos está descrita na tabela a seguir.

Avaliação oftalmológica para adultos sem fatores de risco

Idade (anos)	Frequência de avaliação
65 anos ou mais	A cada 1-2 anos [A:II]
55-64	A cada 1-3 anos [A:III]
40-54	A cada 2-4 anos [A:III]
Inferior a 40	5-10 anos [A:III]

Nesse período, também podem ser realizadas avaliações oftalmológicas intermediárias, consistindo em exames oftalmológicos (refração, óculos, avaliações de lentes de contato etc.). Pacientes com fatores de risco para doenças ou sinais e sintomas de oftalmopatia e pacientes que desejam um exame podem ser submetidos a avaliações adicionais.

Para indivíduos que apresentam fatores de risco para glaucoma, a frequência é maior:

Condições/fator de risco	Frequência de avaliação
Fator de risco elevado para glaucoma (por exemplo, pressão intraocular elevada, história familiar de glaucoma, ascendência africana ou hispânica/latina)	
65 anos ou mais	A cada 6-12 meses
55-64	A cada 1-2 anos
40-54	A cada 1-3 anos
Inferior a 40	A cada 2-4 anos

Fonte: American Academy of Ophthalmology: Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation, Preferred Practice Pattern. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2005.

Visão subnormal

Código	Descrição
41301366	Visão subnormal

Exame muito pouco utilizado. Indicado para pessoas com deficiência visual grave: <10% da visão, sem melhora com lentes, tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

Exemplo: em albinos retinianos, a visão com a melhor correção não passa de 5%. Devem fazer teste para utilização de recursos acessórios: teléupas, lentes magnificadas. Normalmente, são equipes multidisciplinares (em geral, são pacientes síndrômicos) com terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas dedicados à área. Poucos oftalmologistas são especialistas nessa área.

Teste de sensibilidade de contraste ou de cores

Código	Descrição
41401271	Teste de sensibilidade de contraste ou de cores - monocular

Utilizado na pesquisa de doenças retinianas (cones e bastonetes), discromatopsias.

Teste provocativo para glaucoma

Código	Descrição
41401301	Teste provocativo para glaucoma – binocular

Utilizado na investigação para o diagnóstico inicial.

Mapeamento de retina

Código	Descrição
41301250	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – monocular

Esse procedimento é composto de dois exames: a oftalmoscopia binocular indireta (OBI) e a biomicroscopia de fundo. A oftalmoscopia binocular indireta utiliza um aparelho com fonte de luz adaptada à cabeça do médico. Ele projeta essa luz no fundo do olho do paciente e a sua imagem refletida é captada em uma lente segurada pelo médico. A biomicroscopia de fundo é realizada com o paciente sentado no aparelho, lâmpada de fenda e o médico utiliza, em geral, uma lente de contato especial, provida de espelhos.

As indicações formais do mapeamento de retina, conforme SOB/CBO, são:

- No pré-operatório das cirurgias intraoculares (se a transparência do cristalino permitir), cirurgias refrativas e de catarata
- Nas entopsias (escotomas cintilantes, metamorfopsias, moscas volantes) agudas ou crônicas
- Nas médias e altas miopias
- Antecedentes familiares ou pessoais de descolamento da retina
- Traumas oculares
- Retinopatias hipóxicas (diabetes, trombozes, doença de Eales (uveíte autoimune, anemia falciforme, qualquer doença autoimune)
- Inflamações, quadros infecciosos e patologias de vítreo, retina, coroide e nervo óptico

Os resultados podem ser apresentados em laudo descritivo ou gráfico, quando necessário, e devem ser entregues ao paciente.

Paquimetria ultrassônica

Código	Descrição
41501128	Paquimetria ultrassônica – monocular

Mede a espessura da córnea. É utilizada para pré-operatório de cirurgia refrativa e implante de anel estromal; avaliação inicial do glaucoma; doenças corneanas (ceratocone, ectasias). Necessária justificativa médica e indicação precisa.

A espessura da córnea corrige a pressão intraocular. A espessura da córnea não se modifica (fora um fator muito significativo como, por exemplo, um trauma), então, não se justifica a repetição do exame. Situações especiais, com justificativa médica.

Tomografia de coerência óptica

Código	Descrição
41501144	Tomografia de coerência óptica - monocular

Utilizada para o diagnóstico e acompanhamento de doenças retinianas (especialmente, as maculares) e da coroide.

Tomografia de coerência óptica bilateral: pagar 100% do valor do procedimento e 70% do valor total para o segundo procedimento.

Teste do olho (teste do reflexo vermelho)

Código	Descrição
41301471	Teste do reflexo vermelho em recém-nato (teste do olho)

É remunerado no Intercâmbio Nacional conforme o rol Unimed.

O código TUSS do procedimento em questão é para remuneração bilateral, considerando que não existe fundamento para realização do teste do reflexo vermelho unilateralmente.

Ultrassonografia biomicroscópica - monocular

Código	Descrição
40901521	Ultrassonografia biomicroscópica - monocular

Para avaliação de doenças do segmento anterior (esclera, córnea, íris, corpo ciliar, humor aquoso e cristalino) e no diagnóstico do glaucoma de ângulo fechado. Não está estabelecido pelo 1º Consenso de Glaucoma de Ângulo Fechado, para acompanhamento de glaucoma. De acordo com a SBO, suas indicações mais importantes são a avaliação das estruturas do seio cameral, corpo ciliar e íris, quando não acessíveis pelas técnicas rotineiras (biomicroscopia e gonioscopia).

Ultrassonografia diagnóstica - monocular

Código	Descrição
40901530	Ultrassonografia diagnóstica - monocular

Indicada para cristalino não transparente: doenças vítreas, opacidade de meios (hemorragias, traumas etc.), tumores oculares, patologias orbitárias.

Lente de contato terapêutica

Entende-se que o material não deve entrar na TNUMM, portanto, sem tráfego da cobrança em Intercâmbio Nacional.

Cirurgias oftalmológicas

No que tange às cirurgias retinianas, em razão de padrão característico de solicitação de múltiplos códigos, há de se identificar os eventos imprescindíveis para resolução do quadro no ato da solicitação, vinculando a autorização e/ou abono de demais procedimentos complementares, advindos de

intercorrências transoperatórias e seu mat/med correspondente, ao envio de relatório médico circunstanciado pós-procedimento ou auditoria concorrente.

Pacotes oftalmológicos

Os pacotes cirúrgicos realizados simultaneamente deverão ser cobrados no máximo 02 (dois), considerando o pacote de maior valor a 100% e o segundo maior valor no valor de 50%, limitados a dois pacotes. Não poderá ser considerada a regra supracitada para:

1. Tratamento ocular quimioterápico (Lucentis e Eyllia), quando os medicamentos estão inclusos no pacote.
2. Implante intravítreo de fármaco (Ozurdex), quando o medicamento está incluso no pacote.
3. Pacotes distintos de honorário médico + pacote hospitalar, para o mesmo procedimento.

Se um dos procedimentos não estiver negociado como pacote, a conta deverá ser aberta para todos os procedimentos.

Cobrança das taxas 60033959 taxa de aluguel de laser e 60028300 taxa de aluguel de vitreógrafo, em cirurgias ambulatoriais de vitrectomia realizadas por clínicas oftalmológicas

São passíveis de cobrança as taxas 60033959 Taxa de aluguel de laser e 60028300 Taxa de aluguel de vitreógrafo, em cirurgias ambulatoriais de vitrectomia realizadas por clínicas oftalmológicas.

Cola de Fibrina nas cirurgias de Oftalmologia

Pode ser utilizada desde que indicado pelo médico assistente.

Pode ser cobrado até 1 ml por evento.

De acordo com a TNUMM não é necessário autorização prévia.

Não pode ser cobrado em conjunto com fio cirúrgico destinado para o mesmo fim.

Cirurgia antiglaucomatosa via angular, com implante de drenagem, por técnica minimamente invasiva

Código	Descrição
30310172	<i>Cirurgia antiglaucomatosa via angular, com implante de drenagem, por técnica minimamente invasiva (com diretriz clínica definida pela ANS - nº 149)</i>

Independente do número de stents implantados o procedimento deve ser remunerado uma única vez.

Remuneração de trépano em oftalmologia

Remunerar 2 trépanos descartáveis para cirurgias de transplantes de córneas.

ONCOLOGIA

Terapia oncológica

Deliberada a remuneração de acordo com as instruções gerais da CBHPM.

Código	Descrição
20104294	<i>Terapia oncológica – planejamento e 1º dia de tratamento</i>

A cada novo ciclo, poderá ser pago no primeiro dia.

Código	Descrição
20104308	<i>Terapia oncológica – por dia subsequente de tratamento (até o início do próximo ciclo)</i>

Código utilizado para a remuneração de cada atendimento subsequente do mesmo paciente no mesmo ciclo.

A cobrança concomitante do código de consulta não deve ser aceita.

Os códigos de terapia oncológica devem ser pagos diretamente ao serviço/profissional responsável pela execução da quimioterapia.

Honorário médico relativo à terapia oncológica na administração de medicamentos quimioterápicos de uso intramuscular e subcutâneo (por exemplo, metotrexate e Ara-C) deverá ser remunerado somente se a finalidade for o tratamento de doenças oncológicas.

Em caso da realização da terapia oncológica em regime de internação, os códigos acima deverão ser valorados de acordo com o plano contratado pelo beneficiário.

Serão pagos honorários médicos para imunoterápicos de aplicação endovenosa (EV) e para a aplicação de anticorpos monoclonais.

Os códigos 20104243, 20104278 e 20104294 referem-se ao 1º dia do ciclo de tratamento e deverão ser valorados a cada novo ciclo. Já os códigos 20104251, 20104286 e 20104308 deverão ser valoradas por dia subsequente de tratamento.

Referente ao código 20204159: é necessária a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

A quimioterapia paliativa deve ser remunerada de acordo com as instruções gerais para terapia oncológica.

Terapia com bisfosfonatos ou hormonioterápicos

Código	Descrição
20106025	<i>Terapia oncológica para hormonioterápicos e bisfosfonatos em geral e antineoplásicos e anticorpos monoclonais se aplicados por via subcutânea quando feitos isoladamente. *</i>

*Código próprio do Sistema Unimed

O código acima foi criado para vincular o procedimento à cobrança do medicamento no valor de R\$ 0,01. Poderá ser cobrada a taxa de aplicação vigente no intercâmbio.

Não serão pagos honorários de terapia oncológica para o uso exclusivo de hormonioterápicos de uso subcutâneo e intramuscular.

Não serão pagos os honorários médicos para inibidores de osteólise – bisfosfonatos.

No Intercâmbio Nacional, a valoração da taxa de sala é de acordo com a negociação local.

Não serão pagos honorários de terapia oncológica no caso de suporte medular, uma vez que é considerado parte integrante da remuneração de terapia oncológica inicial. O não pagamento é válido para qualquer via de administração.

Administração subcutânea de interferon

Não remunera o código 20104294 – *Terapia oncológica – planejamento e 1º dia de tratamento* para administração de interferon.

Heparinização de cateter

Cabe remuneração da manutenção e permeabilização do cateter implantável de quimioterapia em períodos regulares (acima de 30 dias). Quando for realizada simultaneamente à quimioterapia antineoplásica, utilizando o mesmo cateter, não cabe a remuneração da manutenção.

Para o Intercâmbio Nacional, o procedimento será remunerado com materiais e medicações.

Hidratação venosa

Para tratamento de distúrbio hidroeletrólítico em paciente oncológico deverá ser cobrado o código 20106017 junto à taxa de aplicação, mais os insumos referentes ao atendimento.

Terapia antineoplásica oral

Código	Descrição
20104430	Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer

Para facilitar a busca dos antineoplásicos cobertos, consultar a tabela abaixo:

Princípio ativo	Nome comercial	Localização	Indicação
Abiraterona, Acetato de	Zytiga, Balefio, Matiz, Zostide	Próstata	Metastático resistente à castração que é assintomático ou levemente sintomático, após falha com a terapia de privação androgênica. Avançado metastático resistente à castração e que recebeu quimioterapia prévia com docetaxel.
Afatinibe	Giotrif	Pulmão não pequenas células	Primeira linha, para pacientes adultos, com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), com histologia de adenocarcinoma, localmente avançado ou metastático, com mutações no receptor do fator de crescimento epidermoide (EGFR), não tratados previamente com inibidores da tirosina-quinase do EGFR.
Anastrozol	Anastrolibbs, Arimidex, Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo. Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo. Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno.

Bicalutamida	Casodex, Bycal, Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica. Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	Busilvex, Myleran	LMC – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Sem especificação de fase da doença.
Capecitabina	Xeloda, Capecare, Capecitabina, Capeliv, Corretal	Colorretal	Primeira linha em câncer metastático Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário.
		Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com composto de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina.
		Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em fase de contraindicação para essas medicações.
Ciclofosfamida	Genuxal	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
		Linfomas	Sem especificação de fase da doença
		Mama	Sem especificação de fase da doença
		Micose fungoide	Estágios avançados
		Mieloma múltiplo	Sem especificação de fase da doença
		Neuroblastomas	Em paciente com disseminação
		Ovário	Sem especificação de fase da doença
Clorambucila	Leukeran	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		LLC – leucemia linfocítica crônica	Sem especificação de fase da doença
Crizotinibe	Xalkori	Pulmão não pequenas células	Tratamento do câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) avançado que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK).
Dasatinibe	Sprycel	LLA – leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior.
		LMC – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior, incluindo imatinibe.
Dabrafenibe	Tafinlar	Melanoma	Melanoma metastático ou irrissecável com mutação do gene BRAF V600E.
Dietilestilbestrol		Mama	Casos paliativos
		Próstata	Casos paliativos
Enzalutamida	Xtandi	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com docetaxel.
		Próstata	Metastático resistente à castração em adultos que são assintomáticos após falha de terapia de privação androgênica.
Erlotinibe, Cloridrato de	Tarceva	Pulmão não pequenas células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso. Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática, com mutação nos éxons 19 ou 21.

Etoposídeo	Vepesid	Leucemias agudas	Não linfocíticas
		Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		Linfoma Não Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos.
		Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados.
Everolimus	Alfineto, Everolimo, Osys, Certican	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano.
		Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no pâncreas.
		Estômago	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no estômago.
		Intestino	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no intestino.
		Pulmão	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no pulmão.
Exemestano	Aromasin, Emah, Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno. Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumor receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores do receptor de estrogênio. Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado, receptor hormonal positivo, com intenção de permitir cirurgia conservadora da mama.
Fludarabina	Fludara	LLC – leucemia linfocítica crônica	Tumores de células B
Flutamida	Flutamida, Teflut	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH (“luteinizing hormone-releasing hormone”), no tratamento do câncer avançado em pacientes não tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração.
Gefitinibe	Iressa	Pulmão não pequenas células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso. Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática com mutação nos éxons 19 ou 21.
Hidroxiureia	Hydrea, Tepev, Hidroxiureia	LMC – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Fase crônica

Imatinibe	Glimatin, Glivec, Leuphila, Mesilato de Imatinibe	LLA – leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda	Cromossomo Ph+ com recaída ou refratária.
		LMC – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Recém-diagnosticada LMC cromossomo Ph+ fase crônica; crise blástica; fase acelerada; fase crônica após falha de interferon.
		Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Irressecável ou metastático
		Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento em casos ressecados de alto risco.
Lapatinibe, Ditosilato de	Tykerb	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+ após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol.
Letrozol	Letrozol, Femara, Lefemi, Soletre	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo.
Megestrol	Megestat, Femigestrol	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
		Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
Melfalano	Alkeran	Mieloma múltiplo	Sem especificação de fase da doença
		Ovário	Câncer avançado
Mercaptopurina	Purinethol	LLA – leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda	Indução da remissão e manutenção
		LMA – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) aguda	Indução da remissão e manutenção
		LMC – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Sem especificação de fase da doença
Metotrexato	Metrexato, Tecnomet	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença
		Linfoma Não Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		LLA – leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda	Sem especificação de fase da doença
		Mama	Sem especificação de fase da doença
		Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
		Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
Mitotano	Lisodren	Córtex suprarrenal	Carcinoma inoperável
Nilotinibe	Tasigna	LMC – leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Fase crônica, acelerada, Ph+ resistente ou intolerante à terapia prévia, incluindo imatinibe.
Pazopanibe	Votrient	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha.
Ruxolitinibe	Jakavi	Mielofibrose	Pacientes com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial.
Sorafenibe	Nexavar	Hepatocarcinoma	Hepatocarcinoma avançado em pacientes Child A.

Sunitinibe, Maleato de	Sutent	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe.
		Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha.
Tamoxifeno, Citrato de	Nolvadex, Taxofen, Tacfen	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo.
Temozolomida	Temodal, Zabrux, Temozolomida, Temozod, Telma	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada. Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão.
Tioguanina	Lanvis	LLA - leucemia linfocítica (linfoblástica) aguda	Sem especificação de fase da doença
		LMC - leucemia mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) crônica	Sem especificação de fase da doença
Topotecana, Cloridrato	Hycamtin	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de primeira linha.
Tretinoína (ATRA)	Vesanoid	Leucemia promielocítica	Indução de remissão
Vemurafenibe	Zelboraf	Melanoma	Metastático com mutação V600 do gene BRAF, primeira linha
Vinorelbina	Navelbine	Pulmão	Carcinoma de pulmão não pequenas células
		Mama	Carcinoma de mama

Tabela de Antineoplásicos

Realizada para compor o regramento do Intercâmbio sobre qual honorário pagar por medicamento, com vigência a partir de 01 de fevereiro de 2021.

Ressalva que a tabela é específica para pagamento de honorários e que taxas não estão atreladas.

ORTOPEDIA

Atendimento ortopédico

Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos, a primeira imobilização já está incluída.

No caso de tratamento de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.

Havendo necessidade de troca posterior de aparelho gessado, a ele corresponderá um novo porte, que será valorado observando-se a presente classificação.

Nos atendimentos ortopédicos e traumatológicos não tratados cirurgicamente nem submetidos a manobras incruentas, além da consulta inicial, será remunerada uma segunda consulta dentro dos primeiros 15 dias de quando for efetivamente realizada.

Parafusos bioabsorvíveis

Ficou definido que não serão liberados os parafusos bioabsorvíveis para as cirurgias de joelho ou tornozelo.

ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR

Cirurgia de ombro

Existem duas síndromes de ombro patológicas mais frequentes que geram demandas cirúrgicas.

A síndrome do impacto é aquela relacionada à compressão e lesão dos tendões do manguito rotador. A cirurgia envolve o tratamento das lesões no manguito e a descompressão subacromial. A descompressão subacromial envolve ressecção de tecidos moles e/ou duros, conforme o caso.

Nas cirurgias por videoartroscopia são autorizáveis três procedimentos, conforme instruções gerais do Rol/CNHM 3/9, não sendo adequada a inclusão de códigos de cirurgia convencional para atos artroscópicos.

As codificações artroscópicas que mais transitam nessa síndrome seriam:

Código	Descrição
30735068	<i>Ruptura do manguito rotador – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
30735033	<i>Acromioplastia – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
30735084	<i>Ressecção do terço lateral da clavícula por videoartroscopia</i>

Cada codificação tem critérios para contemplação. Outras codificações, frequentemente adicionadas, estão regulamentadas nas Atas CNA 69 e CNHM 3/9.

A segunda síndrome é a instabilidade do ombro, quase que invariavelmente anterior. Conforme a lesão, a cirurgia pode ser uma reconstrução anatômica (reconstrução labral) ou a cirurgia de batente (Bristow-Latarjet). Aplicam-se os mesmos regramentos de CNHM 3/9. A cirurgia de Bristow-Latarjet por vídeoartroscopia ainda não é uma prática corrente.

As codificações cabíveis são:

Código	Descrição
30717116	<i>Luxações crônicas inveteradas e recidivantes – tratamento cirúrgico – em articulação escápulo-umeral e cintura escapular</i>

Inclui-se nessa codificação as reconstruções anatômicas da glenoide e/ou capsulorrafias/plastias/plicaturas, e as cirurgias de batente (Bristow-Latarjet). Poderia associar-se à tenodese do TCLB, quando realizada apenas nas lesões SLAP (30731089). A cirurgia de Remplissage seria outra fase cirúrgica, e codificada exclusivamente por 30717167 – *Transferências musculares ao nível do ombro – tratamento cirúrgico*.

Para as cirurgias artroscópicas:

1) Apenas para a lesão labral (Bankart clássico) – reconstrução anatômica do labrum

3735041	<i>Lesão labral – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
----------------	---

2) Para as lesões labrais e capsulorrafias/plastias/plicaturas

30735050	<i>Luxação glenoumeral – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
-----------------	--

3) Para as instabilidades multidirecionais quando se faz apenas capsulorrafias/plastias/plicaturas

30735076	<i>Instabilidade multidirecional – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
-----------------	--

4) Para Bristow-Latarjet videoartroscópico total ou na maioria artroscópica, sugerimos uma associação por similaridade

30735041	<i>Lesão labral – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
30735050	<i>Luxação glenoumeral – procedimento videoartroscópico de ombro</i>

Cada codificação tem critérios para contemplação. Outras codificações, frequentemente adicionadas, estão regulamentadas em CNHM 3/9.

Código	Descrição
30717167	<i>Transferências musculares ao nível do ombro – tratamento cirúrgico</i>

Código de cirurgia aberta, que preconiza procedimento/procedimentos na cintura escapular, visando transpor/transferir um ou mais grupos musculares com o objetivo de devolver arco de movimento ou estabilizar a articulação (exemplos: paralisia obstétrica ou de plexo braquial, lesão extensa do manguito rotador, após ressecções tumorais etc.).

Por se tratar de um procedimento no qual a exposição na cintura escapular é extensa, não tem sentido técnico justificar a realização da cirurgia parcialmente por vídeo e parte por via convencional.

Código	Descrição
30735092	<i>Tenotomia</i>

A cirurgia do manguito Rotador e a Tenotomia da porção longa do bíceps serão remuneradas em conjunto nas seguintes situações:

Com lesão confirmada por exame de imagem (USG ou Ressonância) da porção longa dos bíceps, seja em seu segmento intra articular ou luxação no seu canal extra articular.

Em outras situações, a Tenotomia do cabo longo do bíceps serve para dar acesso aos procedimentos principais, não cabendo remuneração específica.

A presença de líquido na bainha é achado inespecífico e não configura a lesão.

Caso o procedimento cirúrgico for iniciado por vídeo e, por impossibilidade técnica, houver a necessidade de passar para uma cirurgia a céu aberto, o procedimento contemplado deverá ser apenas o realizado pela via convencional, isso é, o procedimento que foi resolutivo.

Sinovectomia

Código	Descrição
30731062	<i>Sinovectomia – tratamento cirúrgico</i>
30733014	<i>Sinovectomia total – procedimento videoartroscópico de joelho</i>
30733022	<i>Sinovectomia parcial ou subtotal – procedimento videoartroscópico de joelho</i>
30734010	<i>Sinovectomia total – procedimento videoartroscópico de tornozelo</i>
30734029	<i>Sinovectomia parcial ou subtotal – procedimento videoartroscópico de tornozelo</i>
30735017	<i>Sinovectomia total – procedimento videoartroscópico de ombro</i>
30735025	<i>Sinovectomia parcial ou subtotal – procedimento videoartroscópico de ombro</i>

Indicações:

Pagamento da sinovectomia total ou parcial apenas em casos de doença da sinóvia (artrite reumatóide, artrite psoriáticas, sinovites vilonodulares, gota, geno flexo com aderências e artrite séptica), quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulação, com comprovação mediante anátomo-patológico executado (não cabe solicitação de laudo para pagamento).

OSSOS

Procedimentos videoartroscópicos

Nas cirurgias videoartroscópicas, quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, poderão ser associados procedimentos intra-articulares para conclusão do ato operatório até um limite de três por articulação.

Os procedimentos extra-articulares poderão ser associados a qualquer procedimento ou associações de procedimentos intra-articulares dessa lista para conclusão em bom termo do ato médico cirúrgico (retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias).

Exclui a captura e a transposição de enxertos que devem ser cobrados em códigos específicos.

Ortotripsia

Código	Descrição
30732050	<i>Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes ósseas – acompanhamento 1ª aplicação</i>
30732069	<i>Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes ósseas - acompanhamento reaplicações</i>

Procedimentos sem cobertura segundo o Rol da ANS.

Enxerto ósseo oral

As cirurgias sem outros fins que não os enxertos ósseos em maxila e/ou mandíbula, com intuito de aumentar a massa óssea e dar alicerce para futuros implantes dentários, configuram ato odontológico, que pode necessitar, por imperativo clínico, de ambiente hospitalar e anestesia geral.

Nesse cenário, a codificação é odontológica, cabendo ao plano de saúde seguir o Art. 22 RN 428/17:

IX - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

...

Parágrafo único - Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Para condições traumáticas agudas, foi definida a autorização do código:

Código	Descrição
30722306	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico

Doenças ortopédicas comuns de mãos e pés

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO: seja pela técnica minimamente invasiva ou pela convencional, o passo cirúrgico principal é a abertura do ligamento transversal do carpo. Adicionalmente, pela técnica convencional, as margens do túnel podem ser ressecadas, visando diminuir a chance de novo fechamento. Não se manipula, descola ou se diseca o nervo mediano, ou outras estruturas.

- Se por videoartroscopia de punho:

- **30737079 Túnel do carpo - descompressão - procedimento videoartroscópico**

- Se por técnica convencional:

- **31403280 Neurólise das síndromes compressivas**

OU

- **30731097 Tenólise túnel osteofibroso**

SÍNDROME DE QUERVAIN: procedimento com incisão em face lateral do punho, na projeção do polegar, em que se realiza a incisão da bainha tendinosa do primeiro compartimento extensor. Lá dentro, temos apenas o tendão. Os cuidados para não lesar o nervo radial na incisão são de boa técnica cirúrgica, e não remunera neurólise.

- **30731011 Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico**

OU

- **30731186 Tenossinovites estenosantes - tratamento cirúrgico**

OU

- **30731178 Tenossinovectomia de mão ou punho**

Podemos incluir nessa liberação:

- **30731097 Tenólise túnel osteofibroso**

DEDO EM GATILHO: cirurgia pode ser realizada ou não com garrote. Incisão 1 cm abaixo da prega do dedo afetado, dissecação do subcutâneo até exposição da bainha, preservação dos nervos sensitivos digitais. Procede-se à abertura da polia A1, fechamento e curativo compressivos.

- **30722276 Dedo em gatilho, capsulotomia/fasciotomia - tratamento cirúrgico**

OU

- **30731011 Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico**

CISTO SINOVIAL: cistos sinoviais se formam em decorrência do extravasamento do líquido sinovial de uma articulação ou bainha de um tendão. O organismo reage e cria uma cápsula para conter esse extravasamento, sendo chamada de cápsula do cisto. O cisto se comunica com o interior da articulação ou bainha por intermédio de um pedículo e, por isso, pode aumentar e diminuir de volume.

Os cistos podem acontecer invariavelmente em qualquer articulação ou bainha, mas os mais frequentes – causadores de clínicas e cirurgias – são os de dorso de punho, também chamados de volares. Ressecção de cisto não é sinônimo e nem equivalente de sinovectomia.

Cisto sinovial requer dissecação e ressecção da cápsula, identificação do pedículo e reparo da cápsula ou bainha (sutura) com intuito de fechar o pedículo.

Para cistos sinoviais (artrossinoviais ou de bainha), exceto coluna, as codificações são:

- **30722713 Ressecção de cisto sinovial (mão)**

OU

- **30731046 Cisto sinovial - tratamento cirúrgico (genérico)**

OU

- **30731232 Tumores de tendão ou sinovial - tratamento cirúrgico**

DOENÇA DE DUPUYTREN: a cirurgia é indicada quando não se consegue mais estender totalmente os dedos. A correção é feita por fasciectomias parciais, visando apenas restabelecer a extensão.

- **30101778 Retração de aponevrose palmar (Dupuytren) - tratamento cirúrgico**

NEUROMA DE MORTON: pode haver mais de 1 por pé.

1. SE NEURÓLISE: pela secção do ligamento intermetatarsal, descomprimindo o espaço, a qual poderia ser remunerada pela codificação de fasciotomia. O diagnóstico é clínico, mas, na ausência de neuroma documentado à imagem, remunera-se:

- **30730090 1 Fasciotomias (descompressivas)**

OU

- **31403280 1 Neurólise das síndromes compressivas**

2. SE NEURECTOMIA: ressecção cirúrgica do neuroma. Se acesso dorsal, a fasciotomia e a bursectomia, seriam via de acesso. Haverá anatomopatológico e remunera-se:

- **31403360 1 Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório etc.)**

OU

- **31403115 1 Excisão de tumores dos nervos periféricos**

OU

- **31403131 1 Extirpação de neuroma**

Tenorrafia dos 5 dedos de uma mão

Se a lesão for na zona I, II e III será (01X) 30731143 e se for nas demais zonas (01X) 30731135.

Em resumo: O código individual serve apenas para lesões individuais, nas lesões múltiplas 01 código de lesão múltipla.

Grupo 1

30731160 - Tenorrafia única em outras regiões - que não o túnel osteofibroso

30731135 - Tenorrafia múltiplas em outras regiões

Aplicável para regiões de Bunel diferentes de I, II e III, que seriam outras regiões.

Codificações excludentes entre si, por mão.

Grupo 2

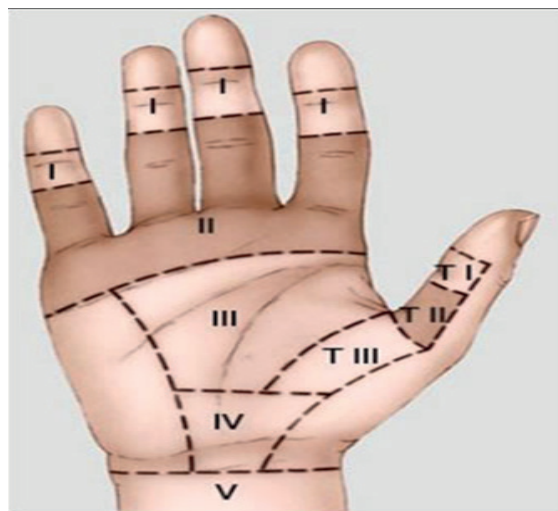
30731151 - Tenorrafia do túnel osteofibroso até 2 dígitos

30731143 - Tenorrafia do túnel osteofibroso mais de 2 dígitos

Aplicável para regiões de Bunel I, II, III (regiões do túnel osteofibroso)

Codificações excludentes entre si, por mão.

Pode haver lesão em áreas de túnel osteofibroso e outras áreas simultaneamente, não sendo Grupo 1 necessariamente excludente com grupo 2.



OTORRINOLARINGOLOGIA

OTORRINOLARINGOLOGIA DIAGNÓSTICA

Testes vestibulares

Avaliação otoneurológica

De acordo com o “Consenso em Vertigem”, ficou estabelecida a denominação de avaliação otoneurológica para o conjunto de procedimentos que levam ao diagnóstico mais preciso das localizações e causas das afecções do aparelho vestibular.

As principais indicações da avaliação otoneurológica seriam:

- Alterações do equilíbrio
- Alterações auditivas, notadamente quando sensório-neurais, unilaterais, sensação de abafamento, flutuação da audição e zumbido
- Síndromes neurológicas da fossa posterior, quando poderia ajudar na localização do nível da lesão
- Distúrbio de aprendizado em crianças, para se afastar afecção vestibular

O principal objetivo da avaliação otoneurológica é saber se o comprometimento é de origem periférica (do labirinto e/ou VIII par até a entrada no tronco encefálico) ou central (principalmente, núcleos vestibulares, vias de interligação ou cerebelo).

A propedêutica otoneurológica é composta de uma anamnese, exame físico otorrinolaringológico, avaliação do equilíbrio e da função vestibular (Provas de Unterberger, Romberg, Index-Index, Index-Naso).

A eletronistagmografia (ENG) é um teste não invasivo, que avalia indiretamente a função vestibular por meio da observação dos registros dos movimentos oculares. Ela é feita em um aparelho de registro gráfico de 1 ou 2 canais, onde se registram os nistagmos horizontais dos olhos, separadamente ou em conjunto.

Quando utilizado um aparelho de 3 canais, o exame passa a se chamar vectoeletronistagmografia, com um aumento de sensibilidade por registrar, além dos nistagmos horizontais, também os verticais e oblíquos.

A vectoeletronistagmografia é composta pelos seguintes exames que não podem ser cobrados à parte:

- Calibração de movimentos oculares
- Pesquisa de nistagmo espontâneo e semiespontâneo
- Movimentos sacádicos
- Rastreio pendular
- Nistagmo optocinético
- Prova rotatória pendular decrescente
- Provas calóricas (nistagmos pós-calóricos)

Diante disso, fica claro que a vectoeletronistagmografia, inclui a eletronistagmografia e a prova calórica.

Código	Descrição
41401492	Testes vestibulares, com vectoeletronistagmografia
41401476	Testes vestibulares, com prova calórica, com eletronistagmografia
41401484	Testes vestibulares, com prova calórica, sem eletronistagmografia
40103765	Videonistagmografia - sem cobertura na RN vigente da ANS
40103480	Pesquisa de pares cranianos*

*Semiologicamente avaliado na consulta médica e parte integrante dela. Pode ser reembolsado, se não acompanhado da cobrança de consulta.

Audiometria vocal com mensagem competitiva/ avaliação do processamento auditivo central

Código	Descrição
40103110	Audiometria vocal com mensagem competitiva (SSI, SSW)

Avaliação do processamento auditivo central.

Objetivo: determinar disfunções ou lesões de diferentes áreas do sistema nervoso auditivo central.

De acordo com a recomendação da ASHA (2005), a bateria de testes comportamentais para a avaliação do processamento auditivo (central) deve conter, no mínimo, um teste de cada subgrupo, a saber:

- 1) Monoaurais de Baixa Redundância (Fala Filtrada, Fala no Ruído, PSI/SSI)
- 2) Integração Binaural (Fusão Binaural, MLD)
- 3) Processamento Temporal (PPS, DPS, RGDT, GIN)
- 4) Escuta Dicótica (SSW, Dígitos Dicóticos, Consoante Vogal), sendo, pelo menos, um deles com estímulos não verbais

Audiometrias tonal e vocal com limiar de discriminação

Código	Descrição
40103072	Audiometria tonal limiar com testes de discriminação
40103102	Audiometria vocal, pesquisa de limiar de inteligibilidade

Definido pelo CNA que os códigos acima não são excludentes.

Audiometria infantil

Código	Descrição
40103080	Audiometria tonal limiar infantil condicionada (qualquer técnica) - Peep-show

Definido que não deve ser autorizada para o neonato, haja visto o resultado ser sempre negativo.

Para realizar o exame 40103080 - Audiometria tonal limiar infantil condicionada (qualquer técnica) - Peep-show, a criança tem que ser capaz de atender a comandos, tais como bater palmas, levantar a mão entre outros.

Isso ocorre, geralmente, a partir de 2 anos e meio a três anos.

Impedanciometria ou imitanciometria

Código	Descrição
40103439	Impedanciometria - timpanometria

Trata-se de um teste objetivo, não dependente de colaboração, que avalia o grau de condutibilidade acústica do sistema tímpano-ossicular.

A impedanciometria inclui a timpanometria e a medição do reflexo estapédico.

1. **Timpanometria:** mede a pressão no ouvido médio, avalia a função da Trompa de Eustáquio, a presença de conteúdo líquido na caixa do tímpano e o grau de mobilidade da cadeia ossicular.
2. **Medição do reflexo estapédico:** sua presença indica um estímulo auditivo adequado em frequência e intensidade, transmissão sonora adequada através do conduto auditivo externo e da cadeia tímpano-ossicular, existência de uma função coclear mínima, integridade anátomo-funcional dos componentes do arco reflexo estapédico (cóclea, VIII par, núcleos cocleares e complexo olivar superior), nervo facial e músculo estribo com função normal.

Tem algumas indicações raras de repetição do exame:

- OMA (otite média aguda) com efusão após tratamento clínico
- OMA recorrente ou com perfuração após tratamento clínico
- Otite serosa aguda
- Otoemissões acústicas alteradas
- Traumatismo da membrana timpânica para controle do fechamento da membrana timpânica

Não há indicação de repetição do exame em período menor que 14 dias.

Provas de função tubária

Código	Descrição
40103641	Exame funcional da Trompa de Eustáquio

A Trompa de Eustáquio só pode ser avaliada por métodos indiretos e sua disfunção pode ser causa de otite média crônica.

Avalia-se a mobilidade da membrana timpânica durante as manobras de Valsalva, Toynbee e Politzer. Esse exame tem sido motivo de muitas pesquisas que não são factíveis na prática clínica diária e não há uma padronização para sua interpretação.

Hoje, substituído pela timpanometria (impedanciometria).

Não temos essa cobrança, apesar de contemplado na Lei 9.856/98 atualizada pela RN vigente da ANS.

Otoemissão Acústica (OEA)

Registro da energia sonora gerada pelas células da cóclea (orelha interna) em resposta a sons captados por um microfone colocado no conduto auditivo externo.

Avalia a função do sistema auditivo periférico, basicamente a cóclea, área mais afetada na surdez neurosensorial.

Existem três tipos de emissões otoacústicas:

1. Espontâneas: estão presentes em, aproximadamente, 50% das orelhas humanas, mesmo sem a

apresentação de estímulo sonoro externo.

2. Evocadas transitórias: respostas provocadas por um estímulo transitório muito breve e com faixa de frequência abrangente, com objetivo de uma avaliação global da cóclea.
3. Evocadas por produto de distorção: ocorrem quando a orelha é estimulada por 2 tons puros de frequências diferentes e simultâneas, respondendo com intermodulação dos dois e geração de um terceiro, de uma outra frequência (Kemp 1979; Losbury-Martin, Harris, Stoney, Hawkins & Martin, 1990).

Teste da orelhinha

Código	Descrição
40103463	<i>Otoemissões evocadas transientes</i>

Realizado a partir de 48 horas após o nascimento. A Lei Federal 12.303/10 torna obrigatória a triagem auditiva com emissões otoacústicas para todos os recém-nascidos, independentemente de fatores de risco, até o 28º dia de vida.

É remunerado no Intercâmbio Nacional, conforme Rol Unimed, uma vez.

Código	Descrição
40103455	<i>Otoemissões acústicas produto de distorção</i>

Auxílio no diagnóstico de deficiência auditiva, avaliação de pacientes simuladores e acompanhamento de pacientes que utilizam drogas ototóxicas.

A otoemissão acústica, cujo objetivo é verificar a existência de função coclear nos ouvidos independentemente da consciência do paciente, está sobreposta a audiometria e BERA (se indicado).

Polissonografia

Código	Descrição
40103528	<i>Polissonografia de noite inteira (PSG) (inclui polissonogramas)</i>
40103536	<i>Polissonograma com EEG de noite inteira</i>
40103544	<i>Polissonograma com teste de CPAP/BIPAP nasal</i>

São excludentes entre si quando realizados no mesmo dia.

Polissonografia ambulatorial domiciliar, com ou sem monitorização do EEG ou polissonograma domiciliar com teste de CPAP/BIPAP nasal: sem cobertura na Lei 9.656/98 atualizada pela Resolução Normativa vigente.

Avaliação eletrofisiológica da audição

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Composto de:

- núcleos cocleares (bulbo)
- complexo olivar superior (ponte)
- núcleos do lemnisco lateral (ponte)
- colículo inferior (mesencéfalo)
- corpo geniculado medial (tálamo)
- córtex auditivo



Potenciais Evocados Auditivos (PEA): avaliam a atividade neuroelétrica na via auditiva, do nervo auditivo – também chamado nervo coclear – até o córtex cerebral, em resposta a um estímulo acústico (Momensohn-Santos et al., 2005).

São captados por meio de eletrodos fixados na superfície do couro cabeludo, fronte, lóbulos das orelhas ou mastoides, que são processados e aparecem em forma de ondas no computador.

Um dos sistemas de classificação e nomenclatura dos potenciais evocados auditivos baseia-se no tempo em que as respostas ocorrem, após início da estimulação, conhecido como “latência”. Assim, podem ser classificados em potenciais evocados de curta, média e longa latências (Ruth e Lambert, 1991).

Dentre os potenciais evocados auditivos de curta latência, clinicamente, o mais utilizado é o Potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE), também denominado Audiometria de Tronco Encefálico (ABR – Auditory Brainstem Response) ou, ainda, Brainstem Evoked Audiology (BERA).

Potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) ou Audiometria de tronco cerebral (BERA)

Código	Descrição
40103064	Audiometria de tronco cerebral (PEATE) BERA

Avalia a passagem do estímulo elétrico oriundo da cóclea até o colículo inferior.

São 7 ondas, sendo as mais nítidas as ondas I (cóclea/porção distal do VIII par), III (núcleos cocleares) e V (Lemnisco lateral).

Avalia a parte neural retrococlear (componente neural do sensorio neural).

Principal indicação: diferenciar lesões retrococleares de lesões cocleares (neurosensorial – do ouvido interno ou nervo coclear).

Esse exame é objetivo e o paciente precisa colaborar. Em crianças ou pacientes com déficit cognitivo, há necessidade de sedação.

Possui duas indicações distintas:

1. Definir limiar auditivo eletrofisiológico para pacientes que não conseguem ou não podem responder a audiometria convencional, como portadores de distúrbios neurológicos ou cognitivos e simuladores.
2. Estabelecer topodiagnóstico da perda auditiva – realizado em casos de perdas auditivas neu-

rossensoriais, sobretudo, quando houver assimetria do padrão auditivo entre as duas orelhas, definindo se o acometimento afeta a porção retrococlear, o que pode se relacionar com lesões centrais e possibilidade de afecção cerebral.

A liberação do BERA tem justificativa quando a audiometria tonal/vocal está alterada.

Potencial evocado auditivo de média latência (PEA-ML) bilateral ou Respostas de média latência (Middle latency response – MLT)

Código	Descrição
40103579	Potencial evocado auditivo de média latência (PEA-ML) bilateral

Avalia a passagem do estímulo elétrico nas estruturas acima do colículo inferior, incluindo córtex auditivo primário.

Autorizado para crianças acima de 10 anos.

Indicações: determinação do limiar eletrofisiológico de audição na faixa de frequências baixas, avaliação do implante coclear, avaliação do funcionamento da via auditiva e localização de lesões no trajeto.

P300 – Potencial evocado auditivo de longa latência

Código	Descrição
40103560	Potencial evocado - P300

Os potenciais evocados auditivos de longa latência (PEALL) avaliam a passagem do estímulo elétrico no córtex e têm sido enfatizados, nas pesquisas atuais, como um instrumento de investigação do processamento da informação (codificação, seleção, memória e tomada de decisão). Esses potenciais permitem avaliar a atividade cortical envolvida nas habilidades de discriminação, integração e atenção do cérebro (Krause McGee, 1994).

Indicação: o P300 tem sido empregado no estudo dos distúrbios cognitivos e neurológicos, como os que ocorrem na demência, depressão, esquizofrenia e Alzheimer (Pfefferbaume colaboradores, 1984; Patterson e colaboradores, 1988).

Eletrococleografia e audiometria de tronco cerebral

Código	Descrição
40103269	Eletrococleografia (ECOCHG)
40103064	Audiometria de tronco cerebral (PEA) BERA

A única indicação para eletrococleografia no momento atual é para confirmação e acompanhamento da Doença de Ménière.

No adulto, a audiometria exclui patologia coclear, não sendo necessários outros exames.

A criança não faz eletrococleografia, porque temos emissões otoacústicas.

Teste da linguinha

A tabela TUSS não possui um código específico.

Segundo parecer da Sociedade Brasileira de Pediatria, a avaliação do frênulo lingual faz parte da rotina do exame físico do recém-nascido e, portanto, é realizada pelo pediatra assistente, incluída na visita hospitalar (10103015 - *Atendimento ao recém-nascido em berçário*) antes da alta hospitalar.

Endoscopia naso faringo laríngea diagnóstica

Na prática, a avaliação de cavidades naso-sinusais e faringo-laríngea é feita basicamente de 4 formas, apesar da multiplicidade de códigos existentes.

Endoscópio rígido em nariz: visualiza-se as cavidades nasais, meatos naso-sinusais, ocasionalmente seios paranasais pelo óstio de drenagem desses seios e cavum, incluindo esfíncter velofaríngeo e rinofaringe.

Código	Descrição
40201228	<i>Videoesndoscopia naso-sinusal com ótica rígida</i>
40201210	<i>Videoesndoscopia naso-sinusal com ótica flexível</i>

Endoscópio flexível em nariz: é possível visualizar exatamente as mesmas coisas que pelo rígido.

Faringe e laringe com endoscópio rígido: é feito via cavidade oral, sendo possível visualizar apenas essas duas estruturas, incluindo estruturas vocais.

Código	Descrição
40201260	<i>Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido</i>

Faringe e laringe com endoscópio flexível: a via de acesso à faringe e laringe por endoscópio flexível é a própria cavidade nasal, ou seja, introduz-se o endoscópio na cavidade nasal e desce até a laringe.

Código	Descrição
40201252	<i>Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível</i>
40201228	<i>Videoesndoscopia naso-sinusal com ótica rígida</i>

Não há justificativa técnica para remuneração dos dois procedimentos citados acima, pois quando se faz a Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível já está sendo feita a visualização da cavidade nasal do aparelho.

Escolha do melhor endoscópio:

O endoscópio rígido tem a vantagem de fornecer uma imagem muito superior ao flexível, devido a iluminação e lente maiores.

O flexível é mais confortável para o paciente que está realizando o exame na cavidade nasal e, ainda, as vantagens de poder avaliar de uma só vez cavidades naso-sinusais, faringe e laringe.

Se o problema é só de voz ou de faringe, é recomendado o procedimento 40201260 - *Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido* (melhor imagem).

Se o paciente tem reflexo nauseoso exacerbado: o que pode dificultar o exame que é feito via oral, usar o flexível via nasal, que estimula menos a faringe e laringe - 40201252 - *Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível*.

Se o problema é de nariz, seios paranasais, faringe e laringe: nesse caso, a fibra flexível é introduzida pelo nariz, já examinando-o, e chega com o endoscópio até a faringe e laringe para exame. Retira o aparelho e o introduz para examinar a outra cavidade nasal com cobrança do procedimento 40201252 – *Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível* apenas uma vez. O exame dura cerca de 10 min.

Não há justificativa em ter um código só para visualizar esfíncter velofaríngeo, já que ele é avaliado por meio dos exames acima. E também não se justifica a cobrança de 2 procedimentos, pois com o mesmo aparelho e na mesma passagem, se visualiza todas as estruturas.

Videolaríngoscopia é a mesma videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido utilizando-se uma fonte de luz estroboscópica, que fornece muito mais qualidade que a fonte comum, porém extremamente cara.

Esses exames não devem ser reembolsados para avaliação de resposta ao tratamento e na rotina da consulta.

O resultado do exame deve ser liberado para o paciente com laudo e o CD do exame.

Código	Descrição
40201260	<i>Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido</i>
40201210	<i>Videoscopia naso-sinusal com ótica flexível</i>

Os procedimentos citados acima são mutuamente excludentes.

Procedimentos cirúrgicos de otorrinolaringologia

Devem ser seguidos os critérios estabelecidos nesse manual. Como auxílio, devem ser consultadas as planilhas de excludentes e vias de acesso para auxílio. Sugere-se a avaliação concomitante de exames de imagem para esses casos.

Remoção de cerúmen

Código	Descrição
20104065	<i>Cerúmen – remoção (bilateral)</i>

O código de aspiração auricular não se aplica à remoção de cerúmen, que tem codificação específica, a qual engloba qualquer método de extração da cera: lavagem, aspiração com aparelho específico ou extração mecânica com ganchos ou curetas.

Tumor de boca ou faringe

Código	Descrição
30205239	<i>Tumor de boca ou faringe – ressecção</i>

Amigdalectomia lingual

Código	Descrição
30205069	Amigdalectomia lingual

Refere-se à retirada das amígdalas linguais (tecido linfoide no 1/3 posterior da língua), atrás das papilas circunvaladas, por causa de sua hipertrofia.

Indicação: hipertrofia de amígdalas linguais. A hipertrofia desse tecido com grau de indicação de cirurgia é extremamente rara e, para liberação, deve ser comprovada.

Amigdalectomia das palatinas + adenoidectomia

Código	Descrição
30205034	Adenoamigdalectomia

Indicações absolutas

Hiperplasia adenotonsilar associada com:

- Apneia obstrutiva do sono
- Déficit de ganho ponderal
- Crescimento dentofacial anormal
- Suspeita de malignidade
- Tonsilite hemorrágica

Indicações relativas

Hiperplasia adenotonsilar associada com:

- Obstrução das vias aéreas superiores
- Disfagia
- Prejuízo na fala
- Faringotonsilite crônica ou recorrente
- Abscesso peritonsilar
- Portador de *Streptococcus pyogenes* grupo A-GAS
- Halitose

Fonte: Darrow, DH. Dilemas na abordagem das tonsilas. In: Sih, T; Chinski, A; Eavey, R; Godinho, R. 5º Manual de Otorrinolaringologia da IAPO. São Paulo. 2006. p. 77-83.

Uvulopalatofaringoplastia (UPFP)

Código	Descrição
30205247	Uvulopalatofaringoplastia (qualquer técnica)

Trata-se de procedimento para pacientes com obstrução localizada na região da orofaringe (Fujita et al., p. 11).

Os achados no exame físico são: palato mole alongado, paredes laterais de faringe redundantes,

úvula longa e volumosa, tonsilas palatinas aumentadas (graus II, III e IV). Melhores resultados são alcançados em pacientes sem alterações craniofaciais e com índice de massa corporal (IMC) inferior a 30 kg/m².

Indicação: síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) de grau leve a moderado.

Nos casos de SAHOS de grau grave, a indicação é o uso de CPAP.

A indicação de UPFP deve ser precedida de estudo cefalométrico e faringolaringoscópico, em que a redução do espaço aéreo posterior e a hipertrofia da base da língua podem interferir no resultado da cirurgia.

A liberação desse procedimento é apenas para os casos de síndrome da apneia, hipopneia obstrutiva do sono e apneia do sono. Se o laudo da polissonografia estiver alterado, mas a nasofaringoscopia não descrevendo redundância/alongamento de palato mole e da úvula, deve-se solicitar justificativa médica, porque provavelmente a obstrução está ocorrendo por outra causa ou em outro sítio anatômico.

A polissonografia confirma o diagnóstico de SAHOS sozinha quando o IAH (índice de apneia e hipopneia) for ≥ 15 por hora.

Segundo Zonato e Gregório (2003), a UPFP inclui: “remoção das amígdalas palatinas, quando presentes, úvula e parte do bordo livre da língua.”

Referência: Zonato, AL; Gregório, LC. Tratamento cirúrgico da SAHOS. In: Campos, CAH e Campos, HOO. Tratado de Otorrinolaringologia. Vol. V. São Paulo. Editora Roca, 2003. p. 329-348.

Aspiração auricular

Código	Descrição
30402018	Aspiração auricular

Código utilizado para retirada de corpo estranho ou líquido. Uma vez retirado, não há indicação de repetição do procedimento.

Esse código é excludente com codificação: 20104065 - Cerúmen - remoção (bilateral).

Implante coclear

Código	Descrição
30404061	Implante coclear (exceto a prótese)
20202040	Monitorização neurofisiológica intraoperatória*

*Para monitorização do nervo facial.

A mastoidectomia é considerada parte integrante do procedimento principal e não deve ser remunerada à parte. O sistema de implante coclear é desenvolvido para restaurar um nível da sensação da audição para indivíduos com surdez neurossensorial de grau severo a profundo bilateral, que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual), por meio da estimulação elétrica do nervo auditivo.

O objetivo é substituir parcialmente as funções da cóclea, transformando os sinais sonoros em sinais elétricos.

Trata-se de uma prótese eletrônica introduzida na orelha interna, por meio de um procedimento cirúrgico. Tem duas unidades: a externa, composta de um microfone, um processador de fala e uma

antena transmissora; e a interna, que contém um receptor/estimulador e um cabo que interliga o processador a um conjunto de eletrodos que transmite o som para o interior da cóclea.

A avaliação dos pacientes candidatos ao implante coclear é realizada por uma equipe interdisciplinar, composta por médicos otologistas, fonoaudiólogos, psicólogos e outros.

Os implantes cocleares têm registro na Anvisa e, atualmente, estão negociados no CTNPM (Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos).

Os critérios para autorização estão definidos no Anexo II da Lei 9.656/98 atualizada pela RN vigente da ANS.

Recomendamos a liberação do procedimento para serviços altamente especializados, com equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos, de acordo com a Portaria GM/Ministério da Saúde.

A manutenção posterior à colocação do implante coclear apresenta cobertura obrigatória pelas operadoras de planos privados de saúde. Considera-se manutenção posterior tudo que se relaciona com os procedimentos clínicos necessários ao acompanhamento do tratamento, como a consulta/sessão com fonoaudiólogo, exames de mapeamento periódico, desde que estejam contemplados no Rol de procedimentos em vigor, além dos procedimentos necessários ao bom funcionamento da prótese, como ajustes, consertos e materiais (bateria).

Para a cobrança da troca ou manutenção da prótese, os códigos abaixo podem ser utilizados:

Código	Descrição
30404169	<i>Substituição do ímã do implante coclear unilateral</i>
30404185	<i>Neurotelemetria transoperatória do implante coclear unilateral</i>
41401727	<i>Ganho funcional com implante coclear unilateral</i>
41401735	<i>Ganho funcional com estimulação bimodal (AASI + implante coclear)</i>
41401743	<i>Teste de integridade do implante coclear unilateral</i>

As manutenções ou eventuais substituições do dispositivo devem ser custeadas conforme apresentação de laudo técnico expedido pela fabricante ou pela assistência técnica por ela credenciada.

Tanto para o implante coclear quanto para as próteses ancoradas ao osso, os processadores de áudio diferem, especialmente, em questões relacionadas à conectividade.

Cirurgia para prótese auditiva percutânea ancorada no osso

Código	Descrição
30404177	<i>Cirurgia para prótese auditiva percutânea ancorada no osso unilateral (primeira implantação ou substituição)</i>

Trata-se de um sistema desenvolvido para o tratamento das deficiências auditivas condutivas ou mistas e para perda auditiva unilateral. A perfuração timpânica simples e a otite média crônica por si só não são indicações, uma vez que a patologia de base deve ser tratada. A prótese auditiva é fixada ao osso mastoídeo e capta o som do ambiente e o transforma em vibração de condução óssea, que se propaga pelo osso da caixa craniana, estimulando a cóclea diretamente.

O sistema da prótese ancorada ao osso é composto basicamente pela prótese auditiva implantável (componente interno) e pelo processador áudio (componente externo).

A diferença entre os tipos de próteses ancoradas ao osso é que, em alguns modelos, o componente

interno é encaixado no osso mastoídeo e preso por um parafuso que transfixa a pele, onde é fixado o processador de áudio (componente externo), por isso são chamados percutâneos. Em modelos mais modernos, o que conecta o componente interno fixado ao osso no processador externo é um ímã, mantendo a pele íntegra, por isso são chamados transcutâneos. Ressaltando que não se trata de uma mastoidectomia e a fixação na mastoide é parte integrante do procedimento final.

A prótese ancorada ao osso não requer monitorização intraoperatória, pois o implante não está próximo do nervo facial.

Tanto para o implante coclear quanto para as próteses ancoradas ao osso, os processadores de áudio diferem especialmente em questões relacionadas à conectividade.

As manutenções ou eventual substituição do dispositivo devem ser custeadas conforme apresentação de laudo técnico expedido pela fabricante ou pela assistência técnica por ela credenciada.

Reconstrução de cadeia ossicular

Código	Descrição
30403030	<i>Estapedectomia ou estapedotomia</i>
30403120	<i>Timpanoplastia com reconstrução de cadeia ossicular</i>

Procedimento cirúrgico que visa substituir a cadeia ossicular ou ossículo lesado, ausente ou desarticulado da cadeia por uma prótese parcial ou total, sintética ou homóloga (cortical de osso da mastoide ou bigorna).

No caso de otosclerose, é cobrado o código 30403030 – *Estapedectomia ou estapedotomia*.

No caso de outra lesão ossicular que não decorrente da otosclerose, é cobrado o código 30403120 – *Timpanoplastia com reconstrução de cadeia ossicular*.

Os dois são excludentes por se tratar de um procedimento único.

Diagnóstico de lesão de cadeia ossicular:

- Otoscopia: perfuração da membrana timpânica (MT) e lesão do cabo do martelo
- Audiometria com *gap* aéreo-ósseo e impedanciometria, com curva tipo Ar (confirmado por meio de uma timpanotomia exploradora)
- Ausência de ossículos ou cadeia ossicular à tomografia computadorizada de ossos temporais: diagnóstico confiável somente em aparelhos de alta resolução e com radiologista experiente, associado ao exame físico e história clínica
- Timpanotomia exploradora ou intraoperatória

Para pagamento da reconstrução da cadeia ossicular, diagnóstico que pode ser realizado no operatório (peroperatório), é imprescindível descrever na Folha de Sala Cirúrgica os achados cirúrgicos e os materiais usados para reconstruir ou substituir o(s) ossículo(s), que podem ser biológicos (ossículos, osso cortical, cartilagens e dentes), não biológicos (próteses de teflon, titânio, aço) ou semibiológicos (hidroxiapatita, bioglass, ceravital etc). Isso será avaliado pela auditoria hospitalar, com pagamento condicionado a essa avaliação descrita em folha de sala.

O diagnóstico da lesão ossicular concomitante à perfuração de membrana timpânica quase sempre é realizado por meio da inspeção visual, otoscopia e/ou microscopia, no consultório ou no peroperatório. O diagnóstico por imagem (tomografia de alta resolução) é dispensável porque é de difícil visualização na maioria dos casos, já que as lesões habitualmente são parciais (erosões ossiculares). No exame audiométrico, também não é possível identificá-la quando há perfuração timpânica.

No conceito de reconstrução de cadeia ossicular, também chamado de ossiculoplastia, obrigatoriamente deve haver uma interrupção na integridade da cadeia ossicular, originada mais frequentemente por erosão parcial ou ausência de ossículos, mas também podendo ser uma desarticulação ou fixação deles. Miniti, Bento e Butugan (2001) dizem que as situações mais frequentes que levam à reconstrução de cadeia ossicular são: ausência completa de ossículos, ausência de martelo e bigorna, ausência de bigorna e estribo e erosão parcial de bigorna. Nesses casos, sempre são usados materiais para reconstruir ou substituir o(s) ossículo(s), que podem ser biológicos (ossículos, osso cortical, cartilagens e dentes), não biológicos (próteses de teflon, titânio, aço) ou semibiológicos (hidroxiapatita, bioglass, ceravital etc.). As informações acima estão em consonância com Tomita, Kós e Rodrigues (2003) e com Camacho (1999).

Quanto à presença de fibrose na cadeia ossicular: assim como em outros locais da orelha média, é um achado comum nas cirurgias otológicas por conta processos inflamatórios e a sua remoção faz parte do que chamamos de toilet da cavidade timpânica, tempo cirúrgico obrigatório, sem configurar reconstrução quando não há lesão ossicular ou articular. Pesquisado em base de dados (Lilacs e Medline) e não há nenhum trabalho de reconstrução da cadeia ossicular que considere a remoção de fibrose como reconstrução de cadeia ossicular.

Referências bibliográficas

Camacho, RAR. Atlas de Cirurgia do Ouvido. Revinter. Rio de Janeiro, 1999.

Miniti, A.; Bento, RF; Butugan, O. Otorrinolaringologia Clínica e Cirúrgica. Atheneu. São Paulo, 2001.

Tomita, S.; Kós, AO; Rodrigues, FA. Timpanoplastia e Reconstrução de Cadeia Ossicular. In: Campos, CAH; Costa, HOO. Tratado de Otorrinolaringologia. Vol. 5, Roca, São Paulo, 2003.

Estapedectomia/estapedotomia

Código	Descrição
30403030	Estapedectomia ou estapedotomia

Cirurgia que visa substituir o estribo fixo pela platina à janela oval, por meio de uma prótese de estape-dectomia.

Etiologia: focos de otospongiose/otosclerose junto à platina do estribo na janela oval.

Diagnóstico:

- História familiar, sexo feminino, gravidez, jovem, audiometria com perda condutiva, impedanciometria com curva Ar
- Audiometria com perda condutiva é obrigatória
- Impedanciometria com curva Ar nem sempre estará presente
- Timpanotomia exploradora pode ser necessária para confirmar o diagnóstico quando há forte indicio e não há certeza

A otosclerose clássica fixa a platina do estribo (fenestral) e leva a uma perda auditiva condutiva.

Eventualmente, o foco pode atingir também a cóclea (fenestral e coclear), originando uma perda auditiva mista. Nesse caso, a cirurgia só é indicada após alguns meses de observação clínica, quando se tem certeza de que a perda sensorial não está mais evoluindo.

Pode ocorrer também uma otosclerose coclear. Nesse caso, com perda neurossensorial, sem indicação de cirurgia. Indica-se o aparelho de amplificação sonora.

Troca de processador de fala

Código	Descrição
30404223	Troca de processador de fala

Coberto no Rol de procedimentos da Unimed e valorado em R\$ 0,01. Pode haver cobrança de consulta concomitante.

Cirurgia endoscópica de cavidades nasais e seios da face

Principais indicações:

- Rinossinusopatias fúngicas
- Sinusites complicadas (ex. celulite periorbitária)
- Polipose nasal
- Tumores nasossinusais
- Obstruções do complexo osteomeatal
- Epistaxes posteriores
- Malformações (ex. atresia de coanas)

Rinossinusite crônica

A rinossinusite crônica (CRS) é definida como uma condição inflamatória que envolve os seios paranasais e forros das passagens nasais, que persiste por 12 semanas ou mais.

Há quatro sinais cardinais/sintomas de CRS:

- Rinorreia anterior e/ou drenagem mucopurulenta posterior
- Obstrução nasal
- Dor facial, pressão e/ou sensação de enfartamento
- Diminuição do sentido do olfato

Objetivo: restauração do seio de ventilação, ou seja, a restauração da patência do seio ostial e remoção do material dos seios opacificados.

As principais indicações cirúrgicas são:

- Doença inflamatória e/ou infecciosa (polipose, fungos etc.)
- Complicações (erosão óssea ou extensão da doença além das cavidades nasais)

Quanto aos achados tomográficos de espessamento mucoso dos seios paranasais: trata-se de achado muito inespecífico, comumente encontrado em rinites alérgicas e não alérgicas, resfriados, gripes etc. A associação dele com sinusite deverá ser baseada na história clínica, como episódios de sinusites recorrentes.

Um espessamento mucoso a ser considerado para cirurgia são os maiores de 6 mm.

Para liberação da cirurgia, é imprescindível a tomografia computadorizada de seios da face com os achados conforme indicação acima, além da história clínica.

Septoplastia e turbinectomia bilateral

Código	Descrição
30501369	Septoplastia (qualquer técnica sem vídeo)
30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia - unilateral

Para liberação do procedimento, é imprescindível a comprovação do desvio obstrutivo do septo nasal, associado a queixas respiratórias.

Conceitualmente, a columela é a ponta do septo nasal, parte anterior do septo.

O desvio anterior do septo desvia a columela, que fica lateralizada e a correção do desvio da columela é parte integrante da correção do septo nasal.

O alongamento da columela (levantamento da extremidade do nariz) é o aumento do seu tamanho e, por si só, considerado procedimento estético e excluído da cobertura contratual.

A septoplastia por videoendoscopia não é coberta pelo Rol da ANS.

O pagamento da cirurgia concomitante deve ser:

Septoplastia – 100%
Turbinectomia - 70% para a turbinectomia unilateral e 50% para a segunda, quando for realizada cirurgia bilateralmente no mesmo tempo cirúrgico

Rinosseptoplastia funcional

Código	Descrição
30501350	Rinosseptoplastia funcional

Temos como exclusão contratual os procedimentos estéticos como a rinoplastia:

“II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita”.

Fonte: Lei 9.656/98 - RN vigente da ANS.

Para o tratamento funcional do nariz, é realizada a septoplastia.

A única exceção que deve ser considerada é a insuficiência da válvula nasal, uma situação rara, habitualmente iatrogênica, por retirada excessiva da cartilagem lateral inferior, durante uma rinoplastia para afinamento da ponta nasal.

A válvula nasal é a região localizada entre 1,65 a 2,65 cm da narina, sendo constituída por um orifício piriforme margeado pelo assoalho da cavidade nasal, pelo corpo cavernoso do septo nasal e pela cabeça da concha nasal inferior, com seus respectivos plexos vasculares sinusoides de tecido erétil. É a parte mais estreita das vias respiratórias, sendo responsável por 50% da resistência total da via aérea durante a respiração nasal.

Entre as causas mais comuns de insuficiência valvular, como dito, está a iatrogênica. Contudo, distrofias musculares na região da válvula (mais raras) também podem originar insuficiência, que é facilmente notada à inspeção pelo colabamento dessa região (logo atrás da asa nasal) durante a inspiração. Isso realmente leva a uma obstrução nasal (funcional).

A correção é feita habitualmente com a colocação de enxertos expansores (*spreader graft*) de cartilagem da concha auricular e é independente da septoplastia. Nessa situação específica, comprovan-

do-se o diagnóstico pela inspeção (colabamento) e a realização pela descrição e técnica utilizada, é pertinente o pagamento do procedimento, por se tratar da rinosseptoplastia funcional, não tendo relação na técnica com a correção do desvio de septo.

A rinosseptoplastia funcional contempla a septoplastia e são excludentes.

Cauterização de cornetos

Código	Descrição
30501067	<i>Corneto inferior - cauterização linear - unilateral</i>

Quando associado à turbinectomia, foi definido que a cauterização de corneto é parte integrante do procedimento turbinectomia.

PNEUMOLOGIA

Para os testes alérgicos realizados por pneumologistas, valem os mesmos critérios apresentados anteriormente para alergologia.

Os testes alérgicos estão estimados em 12% do total de consultas (procedimentos autogerados). Não existe pagamento para vacinas antialérgicas.

Para as clínicas de tosse credenciadas pela Unimed, os exames solicitados normalmente são:

- a) Rx do tórax, seios da face, parasitológico de fezes, prova de função pulmonar
- b) Se continuar – fibrobroncoscopia

Código	Descrição
40202054	<i>Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radioscópico</i>

- c) Se continuar – endoscopia digestiva e pH-metria
- d) Se continuar – teste de provocação por carbacol – indicado para verificar hiper-reatividade brônquica

Quando há solicitação de laringoscopia, traqueoscopia e broncoscopia, paga-se o procedimento de maior valor.

Código	Descrição
40202429	<i>Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)</i>
40202437	<i>Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia com aparelho flexível</i>
40201058	<i>Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral</i>
40201031	<i>Broncoscopia com biópsia transbrônquica</i>

Uso do equipamento para Broncoscopia

Em situações excepcionais em que fique demonstrado obstrução e comprometimento de acesso as vias aéreas (trismo, edema de glote, obstrução por tumor, trauma grave de face com fratura de mandíbula e maxila e trauma de traqueia) pode haver cobrança do procedimento 40201058 – broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral.

A remuneração para anestesista será conforme relatório documentando auxílio por mais de um profissional e falha na tentativa com o uso de equipamentos indicados na abordagem da via aérea difícil.

A cobrança específica nessa situação não pode ser feita por pacote.

Testes de função pulmonar – Informações para auditoria

Código	Descrição
40105148	<i>Espirometria</i>
40105075	<i>Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)</i>

40105148 Espirometria - O exame é feito por meio de um tubo de papelão descartável, que ligará a boca do paciente ao espirômetro, aparelho que fará a mensuração da respiração do paciente, monitorando volume e velocidade do fluxo de ar.

40105075 Prova de função pulmonar completa (ou espirometria) é feito em duas etapas. Na primeira etapa é feita a espirometria, então é administrado um broncodilatador, o paciente aguarda de 15 a 20 min, e é feito novamente a espirometria.

O procedimento 40105075 – Prova de função pulmonar completa (ou espirometria) inclui fase pre e pos broncodilatador, não podendo ser cobrado mais de uma vez.

Espirometria ou prova de função pulmonar vem do termo, em latim, spiro (respirar) e, do grego, me-tron (medir). É um dos testes de função pulmonar realizados com maior frequência.

A espirometria mede a capacidade de uma pessoa exalar de maneira forçada, sendo assim, mede capacidade volumétrica pulmonar:

VEF1 = volume expiratório forçado em 1 segundo

CRF = capacidade residual funcional

VR = volume residual

CPT = capacidade pulmonar total

CV = capacidade vital

Teste após broncodilatador deve ser repetido para avaliar a reversibilidade da obstrução no fluxo aéreo, como na asma.

Os volumes podem ser avaliados por diversas técnicas. A determinação dos volumes por pletismo-grafia é a mais acurada.

Obs.: não se inclui nesse procedimento a determinação das pressões respiratórias máximas (40105016), pois trata-se de medida de pressão, não de volume.

Código	Descrição
40105075	<i>Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)</i>
40105016	<i>Determinação das pressões respiratórias máximas</i>

Não se inclui a oximetria (41401514) que, como dado vital, é parte integrante da consulta médica/ retorno e da avaliação durante uma visita hospitalar, para médicos e profissionais não médicos, também não é devido para remuneração durante a realização de exames e para pacientes sob monitorização/observação.

Também não são incluídas as provas de provocação brônquica (41401107), que apresentam indicações e contraindicações precisas para sua realização.

Código	Descrição
41401107	<i>Teste de broncoprovocação</i>
41401514	<i>Oximetria não invasiva</i>

Capacidade de difusão

A capacidade de difusão do monóxido de carbono (DCO) é medida por respiração única e sustentada de uma mistura gasosa especial. Em doenças intersticiais difusas (DID), a difusão é o teste que melhor reflete a extensão das doenças e detecta o comprometimento pulmonar, mesmo com radiografias normais. É essencial para monitorar o curso da doença e a resposta ao tratamento.

Em DPOC, a DCO expressa bem a extensão do enfisema. A medida da DCO permite diferenciar pacientes com asma e obstrução irreversível de pacientes com enfisema.

Código	Descrição
40105040	<i>Medida da difusão de monóxido de carbono</i>

Pressões respiratórias máximas

Refletem a força dos músculos respiratórios e as medidas estão indicadas na suspeita clínica de fraqueza muscular respiratória em pacientes com doenças neuromusculares e dispneia, incluindo paralisia diafragmática, e em pacientes com dispneia e/ou distúrbio restritivo de causa não aparente.

Código	Descrição
40105016	<i>Determinação das pressões respiratórias máximas</i>

Testes de broncoprovocação

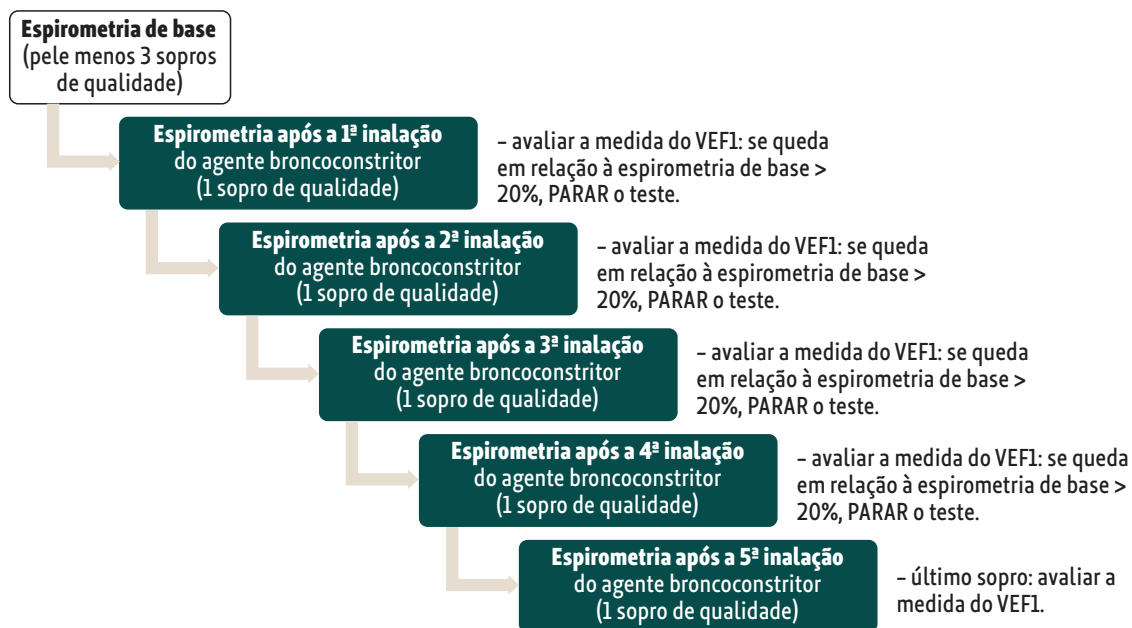
O teste de broncoprovocação consiste na aspiração de concentrações/doses crescentes (até o limite da concentração preconizada) de alguma substância broncoconstritora (como metacolina, carbacol ou histamina), as quais atuam provocando o estreitamento dos brônquios em pessoas portadoras de hiper-responsividade brônquica (principalmente na asma). A escolha do agente broncoconstritor depende da disponibilidade e/ou familiaridade do laboratório.

Recomendações: o teste deve ser realizado por técnico(a)s em espirometria qualificado(a)s pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e sob supervisão médica. Os efeitos colaterais são raros e passageiros. Eventualmente, pode ocorrer estreitamento mais grave dos brônquios.

A principal recomendação para o teste é a suspensão de medicações broncodilatadoras (geralmente, os laboratórios fornecem uma lista de tais substâncias e o momento para suspensão). Deve-se também evitar café (e derivados) e fumar no dia do teste.

Contraindicações: defeito ventilatório obstrutivo de grau moderado a acentuado na espirometria, infarto do coração nos últimos 3 meses, hipo ou hipertensão no dia do exame, infecção respiratória recente, uso de medicação para miastenia. Gravidez e amamentação são contra-indicações relativas.

Como é feito o teste:



Código	Descrição
41401107	Teste de broncoprovocação

Oximetria

Essa técnica permite a estimativa da saturação do oxigênio (SaO_2) por meio da análise da absorção da luz pela hemoglobina durante a sua passagem pelo leito capilar. É uma boa alternativa, principalmente, para a avaliação dos resultados terapêuticos.

Deve ser um recurso disponível para a rotina do pneumologista já que seus resultados são acurados, a técnica é simples e de baixo custo.

Valores acima de 90% costumam corresponder à pressão arterial do oxigênio (PaO_2) acima de 60 mmHg, indicando um aporte satisfatório de O_2 ao organismo.

Código	Descrição
41401514	Oximetria não invasiva

Como dado vital, é parte integrante da consulta médica/retorno e da avaliação durante uma visita hospitalar, para médicos e profissionais não médicos, também não é devido para remuneração durante a realização de exames e para pacientes sob monitorização/observação.

Gasometria arterial

Gasometria arterial simples: refere-se ao procedimento realizado em repouso, respirando ar atmosférico e ao nível do mar.

Gasometria arterial bifásica: compreende a simples e uma de duas alternativas – na vigência de oxigênio a 100% durante 5 minutos ou durante exercício físico.

Gasometria arterial trifásica: compreende a simples, após oxigênio a 100% durante 5 minutos e durante exercício físico.

Código	Descrição
40302016	Gasometria (pH, pCO ₂ , AS, O ₂ , excesso base) – pesquisa e/ou dosagem

Testes de exercício

Teste cardiopulmonar de exercício (TCPE), impropriamente chamado de ergoespirometria: nele, são determinados o consumo de O₂, a produção de CO₂, a ventilação, as frequências cardíaca e respiratória, alterações eletrocardiográficas, saturação de O₂ e outros dados.

Teste para broncoespasmo induzido por exercício (BIE): usado para confirmar asma de exercício e detectar hiper-responsividade brônquica, na falta de teste de broncoprovocação. Esse é mais sensível para diagnóstico de asma.

Código	Descrição
40101061	Ergoespirometria ou teste cardiopulmonar de exercício completo (espirometria forçada, consumo de O ₂ , produção de CO ₂ e derivados, ECG, oximetria)

Indicações dos testes de função pulmonar

- Investigação diagnóstica de intolerância ao exercício: especialmente útil para diferenciar entre dispneia de origem cardíaca ou pulmonar, quando doenças cardíacas e respiratórias coexistem.
- Investigação diagnóstica de pacientes com dispneia crônica de causa não aparente: se a espirometria é normal, a investigação deve prosseguir com teste de broncoprovocação, excluídas anemia e disfunção da tireoide. Asma sem sibilância é a causa mais frequente.
- Investigação diagnóstica de alterações ao exame físico, como hiperinsuflação, redução do murmúrio vesicular, cianose, deformidades torácicas, sibilos, ou estertores profusos em doentes não agudos.
- Investigação diagnóstica de anormalidades laboratoriais, como baixa saturação de O₂, hipoxemia, hipercapnia, policitemia ou achados radiológicos de doenças difusas ou com possível envolvimento de vias aéreas centrais.
- Investigação diagnóstica em pacientes com tosse crônica (> 3 semanas): teste de broncoprovocação está indicado se rinosinusite e refluxo gastroesofágico não são evidentes e a radiografia do tórax inconclusiva.
- Na detecção de doença precoce para indivíduos aparentemente saudáveis em grupos de alto risco, devem ser considerados parte de um exame regular. Indivíduos de alto risco incluem fumantes ou ex-fumantes recentes com mais de 45 anos^{48(D)} e aqueles sujeitos a riscos inalatórios no trabalho.
- Avaliação pré-operatória de cirurgias pulmonares de ressecção, e em cirurgias de qualquer natureza em pacientes com risco moderado. Em candidatos à cirurgia redutora de volume no enfisema pulmonar, a pletismografia é indicada para avaliar o grau de acometimento das vias aéreas – que, se acentuado, contraindica a cirurgia – e o grau de hiperinsuflação pulmonar prediz o sucesso da cirurgia.
- Acompanhamento de asma, DPOC e doenças pulmonares intersticiais.
- Avaliação da necessidade de oxigenioterapia suplementar.

Polissonografia

Não é pertinente a cobrança concomitante dos códigos 40103536 e 40103528. Não existe pagamento de diária para realização desse exame, remunera-se a taxa de sala específica: código 60036206 – Taxa de sala de polissonografia – Taxa destinada para realização de procedimentos de polissonografia. Visa cobrir despesas referentes à permanência em acomodação específica (de acordo com as

especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa), recursos humanos, materiais, medicamentos, CPAP, se necessário, e equipamento polissonógrafo.

Não foi aprovada a remuneração de polissonografia domiciliar, em atenção ao parecer técnico nº 5 da ANS que prevê que: “Insta frisar que a RN vigente da ANS, não prevê cobertura obrigatória para quaisquer procedimentos executados em domicílio”.

Código	Descrição
40103536	<i>Polissonograma com EEG de noite inteira</i>
40103528	<i>Polissonografia de noite inteira (PSG) (inclui polissonogramas)</i>

Filtros de barreira antibacteriana em circuitos de ventilação mecânica

Filtros de barreira antibacteriana em circuitos de ventilação mecânica – os estudos mostram que a única indicação para o uso de filtros de barreira antibacteriana em circuitos de ventilação mecânica é para tuberculose pulmonar e Covid (suspeitos ou confirmados), sendo um por internação.

Terapia inalatória

Código	Descrição
20104235	<i>Terapia inalatória – por nebulização</i>

O procedimento faz parte do atendimento médico. Foi deliberado o pagamento de materiais e medicamentos pertinentes aos procedimentos de inalação e nebulização, em qualquer ambiente, conforme já praticado no Intercâmbio Nacional (taxa de nebulização).

Teste do coraçãozinho

Código	Descrição
41401514	<i>Oximetria não invasiva</i>

Trata-se da oximetria de pulso no recém-nascido. É recomendado que seja realizado entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar.

É um dado vital, é parte integrante da consulta médica/retorno e da avaliação durante uma visita hospitalar, para médicos e profissionais não médicos, também não é devido para remuneração durante a realização de exames e para pacientes sob monitorização/observação.

RADIOTERAPIA

INTRODUÇÃO

A radioterapia é a especialidade médica que emprega a radiação ionizante selada com intuito terapêutico. Por radiação ionizante, entende-se qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria, ioniza direta ou indiretamente os seus átomos ou moléculas. Divide-se a radioterapia, fundamentalmente, em duas modalidades de tratamento: braquiterapia, quando a fonte de radiação é colocada próxima ou em contato com o paciente; e radioterapia externa ou teleterapia, quando a fonte de radiação é posicionada à distância (normalmente, 1 metro) do alvo a ser irradiado.

No Brasil, o câncer constitui a segunda causa de óbitos na população adulta, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, segundo estimativa divulgada, anualmente, pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS). Estima-se que cerca de 60% dos pacientes oncológicos, durante algum momento de sua doença (seja no tratamento curativo, seja quando o objetivo é a palição), se beneficiarão da aplicação de radioterapia.

A tendência constante da adoção de novas tecnologias, aliada ao crescimento do número de procedimentos, leva a um aumento dos custos envolvidos no tratamento, convergência já observada no momento atual. Portanto, é preciso que se busque o equilíbrio, ancorado em conceitos sólidos de Medicina Baseada em Evidências para que se atinja o objetivo maior por meio do melhor aproveitamento dos recursos: a disponibilização do melhor tratamento possível, segundo os conhecimentos disponíveis atualmente, respeitando a legislação vigente, para os pacientes em tratamento radioterápico.

Com esse objetivo, a Unimed do Brasil, via Câmara Técnica Nacional de Oncologia (CTNO), no documento que se segue, propõe princípios básicos para uniformização das solicitações e das análises dos pedidos referentes a tratamentos que envolvam a aplicação de radioterapia.

Solicitação do tratamento de radioterapia

A solicitação de radioterapia deve se dar após avaliação ambulatorial do paciente e depois da indicação clínica do procedimento comprovada. Deve vir acompanhada de formulário próprio (anexo I e, se necessário, II). Inicialmente, é definida a intenção do tratamento, que pode ser curativa (radical) ou paliativa.

INTENÇÃO DO TRATAMENTO

Tratamento radical ou curativo

Situação de tratamento, na qual, a aplicação da radiação tem como efeito esperado a regressão tumoral e, como consequência, o prolongamento da sobrevida global do paciente, da sobrevida livre de doença ou, ainda, a melhora do controle local da enfermidade, com diminuição da taxa de recidivas. Nessas circunstâncias, técnicas que podem aumentar os efeitos colaterais advindos da aplicação de radiação, desde que haja comprovação de que tal esforço resultará, segundo os graus de probabilidade aceitos pela comunidade internacional, em benefício clínico mensurável.

Tratamento paliativo

Situação, na qual, a cura é impossível ou altamente improvável, e o objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas, com consequente melhoria da qualidade de vida do paciente. Nessa situação, buscam-se, de maneira sistemática, tratamentos mais concisos (desde que haja demonstração de equivalência de resultados), que apótem um desgaste físico e emocional menor para o paciente.

Uma vez definida a intenção do tratamento, o próximo passo é a escolha da técnica de radioterapia a ser empregada.

TÉCNICAS DE TRATAMENTO

Radioterapia convencional

Código	Descrição
41203070	<i>Radioterapia convencional de megavoltagem com acelerador linear com fótons e elétrons – por campo</i>
41203089	<i>Radioterapia convencional de megavoltagem com acelerador linear só com fótons – por campo</i>
41203097	<i>Radioterapia convencional de megavoltagem com unidade de telecobalto por campo</i>

Trata-se da modalidade de tratamento bidimensional, na qual, os volumes são definidos em função de parâmetros ósseos, meios de contraste ou dispositivos metálicos radiopacos, através de raio X convencional.

Quando da utilização de técnica de tratamento convencional, o número de campos para aplicação deve observar o que vai descrito na literatura *peer-reviewed* indexada. Quando o número não estiver disponível, usar o número máximo de campos citados na tabela do Rol Unimed.

Radioterapia conformacional (radioterapia conformada, radioterapia 3D ou radioterapia tridimensional)

Código	Descrição
41203062	<i>Radioterapia conformada tridimensional (RCT-3D) com acelerador linear – por tratamento</i>

Modalidade de tratamento, na qual, os volumes a serem irradiados e os órgãos de risco (volumes cuja dose de radiação deve ser a mínima factível) são definidos a partir de imagens obtidas através de tomografia computadorizada.

Será autorizada uma tomografia computadorizada da região a ser irradiada, antes de ser efetuado o planejamento do tratamento, independentemente da quantidade de exames diagnósticos autorizados anteriormente.

É possível haver aquisição de imagem a partir de ressonância nuclear magnética, de forma complementar, desde que justificada tecnicamente e com ganho prognóstico comprovado em literatura especializada.

O código 41203062 - *Radioterapia conformada tridimensional (RCT-3D) com acelerador linear – por tratamento* refere-se a um “pacote” de radioterapia conformacional e deve ser, segundo orientação da própria tabela, solicitado na quantidade de 1, admitindo, como procedimento secundário, apenas “simulação”. Dados os valores envolvidos, vê-se claramente que o cálculo para a definição do valor a ser pago por esse código foi feita considerando a quantidade de procedimentos utilizados em tratamentos curativos. Para tratamentos paliativos, nas situações de exceção em que esteja justificada a aplicação de radioterapia conformacional, dados os valores envolvidos e a menor quantidade de procedimentos necessários, não será aceito o código citado, com preferência ao pedido detalhado, conforme descrito no item 2.3.

Radioterapia de intensidade modulada (IMRT – Intensity Modulated Radio Therapy)

Código	Descrição
41203054	Radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) – por tratamento

Modalidade de radioterapia que representa uma evolução dosimétrica, em comparação à radioterapia conformacional, e que pode ter relevância em determinados cenários clínicos bem definidos. Há modulação da intensidade do feixe de tratamento, o que possibilita uma distribuição de dose de maneira côncava e/ou convexa, com diminuição abrupta do gradiente de dose, potencialmente poupando tecidos sadios e possibilitando escalonamento de dose no volume a ser irradiado. Dada a precisão envolvida no tratamento, há um risco aumentado de “perdas geográficas”. Trata-se, salvo justificativas particularizadas, de uma técnica exclusivamente empregada em tratamentos curativos.

Deve se sobrepor à radioterapia conformacional, nos limites descritos no Rol de procedimentos da ANS, sempre que a aplicação desta segunda for ineficaz, dada a impossibilidade de aplicação da dose prescrita no volume a ser irradiado ou, eventualmente, dada a alta dose aplicada em órgãos de risco, nas redondezas do tumor/leito tumoral. Na ausência de benefício dosimétrico demonstrável, a técnica de radioterapia conformacional deve ser preferida.

Radiocirurgia estereotáxica cranial (RC)

Código	Descrição
41203020	Radiocirurgia (RTC) – nível 1, lesão única e/ou um isocentro – por tratamento
41203038	Radiocirurgia (RTC) – nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros – por tratamento
41203046	Radiocirurgia (RTC) – nível 3, três lesões e/ou mais de quatro isocentros – por tratamento

Trata-se de aplicação de radiação em dose única, em lesão obrigatoriamente do sistema nervoso central, através de sistema de fixação estereotáxica. Pode ser dividida em:

RC nível I: quando a lesão a ser tratada é única e o tratamento é feito com apenas um único isocentro.

RC nível II: quando são tratadas duas lesões ou apenas uma lesão, mas o planejamento, devido à irregularidade do alvo, demanda dois isocentros para a melhor distribuição (cobertura e homogeneidade) de dose.

RC nível III: quando são tratadas múltiplas lesões (3 ou +) ou tratamentos para os quais são necessários múltiplos (+ de 2) isocentros.

No caso de lesão única, sempre se dará a liberação inicial de RC nível I. Caso, após o planejamento, observe-se a necessidade de utilização de isocentros suplementares, a autorização se dará a posteriori, mediante justificativa detalhada, constando o planejamento efetuado e o histograma dose-volume comparativo com o planejamento com um único isocentro. Será feita a progressão para RC nível II e, se necessária, nova progressão posterior para RC nível III.

Nas situações em que o serviço prestador dispuser de aparelho com colimador micromultilâminas (*micro-multi-leaves*) – o que implica no planejamento sempre uni-isocêntrico – e o alvo a ser tratado for uma única lesão, o nível de complexidade a ser solicitado deve ser sempre o nível II, independentemente do formato e do tamanho da lesão, observando-se as limitações da indicação inerentes ao procedimento, referendadas por estudos preferencialmente prospectivos e randomizados, publicados na literatura internacional.

Radioterapia estereotáxica fracionada cranial (REF)

Código	Descrição
41203135	Radioterapia estereotáxica – 1º dia de tratamento
41203143	Radioterapia estereotáxica – por dia subsequente

Trata-se da aplicação de radioterapia com o auxílio do sistema de fixação e localização estereotáxica de maneira fracionada (mais de uma aplicação) em lesões obrigatoriamente intracranianas.

A liberação do procedimento fica na dependência da comprovação da superioridade de resultados apresentados pela técnica quando comparada à radioterapia conformacional. Ou, eventualmente, a partir da impossibilidade de aplicação dela (justificada por meio de histogramas dose-volume comparativos).

Admite como procedimento secundário somente simulação intermediária ou complexa.

Radioterapia estereotáxica fracionada extracranial (REFEC)

Código	Descrição
41203135	Radioterapia estereotáxica – 1º dia de tratamento
41203143	Radioterapia estereotáxica – por dia subsequente

Trata-se da aplicação de radioterapia com o auxílio do sistema de fixação e localização estereotáxica de maneira fracionada (mais de uma aplicação) em lesões localizadas fora do sistema nervoso central. Deve ser aplicada sempre que houver impossibilidade de uso de radioterapia convencional e/ou, quando indicada, conformacional.

Rol da ANS e a radioterapia conformacional

O Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde reserva, no momento atual, a radioterapia conformacional para o tratamento de lesões de sistema nervoso central, cabeça e pescoço, mama, tórax, abdômen e pelve. Isso significa que há a aceitação de que os procedimentos podem ser hierarquizados.

Dessa forma, entende-se que a radioterapia conformacional está reservada aos tratamentos curativos ou radicais, uma vez que não há – que tenhamos notícia – demonstração de que exista ganho prognóstico com o uso dessa técnica em situação de tratamento paliativo. Salvo justificativa individualizada a ser enviada para análise especializada.

Uma vez definida a técnica de tratamento, passa-se à fase posterior, na qual será definida a dose a ser aplicada, o volume a ser irradiado e o fracionamento escolhido.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ANÁLISE DOS PEDIDOS DE RADIOTERAPIA

Alara: “as low as reasonably achievable” (tão baixo quanto razoavelmente exequível)

Toda radiação em excesso é potencialmente prejudicial. Não existe dose mínima segura de radiação, quando não há, comprovadamente, benefício clínico advindo da sua aplicação. Portanto, a dose de ra-

dição aplicada deve ser a mínima possível, razoavelmente factível. Da mesma maneira, o número de campos de tratamento deve ser o menor possível, também razoavelmente factível. Desde que respeitados os melhores resultados de controle local e toxicidade, demonstrados na literatura internacional.

Solicitação integral

Todas as solicitações de tratamento devem ser encaminhadas de forma integral; não serão aceitas solicitações parciais de tratamento. Eventuais modificações no planejamento com demanda de procedimentos adicionais, induzidas por contingências clínicas, devem ser solicitadas *a posteriori*, por meio de relatório médico encaminhado ao setor de Auditoria Especializada. Quando o protocolo prever a aplicação de braquiterapia complementar, após radioterapia externa (ou qualquer outra técnica complementar), a solicitação dessa etapa do tratamento deve ser enviada quando da primeira solicitação.

Progressão para tratamentos mais complexos

Eventualmente, um número maior de procedimentos (principalmente, campos de tratamento) pode ser necessário, quando da aplicação da técnica de radioterapia conformacional e/ou IMRT. Também é possível que essa técnica de tratamento não seja suficiente, dadas as características anatômicas particulares de um determinado paciente, para a aplicação da dose de radiação necessária. Nessas situações, a Câmara Técnica da Unimed do Brasil entende que justificativas para progressão (do número de procedimentos ou para técnicas mais avançadas) podem ser analisadas posteriormente (após autorização inicial). Além de texto explicativo, enviado pelo médico assistente (anexo III), a justificativa para a progressão deve conter, obrigatoriamente, histograma dose-volume comparativo entre o número liberado de campos e o número julgado adequado (sempre com progressão unitária) ou entre a técnica de radioterapia liberada inicialmente (normalmente, a conformacional) e a solicitada para análise e liberação posterior.

Endpoints

Entende-se que são endpoints clinicamente relevantes, que justificam o próprio tratamento ou eventuais alterações no solicitado, aumentando ou diminuindo o número de procedimentos:

- Sobrevida global
- Sobrevida livre de doença
- Controle local
- Qualidade de vida

A homogeneidade de dose não é considerada um endpoint relevante. Entende-se que, para além dos limites definidos pelo ICRU (+7% e -5%) (16), não é pertinente à justificativa do aumento do número de procedimentos, visando, isoladamente, aumentar o nível de homogeneidade de dose, caso não exista comprovação simultânea de melhora do controle local, sobrevida livre de doença ou de sobrevida global do paciente em tratamento.

No caso específico do tratamento das lesões metastáticas ósseas, tampouco será aceito o endpoint “diminuição do índice de retratamento”, uma vez que se entende que o retratamento de lesões metastáticas ósseas se dá devido ao sucesso do tratamento inicial. Portanto, não é uma justificativa válida para aplicação de tratamentos fracionados no momento da primeira irradiação.

Sempre que possível, todos os quatro endpoints anteriormente mencionados como pertinentes devem ser buscados pelo tratamento proposto. A priorização de endpoints alternativos, em detrimento dos já citados, não será aceita, salvo justificativa plausível, associada à comprovação inequívoca de

benefício final para o paciente em tratamento, baseando-se em referências publicadas em revistas indexadas.

Tratamentos equivalentes

Na presença de dois tratamentos equivalentes, sob a óptica de sobrevida global, sobrevida livre de doença ou controle local, será privilegiado aquele de menor toxicidade. Quando a toxicidade envolvida também for equivalente na comparação de dois tratamentos, será privilegiado, então, aquele de menor custo monetário para a operadora (análise de minimização de custos) e o de menor duração total (em tempo decorrido). Devem ser favorecidos, quando razoavelmente seguros, os tratamentos hipofracionados. A progressão para técnicas de maior precisão também deve envolver, quando possível, hipofracionamento.

Como é feita a análise

Para a avaliação adequada do pedido de radioterapia, devem ser enviados à auditoria especializada os seguintes itens:

- Ficha de solicitação de radioterapia devidamente preenchida (anexo II). Informar detalhadamente todo o tratamento já recebido pelo paciente, principalmente a presença ou não de cirurgia e radioterapia anteriores.
- Guia TISS com os códigos, procedimentos e quantidades solicitadas, referentes ao tratamento integral do paciente. Eventuais solicitações adicionais serão analisadas separada e posteriormente.
- Laudos anatomopatológicos e demais laudos necessários (exames de imagem) para avaliações em situações especiais, quando necessários para comprovação da indicação clínica do procedimento solicitado.

Obs.: no caso de paciente operado, sempre deve ser enviado o laudo histopatológico correspondente à cirurgia do paciente.

Em situação na qual, após a execução efetiva do planejamento, haja comprovação da necessidade de um número maior de campos de tratamento (do que foi liberado inicialmente) ou de progressão para técnicas de maior precisão dosimétricas, o prestador deve enviar justificativa detalhada para a solicitação adicional, com (anexo III):

- Detalhamento dos motivos que levaram à escolha do planejamento com número de campos adicional.
- Histograma dose-volume comparativo (planejamento autorizado versus planejamento solicitado), sempre com a progressão de 1 campo diário a mais de radiação.
- Deve ser sempre respeitada a dose de tratamento acordada anteriormente (não serão consideradas justificativas e histogramas baseados em doses superiores ou inferiores à liberada, na ausência de justificativa específica).
- Citação clara do órgão de tolerância, cujo limite de dose foi atingido ou ultrapassado. No caso de déficit de cobertura do PTV, esse fato também deve ser mencionado claramente.

Padronização da análise da literatura e níveis de evidência

Eventuais reanálises, no caso de discordância, podem ser sempre solicitadas. Nesse caso, o prestador deve mencionar o respaldo bibliográfico (literatura obrigatoriamente publicada em revista indexada) que justifica a sua conduta. Nessas circunstâncias, serão aceitos abstracts (resumos) ainda não publicados, desde que criticamente analisados, após terem sido apresentados com nível adequado de detalhamento metodológico, em congressos mundiais da especialidade (ASCO, ASTRO, ESMO, ESTRO, Congresso Brasileiro ou Latino-Americano de Oncologia e/ou Radioterapia).

Manuais de Sociedade de Especialistas não submetidos à revisão de pares (peer-reviewed), consenso de especialistas (como o NCCN), documentos emitidos por Sociedades de Especialistas não publicados em revistas indexadas ou, finalmente, livros-resumo/manuais de conduta de instituições particulares só serão aceitos como evidência clínica relevante na ausência de dados mais sólidos, disponíveis em literatura.

Caso haja persistência da discordância, a análise do caso será encaminhada à deliberação e emissão de parecer de terceira opinião pela Câmara Técnica de Oncologia (CTNO) da Unimed do Brasil.

Referências bibliográficas

- Chow E ZLSNea. Update on the systematic review of palliative radiotherapy trials for bone.
- Chow, E HKFGea. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2007; 11: 1423-36.
- metastasis. *Clin Oncol.* 2012; p. 24: 112-24.
- Delaney, G JSFCea. The role of radiotherapy in the cancer treatment. *Cancer.* 2005: p. 1129-37.
- Hall, EJ WC. Radiation-induced second cancers: the impact of 3D-CRT and IMRT. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003: p. 83-8.
- Halperin, EC WDPCBL. *Principles and Practice of Radiation Oncology.* 6th ed. New York: LWW; 2013.
- Hendee, WR EM. ALARA and an Integrated Approach to Radiation Protection. *Sem Nucl Med.* 1986: p. 142-50.
- Instituto Nacional de Câncer. [On-line]. [cited 2014 maio 23. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>]
- Jadad, AR CDBG. A guide to interpreting discordant systematic reviews. *CMAJ.* 1997: p. 1411-6.
- JJ B. Practical and effective ALARA. *Health Phys.* 2010: p. 39-47.
- J S. A review of the clinical evidence for intensity-modulated radiotherapy. *Clin Oncol.* 2010: p. 643-57.
- Konski, A FSCE. Palliative radiation therapy. *Semin Oncol.* 2005: p. 156-64.
- Lutz, ST CEHWea. A review of hypofractionated palliative radiotherapy. *Cancer.* 2007: p. 1462-70.
- Nishidai, T NYTMea. CT Simulator: a new 3D-planning and simulating system for radiotherapy: part I. Description of system. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1990: p. 499-504.
- Prasad, KN CWHM. Radiation protection in humans: extending the concept of as low as reasonably achievable (ALARA) from dose to biological damage. *Br J Radiol.* 2004: p. 97-9.
- Sackett, DL RWGJea. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J.* 1996: p. 71-2.
- Stroom, JC HB. Geometrical uncertainties, radiotherapy planning margins, and the ICRU-62 report. *Radiother Oncol.* 2002: p. 75-83.
- Veldeman, L MIHFea. Evidence behind use of intensity-modulated radiotherapy: a systematic review of comparative clinical studies. *Lacet Oncol.* 2008: p. 367-75.
- Werf, EV VJLY. The cost of radiotherapy in a decade of technology evolution. *Radiother Onco.* 2012: p. 148-53.

PROCEDIMENTOS/TÉCNICAS DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Megavoltagem

Código	Descrição
41203070	Radioterapia convencional de megavoltagem com acelerador linear com fótons e elétrons - por campo
41203089	Radioterapia convencional de megavoltagem com acelerador linear só com fótons - por campo
41203097	Radioterapia convencional de megavoltagem com unidade de telecobalto - por campo

Campos de tratamento utilizados para a aplicação de radiação.

Podem ser de três origens diferentes:

- Aparelhos de cobalto
- Aparelhos de megavoltagem com energia exclusiva de fótons
- Aparelhos de megavoltagem com energia de fótons e elétrons

Em serviços de radioterapia que disponham de aparelhos emissores de radiação de fótons e elétrons, em situação de lesões superficiais (tumores de pele, tratamento do plastrão em tumores de mama etc.), será privilegiada a utilização de energia de elétrons, excetuando-se casos especiais nos quais haja justificativa médica para a adoção de tratamento com fótons.

Número máximo de campos – RT convencional

Localização primária/tumor	CID10	RT Conv.
Ânus e canal anal	C21	105
Bexiga	C67	140
Colo uterino	C53	156
Corpo uterino	C54	156
D.Hodgkin (anel Waldeyer)	C81	40
D.Hodgkin (infradiafragmática)	C81	80
D.Hodgkin (supradiafragmática)	C81	80
Esôfago	C15	120
Estômago	C16	100
Hipófise	C75	90
Lábio (com cadeias = 120)	C00	80
Laringe (com cadeias = 120)	C32	80
Leucemia (meningite leucêmica)	C95	70
Leucemia (profilaxia SNC)	C95	30
Leucemia mieloide (sarcoma granulocítico)	C92.3	30
Linfoma não Hodgkin (por localização)	C85	50
Mama	C50	120
Meduloblastoma/Ependimoma	C71	120
Mieloma múltiplo (por localização)	C90	40
MTS linfática (por localização)	C77	60
MTS óssea (por localização)	C79.5	40
MTS retro-ocular	C69.6	40
Nasofaringe	C11	120
Osso (tumor primário)	C40	100
Ovário	C56	100

Pâncreas	C25	100
Parótida	C07	105
Partes moles (tumor primário)	C49	75
Pele (por lesão)	C43 - C44	30
Pele (por lesão) com cadeias	C60	120
Pênis (com cadeias)	C60	120
Plasmocitoma	C90	50
Próstata	C61	156
Pulmão	C34	100
Retinoblastoma	C69.2	50
Reto (pré-operatório = 120; pós-operatório = 124)	C20	133
Retroperitônio (sarcoma ou MTS)	C49 C77	100
Rim/Ureter/Suprarrenal	C64	60
Sarcoma Kaposi (por localização), se mucosa = 80	C46	40
Seios da face	C31	95
Sítios CP	C01-14	120
SNC (tumor primário)	C72	70
Testículo	C62	75
Timo	C37	90
Tireoide	C73	70
Tumores pediátricos (sarcomas)	C49	100
Vagina	C52	156
Vesícula e vias biliares	C23-24	100
Vulva	C51	105

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Planejamento

Código	Descrição
41204050	Planejamento de tratamento simples (não computadorizado) - 1 por volume tratado
41204034	Planejamento de tratamento computadorizado - 1 por volume tratado
41204042	Planejamento de tratamento computadorizado tridimensional - 1 por volume

Trata-se do procedimento por meio do qual são definidos a técnica de tratamento, a dose a ser aplicada, o fracionamento e o volume a ser tratado. Entende-se que engloba o tratamento completo do paciente e deve ser sempre solicitado na quantidade de 1. Pode ser:

- Simples: campos únicos
- Intermediário: campos paralelos opostos
- Complexo: múltiplos campos

Todos os casos precedentes definem a técnica de tratamento como radioterapia convencional.

Conformacional ou tridimensional: realizado por meio de sistema de planejamento, com base em imagens obtidas através de simulação complexa. Define a técnica de tratamento como “radioterapia conformacional”.

Em toda situação em que haja um ou mais sítios anatômicos tratados simultaneamente, também serão considerados todos esses sítios como parte de um único planejamento e de uma única simulação de tratamento.

Blocos de colimação individual

Código	Descrição
41204018	<i>Colimação individual - 1 por incidência planejada</i>

Visam conformar a radiação a partir do formato da lesão a ser irradiada e das áreas a serem protegidas. Podem ser manufaturados a partir da liga metálica “cerrobend” ou através de colimador multilâminas. Serão cobrados a partir do número de campos diários liberados para o tratamento, para cada fase de aplicação de radioterapia planejada, na quantidade máxima de um bloco por campo diário de tratamento.

Cheque-filme

Código	Descrição
41204026	<i>Filme de verificação (cheque-filme) - 1 por incidência planejada/semana - filme à parte</i>

A acurácia e a reprodutibilidade do tratamento devem ser verificados, conforme entendimento consensual, semanalmente, através de cheque-filmes ortogonais. Serão autorizados, portanto, dois cheque-filmes semanais (incluídas as semanas não completas de tratamento). Casos especiais, com necessidade de verificação frequente do posicionamento do paciente irradiado, podem ser justificados antes ou durante a aplicação de radiação.

Cada liberação de cheque-filme implicará no pagamento de um filme oncológico, necessário para a realização do procedimento.

Em situação de tratamento de campos diretos (com elétrons ou fótons) com técnica SSD (source-skin distance, ou seja, baseada na localização do campo de radiação sobre a pele do paciente), em que seja dispensável a verificação de isocentro, esse procedimento não será autorizado, dada a não aplicabilidade.

Confecção de sistema de imobilização

Código	Descrição
41204093	<i>Sistemas de imobilização - cabeça (máscaras) ou membros - 1 por tratamento</i>
41204107	<i>Sistemas de imobilização - tórax, abdômen ou pélvis - 1 por tratamento</i>

Como forma de auxiliar a reprodutibilidade diária do tratamento, artifícios que visam um conforto maior e a estabilidade da posição do paciente são admitidos e necessários. Sempre na quantidade de 1 por tratamento, inclusive na situação de tratamento de múltiplas lesões concomitantes. Podem ser de dois tipos, a depender da região anatômica a ser tratada:

- Cabeça e pescoço ou membros (superior ou inferior)
- Tórax, abdômen ou pelve

Radioterapia para metástases ósseas ou tratamento paliativo

Código	Descrição
41203062	<i>Radioterapia conformada tridimensional (RCT-3D) com acelerador linear - por tratamento</i>

O procedimento para cabeça, pescoço, pulmões, pelve, SNC e mama deverá ser utilizado apenas em casos complexos e curativos, pois 95% dos tratamentos exigem menos de 240 sessões.

Para metástases ósseas, radioterapia paliativa ou pós-operatória, são utilizadas muito menos de 240 sessões.

Para situações específicas, a proposta é a formatação de pacotes.

TERAPIA DA DOR E ACUPUNTURA

BLOQUEIOS ANESTÉSICOS E NEUROLÍTICOS

Um bloqueio pode ter três alvos:

- Bloquear o estímulo nociceptivo na origem, ou próximo dela;
- Bloquear a transmissão pelas vias aferentes;
- Bloquear as vias eferentes de mecanismos reflexos para interromper ciclos de algumas dores complexas (sistema nervoso simpático).

Podendo ser:

Diagnóstico: identifica o foco da dor, diferencia dores somáticas de viscerais e a eventual participação do sistema nervoso simpático.

Prognóstico: antecede a realização de procedimento definitivo (como o neurolítico), identificando eficácia terapêutica e efeitos colaterais, como déficits sensitivos, avaliando assim o custo/benefício da sua realização.

Terapêutico: realizado para controle da dor, bloqueio de ciclos viciosos em síndromes dolorosas complexas e bloqueio das vias aferentes da região de origem da dor.

Quanto ao objetivo

- BLOQUEIO ANESTÉSICO é a infiltração de anestésico para alívio da dor, podendo ter intuito diagnóstico, prognóstico ou terapêutico. Corresponde às infiltrações de corticoides, opioides, anti-inflamatório, clonidina, guanetidina, cetamina, entre outros.
- BLOQUEIOS NEUROLÍTICOS são procedimentos neurodestrutivos que, por meio de agentes químicos (álcool absoluto, éter, fenol, glicerol), físicos (frio, calor, laser), ou por técnica cirúrgica, buscam a destruição de tecidos nervosos para que aconteçam mudanças funcionais que culminem no alívio da dor.

Lise, do latim/grego “lysis” e “lyticiun” tem etimologia ligada a decomposição (eletrólise), desintegração (autólise), capaz de se soltar (neurólise), capaz de dissolver. Na TUSS/CBHPM temos neurólise, microneurólise, salpingólise, criptólise (amigdaliana), tenólise, trombólise, e referem-se à LIBERAÇÃO. Assim, neurólise não tem nenhuma relação etimológica com procedimentos neurodestrutivos.

“Laesis” e “laeto” significam lesar, destruir ou tornar morto. Então o neurolítico vem de “laeticum” e não de “lyticum”.

A aproximação etimológica aconteceu em algum ponto da evolução da língua portuguesa ou traduções, mas “lysis” e “lyticum” são etimologicamente diferentes de “laesis” e “laeticum”.

Considerações gerais sobre bloqueios neurolíticos químicos (neurodestrutivos)

Os bloqueios neurolíticos químicos tiveram o seu auge nos anos 60 e 80 do século passado, mas perceberam que a regeneração do nervo vinha acompanhada frequentemente de regenerações nervosas sequeladas e com neurites e neuromas, e dores, muitas vezes maiores que as de antes dos bloqueios. Ainda tem suas indicações, mas muito mais restritas.

Substâncias neurolíticas, são álcool, fenol, xilol, éter, glicerol. O pagamento de codificações de bloqueio neurolítico está vinculado à confirmação da intenção, do resultado do bloqueio teste e do efe-

tivo uso de substâncias neurolíticas. A infiltração anestésica que precede qualquer bloqueio neurolítico (porque ele gera muita dor) está inclusa neste. As infiltrações de glicose hipertônica ou salina 10% são proloterapia, e não bloqueios neurolíticos.

O álcool é solúvel em água, estável e hipobárico em relação ao líquido cefalorraquidiano. Também não é seletivo na destruição de fibras e é alta a incidência de neurite que provoca, sendo indicado para o bloqueio do plexo celíaco, em que a necessidade de grande volume torna inviável o emprego do fenol. Pode causar desconforto intenso na aplicação, porém é transitório. Geralmente, é usado a 100% e provoca desidratação do tecido neural, com extração de colesterol, fosfolipídios e cerebrosídeos, e precipitação de mucoproteínas, resultando em esclerose de fibras nervosas e na destruição de mielina. A denervação e o alívio da dor podem ocorrer após alguns dias. O álcool pode ser usado para bloqueio subaracnoideo e peridural, de plexo celíaco, de cadeia simpática lombar, de nervo craniano e para vertebral.

O fenol é um agente neurolítico incolor, pouco solúvel em água, instável em temperatura ambiente e na concentração de 5%, equipotente ao álcool a 40%. O fenol causa destruição não seletiva de todas as fibras nervosas motoras e sensitivas por desnaturação proteica. Tem ação bifásica, causando inicialmente um efeito anestésico local, com calor e parestesia, seguindo-se a desnervação crônica. Pode ser usado para bloqueio peridural, paravertebral, de nervo periférico, subaracnoideo, de nervo craniano e de gânglio estrelado. Tem efeito anestésico local e neurolítico, sendo indolor a injeção. Tem toxicidade hepática e cardíaca em doses maiores, e pode causar depressão do sistema nervoso central e colapso cardiovascular.

O polidocanol é um esclerosante de vaso, mas não é neurolítico. A glicose hipertônica e a salina 10% são proloterapias (substâncias que “irritam” para estimular regeneração), portanto, não são agentes neurolíticos.

Obs.: a codificação 31602037 – Anestesia geral ou condutiva para realização de bloqueios neurolíticos seria cabível de ser cobrada somente se o procedimento neurolítico não tiver porte anestésico.

SÍNDROMES DOLOROSAS CÉRVICO-CRANIANAS

As síndromes dolorosas cérvico-cranianas podem ser divididas em neurológicas ou não neurológicas; agudas ou crônicas; inflamatórias, vasculares ou neuropáticas. Das mais prevalentes e relacionadas com infiltrações, temos:

Neuralgia do Trigêmeo

Código	Descrição
31602045	Bloqueio anestésico de nervos cranianos

Para fins de remuneração, serão pagas quantidade máxima de 2x (pela lateralidade) por procedimento, sendo raríssimo ter indicação bilateral. Referem-se à bloqueios anestésicos com fins principalmente diagnósticos, ou terapêuticos temporários.

Código	Descrição
31404030	Tratamento de neuralgia do trigêmeo por técnica percutânea - qualquer método (quando orientado por imagem, cobrar código correspondente) (com diretriz definida pela ANS - nº 62) OU
31602134	Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico OU
31404022	Neurotomia seletiva do trigêmeo

Para casos de neuralgia do trigêmeo crônicos, que não responderam à terapia clínica, mas que responderam aos bloqueios anestésicos, existem os procedimentos de denervação, os quais podem ser por radiofrequência (31404030), ou química (31602134) ou cirúrgica (31404022). Contempla lateralidade, apesar de muito raro.

Para terapia em dor, não se remuneram outras codificações, inclusive bloqueio de plexo ou códigos de bloqueio de SNA. Bloqueios neurolíticos incluem o bloqueio anestésico prévio.

62. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA

3. Pacientes portadores de nevralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses.

Neuralgia dos Nervos Occipitais

Os nervos occipitais, apesar de estarem no crânio, não são nervos cranianos, os quais são os 12 pares cranianos [olfatório (I), óptico (II), oculomotor (III), troclear (IV), trigêmeo (V), abducente (VI), facial (VII), vestibulococlear (VIII), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI), hipoglosso (XII)].

Os nervos occipitais, tanto o maior quanto o menor, são ramos da porção cervical da medula espinhal, e não sendo nervos cranianos, mas apenas nervos do segmento craniano, os seus bloqueio anestésico não deve ser remunerado por 31602045 - Bloqueio anestésico de nervos cranianos.

O nervo occipital maior é composto pelas fibras nervosas sensitivas dos ramos posteriores dos nervos cervicais C2 e C3, enquanto o nervo occipital menor é composto pelas fibras nervosas sensitivas do ramo posterior do nervo cervical C1.

Esses nervos fornecem inervação para a pele do couro cabeludo na região posterior da cabeça, bem como para a região occipital superior. O nervo occipital maior também envia ramos que se estendem para a região da mastoide. O nervo occipital menor, por sua vez, é responsável pela inervação de uma pequena área na base do crânio, logo acima do atlas

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 4x (occipital maior e menor, com lateralidade). Seja neuralgia isolada, ou relacionadas às síndromes miofasciais/tensionais, quando indicado o bloqueio anestésico dos nervos occipitais, remunera-se por nervo periférico bloqueado (até 2 por lado).

Para terapia em dor, não se remuneram outras codificações, inclusive bloqueio de plexo ou códigos de bloqueio de SNA.

Código	Descrição
31602134	<i>Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico</i>

Para fins de remuneração, serão pagas em quantidades máximas de 4xx (occipital maior e menor, com lateralidade), sem remunerar associação com codificações de outros bloqueios de nervo periférico, plexos, de SNA ou de síndromes miofasciais.

Para casos crônicos, em que o bloqueio anestésico foi efetivo, pode aventar-se o bloqueio neurolítico químico com substâncias neurolíticas, ou por radiofrequência. Há cobertura por radiofrequência (DUT 62 item 3), mas não há codificação específica, logo, usar essa acima.

É de boa técnica que todos os bloqueios neurolíticos sejam precedidos por bloqueios anestésicos testes ao rigor da técnica.

Síndromes Miofasciais Crânio-Cervicais

Código	Descrição
20103301	<i>Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)</i>

A síndrome miofascial crânio-cervical pode ser situação aguda, recorrente ou crônica; isolada ou fazendo parte de outras síndromes dolorosas do segmento cefálico. Pontos gatilhos podem ser frequentemente identificados. Por sua maior prevalência, foi citado separadamente das síndromes miofasciais.

Para fins de remuneração, serão pagas quantidade máxima de 2x por segmento corporal, quantidade máxima de 4x por procedimento (2 do tronco e 2 do segmento cefálico).

Se procedimento transita apenas com bloqueios de ponto gatilho, quantidade máxima de 06 pontos por procedimento.

Excludente com o pagamento de sessão de acupuntura.

Dor na Articulação Temporomandibular

Os DTM (disfunção temporomandibulares) são patologias complexas. As causas podem ser extra-articulares e/ou intra-articulares. O bloqueio anestésico, em doses analgésicas são sintomáticos apenas. Existem duas técnicas.

Código	Descrição
31602088	<i>Bloqueio de articulação temporomandibular</i>

Para fins de remuneração, paga-se por articulação. A infiltração intra-articular de anestésico consiste na injeção de anestésico local diretamente na cavidade da articulação.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos ou</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</i>

Outra opção de bloquear a ATM, é pelo bloqueio de nervos periféricos. As técnicas mais comuns incluem o bloqueio do nervo auriculotemporal, do nervo masseterino e do nervo mio-hioideo. Essa técnica é indicada para casos de causas DTM em geral, mas aqui destacam-se as causas não articulares de DTM, e para a neuralgia do trigêmeo que se estendem para a região da ATM.

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 3x por lado (com lateralidade, máximo 06).

Dados as indicações específicas, não se remunera 31602088 em associação com bloqueios de nervos periféricos. Quando feito em associação com ato cirúrgico sobre ATM, há regramento objetivo e vigente sobre inclusão.

SÍNDROMES DOLOROSAS DE COLUNA VERTEBRAL

Segmentos em Coluna

Segmento vertebral em coluna vertebral: refere-se a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas cápsulo-ligamentares e musculares a elas vinculadas.

Segmento anatômico em coluna vertebral: refere-se à divisão da coluna em segmentos cervical, dorsal (ou torácico), lombar e sacrococcígeo, não podendo ser usadas outras unidades por similaridade (ex. com o osso íliaco).

Para fins de remuneração no intercâmbio, as codificações em cirurgia de coluna podem ser remuneradas por vértebra, por segmento vertebral, por segmento anatômico de coluna, ou por cirurgia.

Etiologias

Mecânicas e outras causas:

Causas	Prevalência Populacional (%)
Causas Mecânicas	
Espondilose/Degenerativa	40-65
Estenose Espinhal	5-10
Espondilolistese	0,5-1
Deformidades	1-2
Fratura Vertebral	0,1-0,5
Causas Não Mecânicas	
Síndrome da Dor Miofascial	30-50
Osteoporose	3-5
Fibromialgia	2
Síndrome de Fadiga Crônica	0,2-0,4
Artrite Reumatoide	1-2
Espondilite Anquilosante	0,1-0,5
Outras Causas	
Câncer	0,1-0,5
Infecção	<1
Doenças Inflamatórias	<1
Deficiência de Vitamina D	5-30
Doença de Paget Óssea	<1
Dores viscerais	1-2
Litíase renal	1-2
Aneurisma de aorta	<1
Transtornos mentais e Simulação	<1

As síndromes dolorosas da coluna podem ser classificadas como inespecíficas (síndromes de dor miofascial com até mais de 50% dos casos), ou específicas. Para fins terapêuticos por meio de infiltrações e bloqueios, resumindo as causas, teremos, as infiltrações e bloqueios para as dores radiculares, facetárias e discogênicas.

A associação de síndromes dolorosas é possível, mas não pode haver generalização, principalmente para fins de intervenção. Por exemplo, 60% dos pacientes com mais de 45 anos e 100% dos pacientes com mais de 60 anos têm artrose facetária, e não são todos que têm dores facetárias, e os que têm, não teriam focos de dor facetária em todas as articulações com artrose. Por exemplo, não é porque há discopatia ao exame, que cabe agregar código complementar de bloqueio peridural interlaminar ou caudal como forma complementar de analgesia com base em outro suposto diagnóstico.

Sempre que identificado indicações generalizadas e/ou não embasadas, deve-se questionar o assistente e/ou Junta Médica.

Bloqueios Epidurais Não-Seleativos

Código	Descrição
31602169	<i>Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide</i>
31602150	<i>Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo</i>

São os bloqueios peridurais interlaminares ou os bloqueios caudais (hiato sacral ou sacrais).

Podem ser bloqueios com anestésicos com dose analgésicas, geralmente associado com corticoides, podendo ainda haver outras substâncias (porém, não neurolíticas). Os bloqueios epidurais (peridurais) analgésicos não seletivos, com fins terapêuticos são, historicamente os procedimentos mais realizados para dores lombares de qualquer etiologia.

Distinguem-se do bloqueio epidural seletivo, isto é, aqueles realizados por segmento vertebral com infiltrações foraminais/transforaminais (40813363 - Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular).

Conforme a causa e o número de segmentos que precisam de analgesia, pode ser mais lógico e seguro a realização de um bloqueio peridural interlaminar ou caudal, tecnicamente muitos mais simples que bloqueios foraminais/transforaminais seletivos. A alegação que o seletivo entrega mais droga em lugar específico não tem sustentação científica.

Os bloqueios anestésicos seletivos da coluna (40813363), têm indicação principalmente para fins diagnósticos, principalmente quando a clínica e o exame físico divergem dos achados de imagem.

Bloqueios anestésicos/analgésicos não seletivos (31602169) são tão eficientes quanto os não seletivos na entrega de droga, e muito mais seguros e eficientes, podendo se realizado inclusive em caráter ambulatorial.

O bloqueio peridural ou subaracnóidea com infiltração de substâncias neurolíticas (31602150), infiltram álcool, éter, fenol, xilol, glicerol, e é procedimento de extrema exceção, reservados basicamente para pacientes oncológicos com dor intratável extremamente selecionados. Não deve ser remunerado por similaridade ou equivalência, para outros casos/substâncias.

Conforme regramento já firmado, não se remunera agulhas ou cânulas especiais.

Bloqueios para Dores Facetárias

A dor facetária responde por 15% a 45% dos casos de dores na coluna. São dores comuns nos pacientes com espondilose.

As articulações zigoapofisárias ou interapofisárias, outros nomes para facetárias, vão se degenerando e passando por todas as fases degenerativas até chegar em uma condição de artrose, como qualquer outra articulação do corpo. Esse processo degenerativo acaba por criar atritos e mobilidades, que causam dor porque essa articulação é bem inervada.

Afetam basicamente coluna lombar, e menos comumente a coluna cervical. É extremamente raro afetar coluna torácica e não tem como ocorrer em sacral, pois são ossos fundidos.

A artrose facetária pode levar a alterações patológicas, como esclerose do osso subcondral, hipertrofia articular, estreitamento do espaço articular e formação de osteófitos. Com a progressão da doença, o paciente começa a ter sintomas.

A síndrome da articulação facetária na cervical causa dor no pescoço e no ombro, podendo restringir a sua amplitude de movimento, dificultando a rotação da cabeça confortavelmente, e é uma causa não incomum de cefaleia. Piora com a extensão.

Ter artrose não significa necessariamente ter dor facetária, pois 60% das pessoas com 45 anos têm artrose facetária, e este número sobe para 100% quando se atinge 60 anos. Nos casos que têm artrose, não significa que todas as articulações estão gerando dor. Estudos mostram que mais de 80% dos casos têm dor em 1 ou 2 segmentos, e não existem relatos na literatura de síndromes facetárias com mais de 4 segmentos.

A síndrome da articulação facetária torácica poderia causar dor na região interescapular e reduzir a amplitude de movimento.

A dor lombar causada pela síndrome da articulação facetária pode ter irradiações curtas para nádegas e/ou coxas (não abaixo do joelho). Causa rigidez e dificuldade de movimentos que envolvam extensão. A dor piora com a extensão e tende a aliviar com a flexão.

O tratamento de base envolve emagrecimento (perda de barriga), fortalecimento axial e correção postural, além de medicamentos e fisioterapia.

As articulações facetárias podem ser bloqueadas diretamente nas articulações zigoapofisárias, ou no trajeto do nervo que as inervam, que é a porção medial do ramo posterior da raiz nervosa.

Código	Descrição
31602126	Bloqueio facetário para-espinal
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular
31403034	Denervação percutânea de faceta articular - por segmento
31403336	Rizotomia percutânea por segmento - qualquer método (com diretriz definida pela ANS - nº 62)
30715423	Radicalotomia (com diretriz definida pela ANS - nº 62)

Para fins de remuneração, estes procedimentos para fins de tratamento de dor em coluna, são remunerados em quantidade máxima de 03 segmentos vertebrais por segmento anatômico (cervical, torácico ou dorsal, lombar), sendo devidamente documentado a artrose facetária, e justificado por história, achados de exame físico, descrevendo quais as facetas com artrose estão gerando dor.

Obs.: Até entrada da nova versão de remuneração, a codificação de denervação facetária (31403034), continua pagando 1 vez por segmento anatômico.

A remuneração é por segmento vertebral (e não por faceta ou forame), e por conta de inervação adjacente, o bloqueio em um segmento acometido de dor exige o bloqueio dos segmentos adjacentes, mas isso não enseja a remuneração pelos segmentos adjacentes, se estes não são geradores de dor, isto é, a dor de um segmento não justifica triplicar as codificações.

Anatomicamente, para tratar um segmento, há de se estender essa denervação de forma simultânea para os segmentos adjacentes (acima e abaixo), porém, como acima expresso nos bloqueios anestésicos, os bloqueios dos segmentos adjacentes não justificam remuneração adicional.

Para exemplificar caso de paciente de 67 anos com artrose em todas articulações facetárias lombares, mas:

Dor em articulação L4L5 direita	Bloqueia L3L4, L4L5 e L5S1 à direita	Remunera codificação (uma das 5 do grupo) 1x
Dor em articulação L4L5 bilateral	Bloqueia L3L4, L4L5 e L5S1 bilateral	Remunera codificação (uma das 5 do grupo) 1x
Dor em articulação L4L5 direita e L5S1 bilateral	Bloqueia L3L4 direita, L4L5, L5S1 bilateral	Remunera codificação (uma das 5 do grupo) 2x
Dor em articulação de L2L3 direita, e L5S1 esquerda	Bloqueia L1L2, L2L3 e L3L4 direita, e L4L5 e L5S1 esquerda	Remunera codificação (uma das 5 do grupo) 2x

Os bloqueios anestésicos da articulação ou do nervo medial são remunerados por 31602126 ou 40813363, em quantidades máximas de três segmentos vertebrais, por segmento anatômico. Estas codificações são excludentes entre si.

No caso de dor facetária e radicular/discogênica no mesmo segmento, a codificação 40813363 deve ser a remunerada, pois ao inundar a região foraminal, bloqueia-se os três tipos de dor.

A denervação facetária pode ser por radiofrequência (usa a codificação de rizotomia – 31403336 ou 30715423) ou por denervação química (usa a codificação 31403034).

As denervações facetárias são procedimentos neurodestrutivos, de neurólise do nervo medial. A codificação 31403034 não tem cobertura por técnica de radiofrequência na RN da ANS vigente.

Os bloqueios neurolíticos químicos, remuneradas por 31403034 (álcool glicerol, fenol, éter, xilol) para dor facetária, são remunerados por 31403034 em quantidade de até 3 segmentos vertebrais, por segmento anatômico.

Obs.: Até entrada da nova versão de remuneração, a codificação de denervação facetária (31403034), continua pagando 1 vez por segmento anatômico.

Qualquer denervação facetária, seja por radiofrequência ou química inclui, no mesmo procedimento, o bloqueio anestésico prévio das estruturas a serem desnervadas, assim as codificações 31602126 Bloqueio facetário para-espinhoso e 40813363 Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular, e também de bloqueios de nervos periféricos, não devem ser remunerados nos mesmos segmentos anatômicos alvo de denervação/rizotomia.

É de boa técnica que as indicações de bloqueio neurolítico/denervação, por qualquer método, sejam precedidas de bloqueios teste, ao rigor da técnica. Se resultado dos bloqueios teste são positivos, poderia ser indicado o bloqueio neurolítico, que tecnicamente, é semelhante aos bloqueios anestésicos, e incluem a injeção prévia de anestésico prévio às substâncias neurolíticas.

Se a suspeição de dor facetária for por história e epidemiologia, e a investigação dos níveis afetados por exame físico e exames de imagem, uma escala de dor e de limitações AVD deve ser usada, antes e depois, do bloqueio teste.

O diagnóstico da síndrome facetária não pode ser baseado exclusivamente no exame clínico (anamnese e exame físico) e/ou nos achados por métodos de imagem, sendo que o inverso também é válido. Por isso, a única forma de se respaldar uma denervação facetária, por qualquer técnica, continua sendo por meio de um bloqueio anestésico teste, no rigor da técnica, documentado por laudo do procedimento e relatório de escala de dor e limitação AVD antes e depois do procedimento. O laudo do exame de imagem, às vezes com imagem, pode ser fundamental para corroborar a quantidade de segmentos a serem tratados.

A principal causa de falha ou recidiva precoce da dor após bloqueio neurolítico facetário é que a dor não era facetária e/ou o bloqueio teste não foi conduzido no rigor da técnica.

Parecer Consulta CRM-SP 129.347/2011

Os bons trabalhos publicados sobre este assunto advogam a realização de bloqueio teste, sendo considerado positivo não só a melhora da dor em repouso, mas também que o paciente consiga realizar movimento anteriormente doloroso. Além disso, é quase unânime o consenso em literatura que devem ser realizados bloqueios com drogas com meia-vida diferentes, no mínimo dois, devido ao alto índice de falsos positivos. De maneira geral, Rizotomia ou Denervação de facetas se indica quando:

- *Infiltração teste com anestésico local resulta em melhora maior ou igual a 50%*
- *Dor lombar ou cervical limitando as atividades diárias por pelo menos 6 meses*
- *Sem cirurgia prévia no mesmo segmento*
- *Estudos radiológicos excluem outras causas possíveis de dor, como hérnia de disco*
- *Pacientes não sejam portadores de canal estreito ou instabilidade que possam requerer cirurgia*
- *Paciente foi submetido a tratamento conservador adequado sem sucesso*
- *São contraindicações absolutas ou relativas:*
- *Exame neurológico anormal*
- *Causas específicas de dor como espondilolistese, hérnia de disco, canal estreito, radiculopatia clínica, espondilose multinível, esclerose múltipla, gravidez, malignidade, infecção, distúrbios de coagulação.*
- *Falta de resposta à infiltração teste*
- *Distúrbios psiquiátricos*

Um bloqueio teste, ao rigor da técnica, usa apenas anestésicos em articulação ou nervo medial das facetas com história e exame físico sugestivo de foco de dor facetária, e o teste é positivo se melhora a dor por 3 semanas. Testes são invalidados se realizado concomitantemente a outros tipos de bloqueios ou ao uso de outros tipos de substâncias.

Os bloqueios facetários neurolíticos para dor por radiofrequência (31403336 ou 30715423), são submissos à DUT 62.

62. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUÊNCIA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com dor facetária (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia), quando forem preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

- a. limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos seis semanas;
- b. redução >50% da dor referida medida pela VAS após infiltração facetária utilizando anestésico local;
- c. falha no tratamento conservador adequado.

Grupo II

- a. cirurgia espinhal prévia no segmento analisado;
 - b. hérnia discal;
 - c. sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas;
2. Cobertura obrigatória para pacientes com espasticidade focal, intensa e com sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico.

As codificações de bloqueio peridural não seletivo (31602150 ou 31602169), de bloqueios de nervo periférico (31403026 ou 31602118), de infiltração intra-articular (30713137) e de codificações de bloqueio do sistema nervoso autônomo (31602061, 31602142, 31602070, 31405010, 31602177, 31602096 ou 31602100) não são remunerados em associação com 31602126, 40813363, 31403034, 31403336 ou 30715423, no tratamento que usam as codificações 31602126, 40813363, 31403034, 31403336 ou 30715423, no mesmo segmento anatômico.

Se há componente miofascial com pontos gatilhos informados em músculos específicos, refratários à tratamento medicamentoso com ciclobenzaprina ou afins, pode ser agregado pontos gatilhos (2xx 20103301 por segmento corporal, com máximo de 4 por procedimento).

Não é cabível agregar codificações de neurólise, microneurólise ou relacionadas à cirurgia convencionais de descompressão nervosa.

A cirurgia de radiculotomia para tratamento de espasticidade é, via de regra, uma cirurgia aberta, com algumas laminotomias/laminectomias, e lesão cirúrgica de várias raízes posteriores, com fim de controlar a espasticidade de crianças com paralisia cerebral grave e refratária. Não sendo procedimento para dor, mas para espasticidade, seja aberta ou percutânea, com lesão cirúrgica, não fica submetida às regras do capítulo de dor, sendo remuneradas por segmento vertebral. Se por radiofrequência, percutânea ou aberta, a análise deve ser cuidadosa, mas há uma previsibilidade em DUT (espasticidade focal).

Os bloqueios facetários são feitos com conhecimento anatômico, bom posicionamento do paciente e radioscopia.

Obs.: Complemento regulatório está sendo preparado para procedimentos guiados por ultrassonografia e/ou realizados ambulatorialmente.

Conforme Diretrizes Internacionais, os bloqueios químicos, anestésicos e neurolíticos, (articular ou de ramo medial) ou foraminais, podem ser realizados com segurança, efetividade e eficiência sem agulhas ou cânulas especiais (ecoguiadas e/ou de estimulação), as quais NÃO SERÃO REMUNERADAS em intercâmbio.

A rizotomia, desde que a DUT seja cumprida, permite remunerar até 2 cânulas de radiofrequência por procedimento (não são dois kits, ou kits com mais de 2 cânulas).

Dor Radicular/Discogênica

Código	Descrição
40813363	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 03 segmentos vertebrais, por segmento anatômico, sendo devidamente documentado por imagem o conflito radicular. Para dores radiculares e/ou discogênicas, não há justificativa para bloqueios dos segmentos adjacentes.

O bloqueio peridural seletivo, ou foraminal, ou transforaminal, visa bloquear a raiz medular sensitiva, mas inunda toda a região foraminal, também bloqueando nervo medial (dor facetária), e por isso, bloqueia dores radiculares, facetárias e discogênicas.

Não se remunera bloqueios peridurais seletivos associados a bloqueios peridurais não seletivos (31602150 e 31602169) no mesmo procedimento. Pode ser discutido qual das técnicas é a melhor ou é a suficiente, mas a discussão técnica é por mediação ou Junta Médica.

Não se remunera bloqueios de nervo periférico em associação com 40813363 ou como codificação para o bloqueio de raízes sensitivas, em associação ou em substituição às codificações específicas, podendo regramento ser aplicado na auditoria de contas.

Excepcionalmente, e mediante justificativa e documentação, pode ser associado a codificação de bloqueio de nervo periférico (31403026 ou 31602118) para a realização do bloqueio terapêutico do gânglio da raiz dorsal (bloqueio DRG), em quantidade 1x por procedimento.

Não remunerar codificações agregadas de bloqueio do sistema nervoso autônomo/simpático aos procedimentos percutâneos para coluna (31602061, 31602142, 31602070, 31405010, 31602177, 31602096 ou 31602100).

Radiculotomia, mielotomias, drezotomias são procedimentos neurolíticos específicos e submissos as suas respectivas DUTs.

Se há componente miofascial com pontos gatilhos informados em músculos específicos, refratários à tratamento medicamentoso com ciclobenzaprina ou afins, pode ser agregado pontos gatilhos (2x - 20103301 por segmento corporal, com máximo de 4 por procedimento).

Não é cabível agregar codificações de neurólise, microneurólise ou relacionadas à cirurgia convencionais de descompressão nervosa.

Conforme Diretrizes Internacionais, esses bloqueios (articular ou de ramo medial) ou foraminais podem ser realizados com segurança, efetividade e eficiência sem agulhas ou cânulas especiais (ecoguiadas e/ou de estimulação), as quais NÃO SERÃO REMUNERADAS em intercâmbio.

Para bloqueios de plexo discriminados abaixo cabe o pagamento de agulhas com estimulação elétrica. Plexos: Cervical, Braquial, Lombar e Sacral. Será remunerado uma agulha por bloqueio de plexo.

Sacroileíte

A sacroileíte é uma doença inflamatória, que pode ser aguda ou crônica. Pode estar relacionada com trauma, artrites específicas (AR e sacroileíte), infecções e até condições hormonais da gestação.

O tratamento a dor nas situações agudas, refratárias às medidas clínicas básicas, inclui a infiltração articular.

Código	Descrição
30713137	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) - orientada ou não por método de imagem

Para fins de remuneração, serão pagos quantidade máxima de 2x (pela lateralidade)

A inervação sensitiva das articulações sacroilíacas é complexa. Os nervos espinhais lombares de L4 e L5 enviam fibras nervosas que fornecem inervação sensitiva para a região lombar e parte da região glútea. Entretanto não compartilham, por isso, das codificações de rizotomia por dor facetária e/ou de denervação química de facetas. Inervação sensitiva vêm ainda de nervos espinhais sacrais de S1 a S4 contribuem com fibras nervosas que fornecem inervação sensitiva também para a região glútea e a parte posterior da coxa. As principais estruturas nervosas alvo de infiltrações anestésicas ou neurolíticas, para dor sacroilíacas, são as raízes de S1 e S2.

Essas fibras nervosas dessas raízes nervosas formam um plexo nervoso, chamado plexo sacral, que envia ramos nervosos para a articulação sacroilíaca. Esses ramos nervosos penetram na cápsula articular da articulação sacroilíaca e fornecem inervação sensitiva para a superfície articular e as estruturas adjacentes, como ligamentos e músculos.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</i>

Nos casos mais crônicos, em que as infiltrações articulares não mais estão sendo eficientes/suficientes, pode-se lançar mão de infiltrações anestésicas e neurolíticas em S1 e S2.

Se a opção para bloqueio de S1e S2, anestésico e/ou neurolítico, para fins de remuneração, contempla-se a as codificações de bloqueio periférico 2xx (S1 e S2). Se bilateral a dor, contempla com até 4xx as codificações de bloqueio de nervo periférico. Ou pode ser ainda usado a codificação 20103140 - Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS - nº 8), e como não é para toxina botulínica, não fica submetido à DUT, mas é paga por segmento anatômico.

O bloqueio neurolítico por radiofrequência não está coberto pela DUT 62.

O bloqueio neurolítico químico de raízes sacrais não é englobado por 31403034 - Denervação percutânea de faceta articular - por segmento, porque as facetas no segmento sacral são fundidas, e não se trata de uma denervação facetária.

Não há cobertura para a denervação sacral por radiofrequência (rizotomia), por não preenchimento dos critérios de cabeçalho da DUT. Ademais, lembramos que as facetas na região sacral são fundidas, e não geram dor.

Não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático, são dores inflamatórias, e, para fins de remuneração, não se remunera codificações agregadas de sistema nervoso autônomo/simpático.

Sendo uma dor articular, não há justificativa para agregar infiltrações extra-articulares e/ou musculares/ponto gatilhos.

Conforme Diretrizes Internacionais, esses bloqueios podem ser realizados com segurança, efetividade e eficiência sem agulhas ou cânulas especiais (ecoguiadas e/ou de estimulação), as quais NÃO SERÃO REMUNERADAS em intercâmbio.

Coccidínia

A coccidínia é uma dor na região do cóccix. A dor, mesmo por trauma agudo, tende a durar muitas semanas ou até meses, podendo ainda ser crônica. A dor crônica geralmente tem componente mediado pelo sistema nervoso simpático. Pode estar relacionada a quedas, traumas agudos ou crônicos, partos difíceis etc.

Para situações mais agudas, geralmente com fim de aliviar dores em fases iniciais e/ou refratárias à medicamentos habituais, pode-se programar uma infiltração extra-articular com anestésicos e corticoides. Um bloqueio caudal com anestésico em doses analgésicas também é uma opção.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem OU</i>
31602169	<i>Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide</i>

Para fins de remuneração, será paga quantidade de 1x por procedimento.

Para casos mais crônicos, substituindo 30713145 ou 31602169, a opção do bloqueio do gânglio ímpar, é lastreada nas melhores práticas. O gânglio ímpar nasce na fusão das duas cadeias simpáticas paravertebrais na região do cóccix. Esta codificação se aplica aos bloqueios anestésicos e aos neurolíticos.

Código	Descrição
31602070	<i>Bloqueio anestésico simpático</i>

Para fins de remuneração, será paga quantidade de 1x (gânglio ímpar).

Não se remunera agulhas ou cânulas especiais para estes procedimentos.

Adendo - Discografia provocativa

Código	Descrição
40814106	<i>Discografia</i>

A discografia é uma modalidade puramente diagnóstica e pode ser indicada na suspeita clínica e/ou radiologia de dor de origem discogênica. Pouco realizada, por causa dos modernos exames de imagem, permanece como mais fidedigno método capaz de diferenciar discos degenerados sintomáticos dos assintomáticos, além de determinar o grau de degeneração e sua morfologia.

Pode ser realizada em pacientes operados e também deve servir como uma orientação na seleção de pacientes para os procedimentos intervencionistas terapêuticos intradisciais, podendo preceder, por exemplo, a solicitação de discectomia percutânea.

Só deve ser usada quando for importante para definir se um disco é sintomático e quando há uma terapêutica específica a ser oferecida. Em pacientes com dor lombar e cialgia, a TC ou a RNM devem ser a primeira escolha, porém, quando esses exames forem inconclusivos, a discografia pode ser útil. Na literatura, a discografia provocativa e diagnóstica tem seus resultados controversos, pois o teste falso positivo pode ocorrer em 37% dos casos. Outros trabalhos também mostram a injeção intradiscal de bupivacaína (como teste preditor de dor discogênica), porém sem significância de evidência científica.

Conforme as perspectivas atuais publicadas na literatura científica, na atualidade, o seu desuso é crescente para as duas modalidades, pelos motivos prejudiciais ao disco a longo prazo, devido estar relacionado com a punção do disco e ou injeção de fármaco local. O risco de complicações, principalmente as discites, piora da dor e abscessos variam de 1:5000 a 1:30 na literatura científica. Não há relato de benefícios dessa técnica para coluna cervical na literatura, a maioria dos estudos foram realizados em coluna lombar.

Adendo - Neuroplastia Epidural Percutânea

O procedimento de lise de fibroses pós-laminectomia ou neuroplastia epidural percutânea, ou lise de aderências epidural (LOA), ou adesiólise percutânea ou procedimento de Racz, é uma técnica minimamente invasiva que visa a lise de aderências epidurais e a liberação de raízes por método de dissecação hidromecânica e químico.

Racz (médico anestesiologista que criou o método) indicou esse procedimento para quando um epidurograma mostra falhas de enchimento, as quais são as próprias áreas de fibrose, impedem a distribuição da medicação no espaço epidural e seus efeitos terapêuticos (por exemplo, o corticoide).

A técnica original prevê a passagem de cateteres peridurais especiais por punção (cateter de Racz), por métodos físicos e químicos, e sob radioscopia, libera as aderências. O acesso pode ser caudal e/ou transforaminal e/ou interlaminar.

Não há na CBHPM ou TUSS uma terminologia compatível com esse procedimento, e, portanto, não há cobertura para essa neuroplastia epidural percutânea ou neuroplastia ou neurólise caudal de Racz.

Costuma ser solicitado por uma combinação várias codificações, e geralmente inclui o catéter de Racz, de alto custo. Como transita geralmente com codificações cobertas, o tema precisa ser resolvido por mediação ou Junta Médica.

SÍNDROMES DOLOROSAS DO OMBRO

Existem várias síndromes dolorosas do ombro, cada uma com suas causas específicas.

1. Artrite/Artrose Glenoumeral: a artrite glenoumeral é uma inflamação da articulação glenoumeral do ombro, que com o tempo, vai causando desgastes e lesões das estruturas (artrose). Pode ser causada por lesões, degeneração relacionada à idade, inflamações específicas. O tratamento pode incluir fisioterapia, medicação, infiltração intra-articular com corticosteroides e, em casos mais graves, cirurgia.

2. Síndrome do Impacto do Ombro e Síndrome do Manguito Rotador: seja por instabilidade e/ou por condições anatômicas e funcionais que causam compressão subacromial do manguito rotador. Causado por lesões, anatomia desfavorável, sobrecarga repetitiva, degeneração relacionada à idade ou outras condições médicas. O tratamento inclui fisioterapia, medicação, infiltração intra-articular e/ou extra-articular com corticosteroides e em casos mais graves, cirurgia.

3. Capsulite Adesiva: ou ombro congelado, é uma condição em que a cápsula articular do ombro fica espessa e rígida, resultando em dor e diminuição da amplitude de movimento. O tratamento pode incluir fisioterapia, medicação, infiltração intra-articular com corticosteroides e, em casos mais graves, cirurgia.

4. Bursite Subacromial: a bursite subacromial é uma inflamação da bursa subacromial. Causado geralmente por sobrecarga repetitiva, inflamações específicas ou degeneração relacionada a idade. O tratamento pode incluir fisioterapia, medicação, infiltração intra-articular ou extra-articular com corticosteroides e, em casos mais graves, cirurgia.

5. Tendinite Calcificada do Ombro: ocorre calcificação dentro dos tendões do manguito. Isso causa dor, inflamação e diminuição da função e mobilidade. As infiltrações extra-articulares são uma opção de tratamento para essa condição, mas uma parte dos pacientes vai precisar de cirurgia para “drenagem” dessas calcificações e muitas vezes reparo dos tendões.

Código	Descrição
30713137	<i>Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) - orientada ou não por método de imagem</i>

Dadas as síndromes com importância clínica, para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por ombro.

Essas infiltrações podem ser indicadas para tratar a dor causada por condições como artrite, artrose, impacto, capsulite adesiva e lesões intra-articulares (glenoide e cartilagem), incluindo gleno-umeral e acromioclavicular. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por ombro.

São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do ombro. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides.

Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301-Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida., substitui 30713145, sendo remunerado em quantidades máximas de 2x por ombro.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 02 nervos por ombro

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são remuneráveis como bloqueios de fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas e procedimentos com múltiplas infiltrações.

Os bloqueios nervosos no ombro são reservados principalmente como terapias às síndromes dolorosas mais complexas, mediante justificativa técnica detalhada.

O N. supraescapular responde por mais de 70% da inervação sensitiva do ombro, e na maioria das vezes, por sua simplicidade de execução, é o único nervo bloqueado.

- N. supraescapular: O nervo supraescapular é um nervo misto que fornece inervação sensorial e motora para o músculo supraespinhal e infraespinhoso. Pode ser justificado no tratamento da dor no ombro, especialmente quando a síndrome do manguito rotador e instabilidade.

- N. axilar: O nervo axilar é um nervo misto que fornece inervação sensorial e motora para o músculo deltoide e redondo menor. Tecnicamente mais complexo, pode ser associado ao bloqueio do supraclavicular no tratamento da síndrome do impacto do ombro ou da bursite subacromial.

- N. peitoral: O nervo do peitoral é um nervo misto que fornece inervação para os músculos peitorais maiores e menores. Pode ser um bloqueio associado ao nervo supraclavicular na capsulite adesiva.

- N. supraclavicular: O nervo supraclavicular é um nervo misto que fornece inervação para a pele, a clavícula e parte da articulação do ombro. Pode ser útil no tratamento da dor no ombro, especialmente quando a dor é causada por trauma ou lesão, podendo ser bloqueio isolado ou em associação com o nervo supraclavicular.

Para situações de exceção, de dor crônica severa e com contraindicação de tratamento cirúrgico, podem ser propostos, excepcionalmente, bloqueios neurolíticos de dois nervos por ombro, mediante justificativa técnica detalhada. Bloqueios neurolíticos são feitos com álcool, glicerol, éter, xilol e fenol.

Para os bloqueios neurolíticos/denervação, não há cobertura para procedimentos com radiofrequência (não preenche DUT 62), e os bloqueios neurolíticos químicos são pagos pelas codificações de bloqueios de nervo periférico (31403026 ou 31602118), em quantidade máxima 2x, por ombro, ou pode ser ainda usado a codificação 20103140 - Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (com diretriz definida pela ANS - nº 8), e como não é para toxina botulínica, não fica submetido à DUT, mas é paga por segmento anatômico.

Não há pertinência de uso de codificações de neurólise, microneurólise, rizotomia, denervação faceta, ou outras codificações de cirurgia convencional.

É de boa técnica que todos os bloqueios neurolíticos sejam precedidos por bloqueios anestésicos testes ao rigor da técnica.

SÍNDROMES DOLOROSAS DO COTOVELO

Existem várias síndromes dolorosas no cotovelo, mas destacamos:

1. Epicondilite lateral (ou cotovelo do tenista): é uma lesão por esforço repetitivo que afeta a origem dos músculos extensores do punho e dedos no epicôndilo lateral do cotovelo. Provoca dor na região lateral do cotovelo que pode irradiar para o antebraço e a mão. O tratamento é medicamentoso, repouso, seguido de fisioterapia, podendo ser necessário infiltração extra-articular.
2. Epicondilite medial (ou cotovelo do golfista): é uma lesão por esforço repetitivo que afeta a origem dos músculos flexores do punho e dedos no epicôndilo medial do cotovelo. Provoca dor na região medial do cotovelo que pode irradiar para o antebraço e a mão. O tratamento é medicamentoso, repouso, seguido de fisioterapia, podendo ser necessário infiltração extra-articular.
3. Síndrome do túnel cubital: ocorre quando o nervo ulnar é comprimido na região do cotovelo, resultando em dor na face medial do cotovelo, além de formigamento ou dormência na mão e nos dedos anelar e mínimo. O tratamento é medicamentoso, repouso, podendo ser necessário infiltração de nervo ulnar, e pode ser necessário o tratamento cirúrgico de síndromes compressiva de nervo periférico.
4. Bursite do cotovelo: pode justificar infiltração extra-articular.
5. Artrite/artrose de cotovelo: processo desencadeado por inflamações específicas, traumas ou degeneração relacionada a idade. Não é algo tão frequente, e quando indicado, baseia-se na infiltração de corticoide intra-articular.
6. Fraturas e luxações: lesões traumáticas podem resultar em fraturas ou luxações do cotovelo, causando dor intensa e limitação dos movimentos, e o tratamento pode ser bloqueio anestésico do plexo braquial.

Código	Descrição
30713137	<i>Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por cotovelo

Podem ser indicadas para tratar a dor causada por lesões intra-articulares ou artrite/artrose. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por cotovelo

São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do cotovelo. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides.

Não há sustentação, nestas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado quantidade máxima de 2x por cotovelo.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares OU</i>
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 03 nervos periféricos (N. mediano, ulnar e radial) por cotovelo ou remunerado o plexo em 1x, por cotovelo.

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são remuneráveis como bloqueios de fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas e procedimentos com múltiplas infiltrações.

Quando há dor intensa, com indicação de bloqueios nervosos, o bloqueio de plexo braquial é infiltração mais eficiente (31602339 Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para o tratamento da dor de forte intensidade, mediante justificativa, substituindo 31403026 ou 31602118.

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são bloqueios com fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas.

SÍNDROMES DOLOROSAS DO PUNHO/MÃO

As causas mais comuns de dor no punho são:

1. Síndrome do túnel do carpo: compressão do N. mediano, que tem causas ligados à herança genética, inflamações específicas e inespecíficas, entre vários outros fatores. O tratamento é medicamentoso, correção de overuse, fisioterapia, e algumas vezes cirurgia. Podem ser necessário infiltrações extra-articulares ou do nervo mediano (um ou outro), com anestésico e corticoide.
2. Tenossinovite de De Quervain: é uma tendinite específica do polegar. O tratamento é medicamentoso, fisioterapia e algumas vezes cirurgia. Podem ser necessário infiltrações extra-articulares com anestésico e corticoide.
3. Artrite e artrose do punho: quando presente, e há indicação de infiltrações, as opções, conforme causa e estadio, seria a infiltração intra-articular (Tatari et al., 2017), no entanto, o uso excessivo de corticosteroides pode levar a complicações, como o enfraquecimento dos tendões e a perda da integridade óssea (Barnes et al., 2014).

Código	Descrição
30713137	<i>Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por punho.

Podem ser indicadas para tratar lesões intra-articulares ou artrite/artrose. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade máxima de 1x por punho.

São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos e tendões. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares e tendíneas, na região do punho. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides.

Não há sustentação, nestas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por punho/mão.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares OU</i>
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 03 nervos periféricos (N. mediano, ulnar e radial) por punho, conforme síndrome ou situação, ou remunerado o plexo em 1x por lado.

O bloqueio de nervo periférico isolado para síndromes de dor no punho pode ser alternativa à infiltração extra-articular na síndrome do túnel do carpo, porém em quantidade 1x (N. mediano).

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são remuneráveis como bloqueios de fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas e procedimentos com múltiplas infiltrações.

No caso de traumas graves e fraturas, com necessidade de bloqueio da dor, o bloqueio do plexo braquial (31602339 Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical), mediante justificativa, substitui 31403026 e/ou 31602118.

SÍNDROMES DOLOROSAS NO QUADRIL E REGIÃO GLÚTEA

As síndromes dolorosas na região do quadril e região glútea profunda têm várias sub-síndromes dolorosas relacionadas. As causas mais comuns são:

1. Condropatias/osteoartrite/artrose/osteonecrose da cabeça do fêmur;
2. Lesão do labrum acetabular;
3. Síndrome da dor glútea profunda, e dentro dessa, a síndrome do piriforme;

4. Síndrome do impacto fêmoro-acetabular;
5. Bursite trocantérica (isolada ou inserida em outras síndromes);
6. Síndrome de coxa saltans (atrito do trato iliotibial no trocânter maior no quadril)
7. Meralgia parestésica

Na Osteoartrite/artrose/osteonecrose da cabeça do fêmur, temos uma causa intra-articular, e o tratamento, conforme causa e estágio, vai ser infiltrações intra-articulares ou bloqueios nervosos. Não há sentido terapêutico de bloqueios anestésicos fora do contexto de bloqueios-teste para fins de serem seguidos de bloqueios neurolíticos, e para isso, paciente tem que ter uma contraindicação para cirurgia, inclusive artroplastia. A infiltração anestésica tem duração de poucos dias, e não se justifica como bloqueio terapêutico, e o bloqueio anestésico para ser feito o acesso articular, é incluso no procedimento principal. Caso médico assistente insista em bloqueios anestésicos terapêuticos em paciente com possibilidade de cirurgia, pedir embasamento de literatura.

Na lesão de labrum, o tratamento é eminentemente cirúrgico, mas se não tem condições cirúrgicas, a infiltração intra-articular é a opção terapêutica. O labrum lesado e não tratado, acaba por degenerar em alguns meses.

A síndrome da dor glútea profunda é definida como dor ou dormência nas nádegas, no quadril ou na parte posterior da coxa. É uma condição mais ampla, que pode estar relacionado a lesões musculares, compressão nervosa, osteoartrite, entre outras. A síndrome do piriforme está contida da síndrome da dor glútea profunda, porém, tem causa bem definida, e seria o músculo piriforme comprimido o nervo ciático, gerando uma irradiação ciática sem causa na coluna.

Na síndrome do impacto fêmoro-acetabular (IFA), temos causas femorais, acetabulares ou mistas. O tratamento é cirúrgico para os casos que não respondem ao tratamento clínico adequado. No curso, infiltrações intra-articulares de anestésico e corticoides podem ajudar a melhor temporariamente a dor e a inflamação. Como descrito em osteoartrite, bloqueios nervosos anestésicos são fugazes, não se justificando fora de um contexto de bloqueio-teste para programação de um bloqueio neurolítico, para pacientes sem condição de tratamento cirúrgico.

A bursite trocantérica é situação muito comum, que geralmente responde às medidas habituais. Casos de exceção podem justificar infiltrações extra-articulares.

A síndrome da coxa saltans (quadril dançarino) refere-se ao encarceramento do tendão do iliopsoas. Existem vários pontos, mas o mais comum é na borda anterior do acetábulo. Pode estar associado à artrite/artrose e/ou bursites.

A meralgia parestésica é uma condição relacionada ao nervo cutâneo femoral lateral, que é responsável por fornecer sensibilidade à pele na parte externa da coxa. Essa condição pode causar dormência, formigamento, queimação ou dor nessa área. A causa mais comum de meralgia parestésica é a compressão do nervo à medida que ele passa por um ponto estreito entre os ossos da pélvis e a parte superior da coxa. Essa compressão pode ser causada por vários fatores, incluindo o uso de roupas apertadas, obesidade, gravidez, cicatrizes ou lesões. O tratamento de base envolve medidas conservadoras, como perda de peso, uso de roupas soltas e evitando atividades que possam piorar os sintomas. No entanto, se os sintomas persistirem ou piorarem, a infiltração do nervo pode ser considerada.

O tratamento inicial e global das dores no quadril é sempre clínico (medicamentoso e repouso, seguido de fisioterapia, fortalecimento e alongamento), podendo alguns casos, conforme a causa e a evolução, precisarem de cirurgias específicas. Durante o tratamento clínico, casos refratários às medidas conservadoras, podem precisar de infiltração, e o tipo de infiltração dependerá da causa. Abaixo separamos, conforme causas, as infiltrações.

Observação: a associação de causas pode acontecer, mediante detalhada história E exame físico E achados de exame de imagem compatíveis.

Código	Descrição
30713137	<i>Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por quadril.

Essas infiltrações podem ser indicadas para tratar a dor causada por condições como a osteoartrite da articulação do quadril ou lesões intra-articulares (labrum e cartilagem), ou impacto fêmoro-acetabular. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por quadril.

São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação, como músculos, tendões e bursas. Essas infiltrações podem ser utilizadas para tratar a dor decorrente de lesões e inflamações musculares, tendíneas ou bursais, na região do quadril e/ou glútea. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides.

Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida., substitui 30713145, sendo remunerada em quantidade máxima de 2, por quadril.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares OU</i>
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades de 01 a 03 nervos por quadril, conforme síndrome. ex. PENG (NN. obturador, obturador acessório e femoral), N. femoral, N. obturatório, N. ciático. N. cutâneo lateral

São infiltrações para dor causada por compressão ou irritação de nervos periféricos na região glútea, quadril e pelve, e citamos como exemplo, a síndrome do piriforme comprimindo o ciático, e a meralgia parestésica.

Para sua remuneração, exige justificativa técnica detalhada corroborada, se possível, consubstanciada por exames, sendo que essas informações e o plano terapêutico, devem ser fornecido na autorização. Na ausência de informações qualificadas, não caberá remuneração.

Os medicamentos utilizados incluem basicamente anestésicos e corticoides.

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são remuneráveis como bloqueios de fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas e procedimentos com múltiplas infiltrações.

O pedido de bloqueios neurolíticos devem ser alicerçados em justificativa técnica qualificada por literatura, inclusive porque muitos nervos são mistos (motores e sensitivos), e o bloqueio pode causar fraqueza ou déficit motor.

O pedido de bloqueio de plexo ou bloqueios compartimentais (31602339 - Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para tratamento de dor, mediante justificativa técnica qualificada, podem ser opção para alguns casos, substituindo 31403026 e/ou 31602118.

A síndrome da dor glútea profunda não são dores mediadas pelo sistema nervoso simpático, e, portanto, não se justifica usar ou agregar codificações de sistema nervoso autônomo/simpático. Dores simpáticas como SDRC tipo I podem cursar com dor glútea, mas são outra etiopatogenia, distinta da síndrome da dor glútea profunda.

SÍNDROMES DOLOROSAS DO JOELHO

As síndromes dolorosas do joelho são a síndrome dolorosa, junto com a coluna, mais prevalente na população em geral. As principais causas são:

1. Condrotipias/Osteoartrite/Artrose do joelho: são condições degenerativas de amplo espectro clínico, que causam dor e limitação funcional no joelho. O tratamento de base é voltado para causas, fortalecimento, fisioterapia e medicação oral analgésica. Conforme o grau e complicações, pode exigir desde desbridamentos até artroplastias. Durante o curso da doença, podem ser necessárias infiltrações intra-articulares de corticoides.

Não há reconhecimento da infiltração anestésica de nervos geniculares como forma terapêutica. Para casos graves e resistentes à outras terapias, inclusive intra-articulares, pacientes que têm contraindicação de cirurgia, inclusive artroplastia, podem ser excepcionalmente, candidatos à bloqueios neurolíticos dos geniculares. Nesta situação específica, os bloqueios dos nervos geniculares são bloqueio teste para avaliar a boa indicação dos bloqueios neurolíticos.

Não há cobertura para denervação de geniculares por radiofrequência, por não preencher DUT 62.

2. Inflamações específicas: a artrite reumatoide é uma inflamação com causa específica de origem autoimune que pode afetar os joelhos. Quando justificado, o tratamento é a infiltração intra-articular de corticoides.

3. Lesão do menisco, ligamentos cruzados e outras lesões intra-articulares: lesões intra-articulares per si, ou como causa de instabilidade e alteração da biomecânica articular, inclusive desvios angulares, podem ser causa recorrente de dores e incapacidades. O tratamento de base com medicação, fisioterapia, fortalecimento, alongamento são o tratamento básico, sendo que correções cirúrgicas e artroplastia uma possibilidade conforme a evolução. Durante o tratamento, podem ser necessárias infiltrações intra-articulares com corticoide.

4. Síndrome da dor patelo-femoral: envolve a biomecânica da patela, podendo acontecer em pessoas muito ativas fisicamente, ou em pessoas muito sedentárias, com quadríceps muito fraco. A rótula acaba criando atrito com o fêmur, evoluindo com lesões condrais e artrose. Conforme o caso, pode ser justificado infiltrações intra e/ou extra-articulares.

5. Neuralgias: existem algumas neuralgias com foco até longe do joelho, mas que a dor é referida no joelho, e por isso estão sendo citadas. Exemplos são a neuralgia do femoral e do ciático, que podem ter dor referida no joelho. Conforme o caso, justificam-se bloqueios de nervos periféricos.

6. Dor Regional Complexa: quadros de dor crônicas de natureza neuropática, refratários às medidas habituais e infiltrações, podem ter componentes simpáticos, e bloqueios simpáticos podem ser uma alternativa (vide bloco específico)

Código	Descrição
30713137	<i>Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por joelho.

Podem ser indicadas para tratar a dor causada por lesões intra-articulares, inflamações específicas ou artrite/artrose. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por joelho.

No joelho, para quadro de lesões intra-articulares, inflamações específicas ou artrite/artrose, não há justificativa para punção extra-articular ou pontos gatilhos e infiltrações musculares.

Exceções podem acontecer em síndrome patelo-femoral e tendinites patelar e anserina, e síndrome da banda iliotibial (itens a seguir).

São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação inflamadas. Os medicamentos utilizados são geralmente anestésicos locais e corticosteroides.

Não há sustentação, nestas síndromes, para infiltrações musculares (20103301). Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remuneradas em quantidades máximas de 2, por joelho.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares OU</i>
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 03 nervos periféricos (3 dos 4 geniculares) por joelho ou remunerado o plexo em 1x por joelho.

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são remuneráveis como bloqueios de fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas e procedimentos com múltiplas infiltrações.

Relacionado a trauma ou pós-operatório não imediato, existe a figura dos bloqueios anestésicos compartimentais ou de plexo, para controle agudo da dor, (31602339 – Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical) para o tratamento da dor de forte intensidade, mediante justificativa, substituindo 31403026 e/ou 31602118.

O bloqueio anestésico de geniculares é uma indicação muito frágil como método terapêutico, pois gera efeito de horas a poucos dias, não justificando a sua complexidade; mas por outro lado o bloqueio anestésico de geniculares pode ser adequada no contexto de bloqueio teste para a indicação de bloqueios neurolíticos subsequentes dos nervos geniculares, para paciente com artrose avançada e que têm contraindicação para a artroplastia. Não cabe remuneração de bloqueios anestésicos geniculares quando o procedimento principal são infiltrações intra e/ou extra-articulares.

Não há cobertura para bloqueio neurolítico/denervação por radiofrequência, pois não preenche DUT 62, e o bloqueio neurolítico químico, com substâncias neurolíticas, é procedimento de exceção, que precisa de justificativa detalhada, e compartilha as mesmas codificações de bloqueio acima elencadas.

A seguir, vamos citar três síndromes dolorosas do joelho que justificam infiltrações extra-articulares.

1. Tendinopatia Anserina

A tendinopatia anserina ou da pata de ganso é uma lesão dolorosa que afeta os tendões dos músculos sartório, grácil e semitendinoso, que se unem na parte inferior e interna do joelho, e ajudam na função de flexão e rotação do joelho. As causas envolvem sobrecarga, overuse, movimentos repetitivos, traumas, estiramentos, rupturas, desalinhamento angular do joelho, fraqueza muscular, degeneração relacionada à idade etc.

O tratamento da tendinopatia da pata de ganso inclui medidas clínicas clássicas, e para casos mais refratários, pode justificar infiltrações de corticoides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x (por membro inferior).

Não há justificativa para infiltrações intra-articulares, bloqueios nervosos, inclusive do SNA, bloqueios de plexo ou compartimentais.

Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida., substitui 30713145, sendo remunerados em quantidades máximas de 2 (por membro inferior).

2. Síndrome do Trato ou Banda Iliotibial

A síndrome do trato iliotibial (STI) é uma condição comum em corredores e outros atletas que envolve a inflamação e irritação do trato iliotibial, uma faixa de tecido conectivo que se estende da região lateral do quadril até a tíbia. A dor e a inflamação é referida na face lateral do membro inferior, na transição de joelho para perna.

As causas STI atividades repetitivas que estressam o trato iliotibial, como corrida, ciclismo, escalada e esportes com mudanças de direção frequentes, e ainda, fraqueza muscular, desalinhamento biomecânico, calçados inadequados, superfícies de corrida duras e aumento repentino da intensidade ou volume do treinamento.

O tratamento da STI geralmente envolve uma combinação de descanso, alongamento e fortalecimento muscular, fisioterapia, uso de calçados adequados e modificação de atividades que causam dor.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade máxima de 1 (por membro inferior).

Em casos mais graves, as infiltrações extra-articulares com anestésicos e corticoides podem ser uma opção de tratamento.

Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por membro inferior.

3. Tendinite Patelar

A tendinite patelar, também conhecida como “joelho do saltador”, é uma condição dolorosa que afeta o tendão que conecta a patela (rótula) ao osso da perna (tíbia), localizado na frente do joelho. É causada por movimentos repetitivos de salto ou agachamento, além de outros fatores como desalinhamento do joelho, fraqueza muscular e falta de flexibilidade.

O tratamento é clínico, principalmente com fortalecimento e alongamento. Realinhamento do joelho, por medidas “clínicas” ou cirúrgicas podem ser indicadas.

As infiltrações extra-articular podem ser uma opção de tratamento para tendinite patelar resistente a outros tratamentos. A injeção de corticosteróides no tendão pode reduzir a inflamação e a dor, porém há histórica controversa devido ao risco enfraquecimento do tendão e aumento do risco de ruptura.

Outra opção é a injeção de plasma rico em plaquetas (PRP), que tem sido utilizada com resultados promissores em estudos recentes, mas ainda experimental e sem cobertura.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade 1 (por membro inferior)

Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remunerado em quantidade máxima de 2, por membro inferior.

SÍNDROMES DOLOROSAS DO TORNOZELO

Algumas das síndromes dolorosas do tornozelo incluem:

1. Condropatias/Artrite/Artrose: causada por lesões e/ou desgastes das superfícies articulares.
2. Síndrome do Túnel do Tarso: causada pela compressão do nervo tibial posterior no túnel do tarso, que resulta em dor e dormência na região do tornozelo.
3. Síndrome de Impacto Anterior do Tornozelo: causada pelo atrito repetitivo entre a tíbia e o tálus, resultando em dor na região anterior do tornozelo.
4. Síndrome de Haglund: causada pela irritação do tendão de Aquiles na região posterior do tornozelo, resultando em dor e inchaço.
5. Síndrome do Tendão Tibial Posterior: causada pelo enfraquecimento e degeneração do tendão tibial posterior, resultando em dor e instabilidade no tornozelo.
6. Síndrome do Canal Tarsiano: causada pela compressão do nervo plantar medial no canal tarsiano, resultando em dor e dormência na região do tornozelo.

Código	Descrição
30713137	<i>Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por membro inferior.

Podem ser indicadas para tratar a dor por causas intra-articulares. Os medicamentos utilizados incluem anestésicos locais e corticosteroides.

Código	Descrição
30713145	<i>Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por membro inferior

No tornozelo, a infiltração extra-articular pode ser indicada para a síndrome de Haglund, síndrome do tendão tibial posterior, para síndrome do canal tarsiano e síndrome do túnel do tarso, porém, nestas duas últimas síndromes, como o alvo são nervos, pode ser usado a codificação de infiltração extra-articular ou a codificação de bloqueio de nervo periférico.

São injeções de medicamentos diretamente em tecidos moles ou áreas adjacentes à articulação inflamadas. Os medicamentos utilizados são anestésicos locais e corticosteroides.

Não há sustentação, nestas síndromes, para infiltrações musculares (20103301) no tornozelo. Conforme terminologia de 30713145, inclui infiltração e agulhamento muscular, e que entra em duplicidade de contemplação com 20103301 Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo), que se for a codificação pedida, substitui 30713145, sendo remuneradas em quantidades máximas de 2, por tornozelo.

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico – bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares OU</i>
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade de 1x por membro inferior

Como acima expresso, para síndrome do canal tarsiano e síndrome do túnel do tarso, pode ser usado a codificação de infiltração extra-articular ou a codificação de bloqueio de nervo periférico.

Os bloqueios de nervo periférico não são remunerados quando ligados à uma cirurgia, seja realizado por cirurgião ou anestesista. Também não são remuneráveis como bloqueios de fins anestésicos para realização de outras infiltrações mais profundas e procedimentos com múltiplas infiltrações.

Quando se trata de necessidade de bloqueio terapêutico por trauma ou pós-operatório não imediato, quando não existe contraindicação de comprometimento motor temporário, porque coibir a dor é mais importante que a motricidade, existe a figura do penta bloqueio de tornozelo.

O pentabloqueio é rotineiramente usado nos procedimentos cirúrgicos do tornozelo/pé, mas em outras situações, muito específicas e justificadas, poderiam ser contempladas excepcionalmente, e contempla o bloqueio de ATÉ 5 nervos (Nervos fibular profundo, fibular superficial, tibial posterior, safeno e ramo cutâneo do nervo sural). Nesta situação específica, remunera-se até 5 nervos periféricos.

SÍNDROMES MIOFASCIAS

A síndrome miofascial é uma condição dolorosa causada pela tensão muscular excessiva que resulta em pontos gatilho ou nós na musculatura. Os pontos gatilho podem causar dor localizada, bem como dor referida em outras áreas do corpo. As síndromes miofasciais crânio-cervicais foram abordadas especificamente por conta da sua prevalência.

As causas da síndrome miofascial incluem lesões musculares, movimentos repetitivos, postura inadequada, estresse emocional e distúrbios do sono etc. Pode afetar qualquer músculo do corpo, porém, é mais prevalente na região cervical.

Os quadros clínicos variam em extensão e intensidade, mas podem ser eventos isolados, recorrentes ou crônicos. O tratamento de eventos agudos é principalmente medicamentoso. Para casos crônicos e refratários às medidas básicas, tais como analgésicos e relaxantes musculares, principalmente quando a síndrome está comprometendo as atividades diárias, pode-se aventar os bloqueios dos pontos gatilho, seja por agulhamento a seco ou com infiltrações (agulhamento úmido ou mesoterapia).

Outros tratamentos podem incluir fisioterapia, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular e terapia cognitivo-comportamental para lidar com o estresse e a ansiedade.

Código	Descrição
20103301	<i>Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)</i>

Para fins de remuneração, serão pagas quantidades máximas de 2x por segmento corporal, com máximo de 04 infiltrações por procedimento, independente da concomitância de síndromes dolorosas ou sítios. Se é a única codificação para o procedimento, pode-se remunerar até 06 pontos, mediante justificativa.

Excludente com o pagamento com a sessão de acupuntura.

Nas patologias musculoesqueléticas com componente miofascial, já com previsão de infiltrações extra-articulares (por exemplo, bursites e tendinites), a codificação 30713145 Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) - orientada ou não por método de imagem, já prevê a infiltração/agulhamento seco em sua terminologia, sendo mais ampla e a que deve ser remunerada, por segmento corporal.

Se agregado aos bloqueios botulínicos, são remuneráveis apenas se em músculos distintos dos infiltrados com a toxina, e a quantidade máxima, associada por procedimento, é de 4x.

Não se trata de codificação remunerável à fibromialgia, pois trigger points são totalmente diferentes de tender points.

• FIBROMIALGIA

Um diagnóstico diferencial importante para síndrome miofascial e pontos gatilho, é com a fibromialgia.

O diagnóstico diferencial entre os “triggers points” da síndrome miofascial (SMF) e dos “tender points” da fibromialgia (FMA) é possível por história, exame físico e suspeição. Os pontos-gatilho da SMF costumam ser localizados, enquanto os tender points da FMA costumam ser difusos e bem previsíveis entre os 18 pontos clássicos.

“A fibromialgia causa dores intensas nas costas, pescoço, cotovelos, abdômen, além de fadiga, mal-estar, cansaço, formigamentos, ansiedade, disfunção cognitiva e rigidez nas articulações”

A fibromialgia tem fator hereditário, mas pode ainda estar relacionado à Infecções virais, doenças autoimunes (LES), ansiedade, depressão, estresse mental e traumas físicos e emocionais.

SÍNDROME MIOFASCIAL	FIBROMIALGIA
• Dor muscular	• Dor muscular
• Relacionada a sobrecargas posturais	• Relacionada a sobrecargas posturais
• Regional e com padrão de dor referida	• Generalizada
• Pontos-gatilho (Trigger Points) - nós endurecidos em qualquer músculo, geralmente em junção miotendínea e banda muscular encurtada	• Pontos dolorosos específicos (Tender points) – 18 áreas específicas sensíveis
• Não relacionado fadiga e distúrbios do sono	• Comum fadiga e sensação de sono não reparador (80 a 90% dos casos)
• Aguda ou crônica	• Crônica
• Bom prognóstico	• Prognóstico limitado
• Abordagem terapêutica localizada	• Abordagem terapêutica ampla.

Por etiologia e fisiopatogenia, é desconexa a proposta de desativação de pontos gatilho ou infiltração muscular nas fibromialgias, logo, não há pertinência assistencial e regulatória de infiltrações e bloqueios, justamente porque não é uma doença focal.

O tratamento da fibromialgia é feito com medicamentos, massoterapia, hidroterapia, psicoterapia, alongamento e fortalecimento, condicionamento aeróbicos, técnicas de relaxamento, pompage etc.

Como exceção, para casos mais refratários, sessões de 31602177 - Bloqueio simpático por via venosa podem ser alternativa para casos mais graves.

BLOQUEIOS DE PLEXOS

Código	Descrição
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade máxima de 1 por plexo, muitas vezes excludente com outros bloqueios de nervos periféricos.

É muito incomum ser feito em mais de um plexo, inclusive bilateral, logo se pedido, precisa de relatório detalhado sobre o plano terapêutico. Não é pago por raiz que origina o plexo, e fica instituído que o bloqueio do plexo inclui o bloqueio de todos os seus nervos periféricos derivados.

No caso de dores em mais de um ponto inervados pelo mesmo plexo, não se sobrepõem a remuneração por lado.

1. Bloqueio do Plexo Lombar Via Inguinal ou 3 em 1

A técnica do bloqueio do plexo lombar pelo acesso paravascular inguinal, chamado de “bloqueio 3 em 1”, foi descrita nos anos 1970. Propunha injetar grande quantidade de anestésico e espremê-lo para cima no trajeto do femoral para acesso ao conduto fascial muscular que englobaria os nervos femoral, lateral cutâneo da coxa e obturador.

O nervo femoral era bloqueado, mas já o obturatório e cutâneo lateral da coxa nem sempre, e é por isso que esta técnica perdeu espaço para a técnica posterior.

Na técnica posterior (compartimento do psoas) consegue ser mais ampla e efetiva, e a do quadrado lombar consegue ser ainda mais extensa, inclusive sendo usada para analgesia de cirurgias abdominais e pélvicas.

2. Bloqueio do Plexo Cervical

O plexo cervical é um plexo do ramo ventral dos quatro primeiros nervos cervicais espinhais que estão localizados do segmento cervical C1 a C4. As raízes têm ramos superficiais (cutâneos), profundos (musculares) e comunicantes. Os ramos sensitivos dão origem aos nervos occipital menor e auricular maior, que suprem a pele das regiões occipitomastoidea, auricular e parotídea, ao nervo cutâneo anterior do pescoço que inerva a parte anterior do pescoço, e aos ramos supraclaviculares que inervam as regiões do ombro e peitoral superior.

Assim, a área de distribuição sensitiva do plexo cervical inclui todo o pescoço da região infraclavicular à linha submandibular, e as regiões occipital e supraescapular; lateralmente, ela faz divisa com a área inervada pelo plexo braquial.

O bloqueio do plexo cervical superficial (BPCS) é usado como analgesia pré e pós-operatória em cirurgia cérvico-faciais. O bloqueio BPCS é o bloqueio nervoso mais fácil e mais comum devido à sua aplicabilidade bilateral. Como técnica anestésica e analgesia pós-operatória, segue a regra geral de inclusão no procedimento e porte anestésico.

3. Bloqueio do Plexo Braquial

O bloqueio do plexo braquial é uma anestesia locoregional comum em procedimentos ortopédicos, cruentos ou não, sobre o membro superior.

Seguindo regra geral, os bloqueios anestésicos e analgésicos ligados a procedimentos cirúrgicos são remunerados pelos portes anestésicos dos procedimentos cirúrgicos.

Mas várias técnicas de bloqueio de plexo braquial podem ser relacionadas a terapia da dor, tendo finalidade diagnóstica ou terapêutica, independente de procedimentos cirúrgicos.

O plexo braquial é formado pelas divisões anteriores das raízes C5, C6, C7, C8 e T1, mas recebe contribuições ainda de C4 e T2. Para quem não se lembra, temos raiz C8. A primeira raiz cervical sai acima da vértebra C1. A segunda raiz cervical sai no segmento C1-C2, e as raízes restantes saem justo abaixo da vértebra correspondente. A raiz nervosa C8 sai entre as vértebras C7 e T1, e a contagem daí para baixo continua normal. É por isso que temos apenas 7 vértebras e 8 raízes.

Essas raízes se agrupam e forma os troncos: superior (C5 e C6), médio (C7) e inferior (C8 e T1).

As raízes de C5 e C6 são responsáveis pelos movimentos do ombro e flexão do cotovelo, a raiz de C7 é responsável pelo comando do grupo muscular extensor do cotovelo, punho e extrínseco do polegar e dedos; e as raízes C8 e T1 conferem a inervação motora de boa parte do grupo flexor extrínseco e musculatura intrínseca; sendo então, os responsáveis pela maior parte da motricidade e capacidade apreensora da mão.

O plexo braquial é misto (sensitivo e motor), e como nosso foco é tratamento de dor, nos interessa aqui a área sensitiva. Os cinco nervos principais que emergem do plexo braquial para o membro superior são o circunflexo, radial, músculo-cutâneo, cubital e mediano.

- NERVO CIRCUNFLEXO: inerva o deltoide e os músculos pequeno redondo, dá também inervação sensorial à articulação do ombro e a parte da pele que reveste o ombro.

- NERVO RADIAL: inerva todos os músculos extensores do membro superior, o longo e curto supinadores e ainda parte do braquial anterior. A sua distribuição sensitiva cutânea é para a porção posterior do membro superior, incluindo a superfície posterior da mão.

- NERVO MÚSCULO-CUTÂNEO: dá inervação motora aos músculos anteriores do braço, dá ainda inervação sensitiva cutânea á parte do antebraço.

- NERVO CUBITAL: inerva dois músculos do antebraço e, a maior parte dos músculos intrínsecos da mão, excetos alguns associados ao polegar. A sua distribuição sensitiva corresponde à porção interna da mão.

- NERVO MEDIANO: inerva todos os músculos flexores do antebraço exceto um, e a maior parte dos músculos da região da base do polegar, conhecida como região tenar. A sua distribuição sensitiva cutânea corresponde à porção externa da palma da mão.

Além disso, os nervos do plexo braquial dão inervação cutânea às regiões internas do braço e antebraço.

Há técnicas supraclaviculares, posterior, interescalênico, infraclavicular, axilar. Para fins regulatório, existe codificação única e completa, quando executado para fins analgésicos não ligados diretamente a ato cirúrgico.

No plexo pode ser aplicado anestésicos, morfina, corticoide entre outras substâncias para fins analgésicos. Pela complexidade estrutural, gera também efeitos sobre o sistema autonômico, mas é um bloqueio somático, assim não se agrega codificação de SNA por efeito secundário. Conforme a técnica e infusão, tem pouco ou menor comprometimento motor.

4. Bloqueio do Plexo Sacrococcígeo

O plexo sacral é responsável pela inervação dos glúteos, do períneo e dos membros inferiores. É formado por raízes de L4, L5, S1, S2, S3 e S4. Tem papel principalmente motor, mas tem componente sensitivo da pele ao redor do cóccix.

Eventuais técnicas terapêuticas de bloqueio analgésico deste plexo são muito incomuns, já que é principalmente motor.

Os nervos que se originam do plexo sacrococcígeo são:

- Nervo glúteo superior: origina-se dos ramos anteriores de L4, L5 e S1. Atravessa o forame isquiático maior, alcançando a região glútea, acima do músculo piriforme. Inerva os músculos: glúteos médio, mínimo e tensor da fáscia lata.

- Nervo glúteo inferior: origina-se dos ramos anteriores de L5, S1 e S2. Atravessa o forame isquiático maior, alcançando a região glútea, abaixo do músculo piriforme. Inerva o músculo glúteo máximo.

- Nervo cutâneo femoral posterior: origina-se dos ramos anteriores de S2 e S3 e supre a pele da face posterior da coxa.

- Nervo pudendo: origina-se dos ramos anteriores de S2, S3 e S4. Atravessa o forame isquiático maior, alcançando a região glútea, abaixo do músculo piriforme. Continua seu trajeto descendente e atravessa o forame isquiático menor, alcançando a região do períneo. Inerva os músculos do períneo.

- Nervo isquiático: origina-se dos ramos anteriores de L4, L5, S1, S2 e S3. Atravessa o forame isquiático maior, alcançando a região glútea, abaixo do músculo piriforme. É composto por duas divisões, a fibular e a tibial. Inerva os músculos posteriores da coxa: bíceps femoral, semitendíneo, semimembranáceo e a parte extensora do adutor magno. Na fossa poplíteia o nervo isquiático se divide em nervos: tibial e fibular comum.

- Nervo fibular comum: tem um curto trajeto, após contornar a cabeça da fíbula se divide em nervos: fibular superficial e fibular profundo. O nervo fibular superficial está localizado na parte lateral da perna e supre os músculos fibulares: longo e curto. O nervo fibular profundo desce pela perna na região anterior. Supre os músculos: extensor longo dos dedos, extensor longo do hálux, tibial anterior, extensor curto dos dedos, extensor curto do hálux e fibular terceiro.

- Nervo tibial: desce na região profunda e posterior da perna. Supre os músculos: gastrocnêmio, sóleo, flexor longo dos dedos, flexor longo do hálux, tibial posterior, poplíteo e plantar. Após passar posteriormente ao maléolo medial, o nervo tibial se divide em nervos plantares medial e lateral. O nervo plantar medial inerva os músculos: abductor do hálux e flexor curto do hálux. O nervo plantar lateral inerva os músculos: flexor curto dos dedos, flexor curto do dedo mínimo, abductor do dedo mínimo, quadrado plantar, adutor do hálux, interósseos plantares, dorsais e lumbricais.

- Nervo sural: formado na fossa poplíteia por prolongamento dos nervos tibial e fibular comum. O nervo sural inerva a pele da face posterior da perna e lateral do pé.

BLOQUEIOS COMPARTIMENTAIS

Código	Descrição
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade máxima de 1x por compartimento (1 por lado).

Não existem codificações para bloqueios compartimentais, mas por equivalência, cabe uso de códigos de bloqueio de plexo. Os bloqueios compartimentais são uma classe mais recente de procedimentos, e são bloqueios locorregionais, que estariam entre os bloqueios de plexo e os de nervo periférico, e para fins regulatórios e semelhança terapêutica, vamos considerá-los, para fins de remuneração, como sendo bloqueios de plexo.

Geralmente um músculo com conjunto de músculos dentro de um compartimento são o alvo, e geram o bloqueio de várias raízes nervosas simultaneamente, muito útil na analgesia pós-operatória, e frequentemente, nos procedimentos específicos de tratamento de dor.

Um bloqueio de plexo pode ser amplo ou mais seletivo, sem deixar de ser um bloqueio do plexo, porém, reforça-se a regra de pagamento que se remunerado plexo (ou compartimento), incluem-se todos os nervos periféricos daquele plexo ou raízes envolvidas, na mesma região/segmento corporal.

1. Bloqueio Paravertebral Torácico

O bloqueio paravertebral é considerado um bloqueio compartimental e após a identificação do espaço paravertebral é depositada a solução de anestésico local que por dispersão banha os ramos ventrais e dorsais das raízes de torácicas assim como a cadeia simpática torácica.

Tal como o TAP (vide abaixo) e as versões de bloqueio do quadrado lombar (QL) ou do compartimento do músculo psoas, são técnicas COMPARTIMENTAIS, originalmente de anestesia, em que se bloqueia uma região às vezes bem extensa.

Esse bloqueio pode ser diagnóstico para dores torácicas e tóraco-abdominais, bem como casos atípicos de parede torácica, que poderia ser confundido com coluna.

Como procedimento terapêutico é efetivo e seguro, inclusive existindo a possibilidade de exceção de uso de neurolíticos para casos reservados, já que pode ter comprometimento motor.

O bloqueio paravertebral torácico com anestésico local pode ser utilizado para alívio de dor aguda emergente inclusive a produzida por fratura por compressão vertebral torácica, herpes zoster agudo e dor oncológica enquanto se aguarda que os métodos farmacológicos e cirúrgicos produzam seus efeitos.

Anestésico local e esteroide podem ajudar na dor arrastada pós-toracotomia, fraturas de costelas posteriores e neuralgias pós-herpéticas.

2. Bloqueio do Plano Transverso Abdominal (TAP)

Transversus Abdominis Plan Block (TAP Block) é uma técnica de bloqueio anestésico compartimental do século XXI. O bloqueio do plano transverso abdominal (TAP) começou como técnica multimodal de analgesia pós-operatória em cirurgias abdominais inferior, sendo descrita pela primeira vez por Rafi em 2001 e envolve o bloqueio dos nervos intercostais T7-L1, subcostal, ilioinguinal e ílio-hipogástrico, que fornecem inervação sensorial para a parede abdominal anterior.

A técnica envolve a introdução de agente analgésico na parede abdominal lateral e entre os músculos oblíquo interno e transverso abdominal (denominada TAP) originalmente criada para cirurgias

abdominais ou seu complemento analgésico. Inclusive encontra-se na literatura a descrição de técnica de bloqueio contínuo por catéter localmente implantado.

Como técnica de anestesia ou analgesia relacionada a procedimento cirúrgico, segue a regra geral. Como técnica de analgesia não relacionada a evento cirúrgico pode acontecer, mas seria raro, mas paciente com neuralgias ou complicações de traumas e procedimentos cirúrgicos, podem se beneficiar desta técnica.

O bloqueio do quadrado lombar é uma variante técnica do bloqueio do plano transversal abdominal (TAP).

3. Bloqueios Compartimentais Lombares (do Psoas e Quadrado Lombar)

O plexo lombar é formado a partir dos ramos ventrais de L1-L3, com uma grande contribuição a partir do nível de L4. A raiz do nervo de L1 recebe um pequeno ramo de T12 em alguns pacientes e subsequentemente divide-se nos ramos superior e inferior.

O bloqueio do compartimento do psoas, é uma técnica anestésica/analgésica locoregional compartimental. É a técnica chamada de posterior desde a década de 1970, em contraposição da técnica via inguinal, chamada de 3 em 1, que é uma técnica de bloqueio de plexo clássica.

O bloqueio do plexo lombar permite anestésiar os nervos: femoral, obturatório e cutâneo lateral da coxa, e muitos frequentemente ainda ílioinguinal, ílio-hipogástrico e genitofemoral, e ainda podendo bloquear as raízes sacrais

O bloqueio do quadrado lombar é uma outra técnica anestésica/analgésica locoregional compartimental que bloqueia os ramos nervosos de T6-L3. O bloqueio do quadrado lombar é uma variante técnica do bloqueio do plano transversal abdominal (TAP).

OUTROS BLOQUEIOS

1. Bloqueio de Intercostais

Código	Descrição
31403026	<i>Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos OU</i>
31602118	<i>Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares OU</i>
31602339	<i>Bloqueio anestésico de plexos nervosos (lombossacro, braquial, cervical)</i>

Para fins de remuneração, será paga em quantidade de 1x por espaço intercostal ou algum bloqueio de plexo/compartimental (1 por lado) ou bloqueio compartimental torácico (por lado).

Diferente de anestesia para procedimentos ou analgesia ao final de procedimentos em que existem regras de remuneração, existem situações em que o bloqueio intercostal pode ser necessário como terapia. Destacamos aqui, por exemplo, traumas/fraturas de costela e no acometimento de nervos intercostais por herpes zoster.

A neuralgia pós-herpética pode ser inclusive indicação de denervação.

BLOQUEIOS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

O sistema nervoso é dividido em duas partes principais: o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP). O sistema nervoso central é composto pelo encéfalo e pela medula espinhal, que são responsáveis pelo processamento e controle de informações sensoriais e motoras. O sistema nervoso periférico é composto pelos nervos que se estendem a partir do SNC para os múscu-

los, órgãos e tecidos do corpo. Ele é dividido em duas partes principais: o sistema nervoso somático e o sistema nervoso autônomo.

O sistema nervoso somático é responsável pelo controle consciente dos músculos esqueléticos, que são responsáveis pelos movimentos corporais e pela percepção sensorial.

O sistema nervoso autônomo é responsável pelo controle involuntário de órgãos internos (visceral), glândulas e vasos sanguíneos. O SNA é dividido em dois ramos principais: o sistema nervoso simpático e o sistema nervoso parassimpático. O sistema nervoso simpático prepara o corpo para a ação, aumentando a frequência cardíaca, dilatando as pupilas e mobilizando a energia. O sistema nervoso parassimpático tem um efeito oposto, desacelerando a frequência cardíaca, contraindo as pupilas e promovendo a digestão e a eliminação de resíduos.

Anatomicamente, o sistema nervoso simpático, está presente em todo o corpo, e pode gerar manifestações diante da dor, isto é, arrepios, sudorese, vasodilatação, vasoconstrição diante de síndromes dolorosas, no corpo inteiro, e quando se faz infiltrações terapêuticas (intra-articulares, extra-articulares e bloqueios de nervos periféricos), invariavelmente, alguma medicação acaba por alcançar fibras do sistema nervoso autônomo, e por isso é comum ser pleiteado agregar codificações de bloqueios do sistema nervoso autônomo.

Mas para fins de remuneração de codificações de bloqueio do sistema nervoso autônomo, considera-se apenas os procedimentos que têm como alvo especificamente estruturas do sistema nervoso autônomo, conforme indicação terapêutica específica.

As codificações que envolvem bloqueios do sistema nervoso autônomo são:

Código	Descrição
31405010	<i>Bloqueio do sistema nervoso autônomo</i>
31602061	<i>Bloqueio anestésico de simpático lombar</i>
31602070	<i>Bloqueio anestésico simpático</i>
31602142	<i>Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</i>
31602177	<i>Bloqueio simpático por via venosa</i>
31602096	<i>Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local</i>
31602100	<i>Bloqueio de gânglio estrelado com neurolítico</i>

Para fins de remuneração, consideram-se todas estas codificações mutuamente excludentes (com uma exceção abaixo elencada), sendo que podem ser bilaterais, se houver pertinência (o que pode ser raro) e embasamento. Por exemplo, o gânglio ímpar e o bloqueio do plexo celíaco não têm lateralidade.

O sistema simpático tem gânglios cérvico-torácicos e uma dupla cadeia de gânglios paravertebrais (diferente de gânglios da raiz dorsal - DRG).

Os gânglios simpáticos, em relação aos segmentos da coluna vertebral, são:

- Gânglio cervical superior (músculos da pupila, glândulas lacrimais e salivares)
- Gânglios cervical médio (tireoide) - inconstante
- Gânglio cérvico-torácico ou estrelado - o gânglio cervical inferior é fundido com o primeiro torácico formando o gânglio estrelado, que se relaciona com pulmão e coração, mas que simpaticamente faz a mediação de estímulos que vêm do membro superior, algo que vai ser muito importante para os bloqueios.
- Torácicos - de D2 a D4

- Celíacos - de T5 até L3, originam-se os chamados nervos que vão para todas as vísceras abdominais e pélvicas. Os dois maiores conjuntos de nervos são os esplâncnicos maior e menor (fígado, estômago, peritônio, baço, delgado, cólon, ureter, bexiga, órgãos genitais e vasos). Os principais gânglios nessa região seriam os gânglios pré-vertebrais: celíaco, aórticos-renais, mesentéricos (ou hipogástrico) superior e inferior.

- Sacrais - três a cinco gânglios

- Coccígea apenas um gânglio (gânglio ímpar), no qual terminam as duas cadeias simpáticas.

1. Bloqueio do Gânglios Cervicais Superiores e Médios

Dado as estruturas que recebem aferentes e que são inervadas, não há terapêutica que pudesse ser relacionada com um bloqueio simpáticos desses gânglios (superior e médio), lembrando que o médio é uma estrutura inconstante. Se realizado, as codificações seriam as genéricas de SNA.

Entretanto, temo o bloqueio diagnóstico e terapêutico dos gânglios esfenopalatino. O gânglio esfenopalatino não é um gânglio simpático cervical. O gânglio estefopalatino ou pterigopalatino ou Gânglio de Meckel é um conjunto de corpos celulares de neurônios localizados no sistema nervoso periférico (SNP) encontrado na fossa pterigopalatina (entre a maxila e o osso esfenóide). Ele recebe fibras PARASSIMPÁTICAS pré-ganglionares provenientes DO NERVO FACIAL (núcleo lacrimal na ponte) através do nervo petroso maior, juntamente com o nervo petroso profundo. Por sua vez, o nervo petroso profundo traz as fibras SIMPÁTICAS dos gânglios cervicais (forma plexo nervoso carotídeo) que formam o nervo do canal pterigoideo.

O gânglio esfenopalatino é o maior gânglio parassimpático. Localiza-se na fossa pterigopalatina, próximo ao forame esfenopalatino. O gânglio esfenopalatino supre as glândulas lacrimais, seios paranasais, glândulas mucosas da cavidade nasal e faringe, a gengiva e a membrana mucosa e glândulas do palato duro. Ele comunica-se, anteriormente, com o nervo nasopalatino.

Percebe-se que é uma estrutura em parte somática e em parte autonômica, e nesse, parte parassimpática e parte simpática. O bloqueio do gânglio esfenopalatino é uma terapia usada para cefaleias pós-raquí, neuralgias trigeminais típicas e atípicas, migrânea e cefaleias paroxísticas. Existe até estimuladores elétricos de gânglios esfenopalatinos.

Para fins de remuneração, a codificação mais cabível seria:

Código	Descrição
31405010	<i>Bloqueio do sistema nervoso autônomo</i>

Para fins de remuneração, serão pagas até quantidade 2 (pela lateralidade).

2. Bloqueios do Gânglio Estrelado

O bloqueio do gânglio estrelado é ato compartilhado por várias especialidades. Mesmo podendo ser alvo em alguns casos de dor trigeminal, não confundir com o bloqueio neurolítico do gânglio de Gasser.

Pode ser terapêutico em algumas arritmias relacionadas às cirurgias cardíacas e pulmonares (porque é ele que emite a inervação autônoma para coração, brônquios e pulmões), e também pode ser indicado para neuralgias complexas do trigêmeo e já foi usado para paralisias do nervo facial não traumática com mais de 3 meses (vasodilatação); mas, na prática, é muito mais usado na Distrofia Simpática Reflexa (DSR), Dor Simpática Mantida, Síndrome de Dor Regional Complexa e Neuralgia da Herpes Zoster envolvendo um braço ou a cabeça e o rosto.

O bloqueio do gânglio estrelado é, geralmente, unilateral, e o seu sucesso técnico causa a síndrome de Claude-Bernard-Horner, com desabamento de um lado da face, indicativo de que o bloqueio teve sucesso.

Excepcionalmente, o bloqueio do gânglio estrelado pode ser feito justamente com o bloqueio simpático torácico, quando a dor complexa é no membro superiores, visto que deste segmento também há fibras que inervam os membros superiores.

O bloqueio do gânglio estrelado (BGE) é um procedimento diagnóstico e terapêutico utilizado para a dor neuropática simpaticamente mantida do membro superior e face, ou em outras palavras, síndromes de dores regionais complexas (SDRC), principalmente do tipo I.

Código	Descrição
31602096	<i>Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local OU</i>
31602100	<i>Bloqueio de gânglio estrelado com neurolítico</i>

Para fins de remuneração, será paga a quantidade máxima de 1x. Se for bilateral, necessário relatório médico detalhado.

O bloqueio com anestésicos, corticoides, clonidina, ziconotida e outros são remunerados por 31602096, sendo que poderia ser repetida de tempos em tempos.

O uso da codificação de bloqueio neurolítico (com substâncias verdadeiramente neurolíticas) vai ser rara, e ligada a situações graves; gerando uma síndrome de Horner prolongada e com riscos de volta com mais dor.

3. Bloqueio do Gânglios Torácicos

O bloqueio da cadeia simpática torácica pode ser benéfico para alguns casos de SDRC de membro superior, muitas vezes agregado aos bloqueios de gânglio estrelado.

É às vezes chamado de bloqueio interpleural.

O bloqueio anestésico da cadeia simpática torácica teria outra indicação diagnóstica/prognóstica, que seria aquela relacionada a hiperidrose, mas dificilmente é feita na prática, pois já se faz a neurectomia/denervação. Não há cobertura para denervação por radiofrequência (não contemplado pela DUT 62), e a denervação cirúrgica (clipagem ou secção) é a forma mais comum de intervenção.

Código	Descrição
31405010	<i>Bloqueio do sistema nervoso autônomo OU</i>
31602070	<i>Bloqueio anestésico simpático</i>

Para fins de remuneração de bloqueios ANESTÉSICOS, serão pagas a quantidade máxima de 2x (pela lateralidade).

Código	Descrição
31602142	<i>Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</i>

Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo NEUROLÍTICO, serão pagas a quantidade máxima de 2x (pela lateralidade)

4. Bloqueios Viscerais

Os nervos esplâncnicos maiores e menores, e o imo (grafia correta) convergem para os gânglios celíacos, e o gânglio mesentérico superior sendo uma “subestação” do gânglio celíaco. Esses nervos que saem de T5 a T10, na verdade, são projeções dos neurônios pré-ganglionares simpáticos que atravessam o tronco simpático para alcançar os gânglios pré-vertebrais.

Mais abaixo, temos T12 que geralmente envia o nervo para o gânglio aórtico-renal. Segue L1 e L2 enviando ramos diretos para órgãos reprodutores e bexiga e ramos para o gânglio mesentérico infe-

rior. Finalmente temos os plexos sacrais, de S2 a S4 enviando ramos simpáticos para cólon, bexiga e órgãos reprodutores.

Os bloqueios viscerais são usados na prática principalmente para dores de natureza oncológica.

Lembrando que apenas o gânglio estrelado e o plexo celíaco têm uma codificação específica. Todos os outros bloqueios autonômicos viscerais estão cobertos por codificações listadas abaixo.

Invariavelmente são em quantidade 1x (porque não são feitos bilateralmente, e obviamente não são remunerados por nível de raiz que origina as fibras).

É formado pelas fibras pré-ganglionares de T5 a T12, e o bloqueio na verdade é nas proximidades do gânglio celíaco. Existem várias técnicas para acesso. É basicamente realizado ao nível do corpo vertebral de T12-L1 para dores viscerais abdominais, sem bilateralidade. Bloquear apenas os nervos esplâncnicos bilateralmente mais rostralmente é outra técnica, menos comum de ser indicada.

Como bloqueio diagnóstico/prognóstico ajuda na diferenciação de dores em flanco, no abdome superior ou originária do retroperitônio mediadas pelo sistema nervoso simpático e avaliação de uma futura neurólise do celíaco.

Como bloqueio anestésico terapêutico, serve para tratamento de dor de pancreatite crônica e dor decorrente da embolização de tumores de fígado, mas essa indicação é bem mais rara, ou apenas como uma fase de teste para no mesmo ato se proceder aos bloqueios neurolíticos.

Como bloqueio neurolítico, pode ser indicado para tratar dor oncológica de neoplasias do retroperitônio e abdome superior tais como pâncreas, vias biliares, fígado e estômago.

O bloqueio do Plexo Hipogástrico (Superior) é um procedimento feito ao nível do corpo vertebral de L5 e S1, sempre sem lateralidade, e se destina a cobrir dores viscerais pélvicas crônicas, oncológicas ou não.

Entre as situações citam-se neoplasias de ovário, útero, reto, vulva, testículo, próstata e dores crônicas e incapacidades não-oncológicas, tais como endometriose, aderências, algia pélvica crônica sem causa definida, doença inflamatória intestinal e cistites intersticiais.

O bloqueio do Gânglio Ímpar já foi citado em item específico, também chamado de bloqueio de Walther.

Código	Descrição
31405010	<i>Bloqueio do sistema nervoso autônomo</i>
31602070	<i>Bloqueio anestésico simpático</i>

Para fins de remuneração de bloqueios ANESTÉSICOS, será paga quantidade máxima de 1x.

Código	Descrição
31602142	<i>Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</i>

Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo NEUROLÍTICO, será paga a quantidade máxima de 1x.

Os bloqueios neurolíticos com substâncias neurolíticas, de plexo celíaco ou hipogástrico superior, para fins de tratamento de dor oncológica, quando realizada sem outras codificações, tem adicional de 100%, somente nesta situação descrita.

5. Bloqueio Simpático Lombar

É um procedimento feito ao nível do corpo vertebral de L3, dificilmente com lateralidade, e se destina principalmente para:

- Distrofia Simpática Reflexa (DSR) ou Síndrome da Dor Regional Complexa (SDRC);
- Dor Mantida Simpática (simpaticamente mantida);
- Doença Vascular Periférica (DAOP);
- Dor urogênica, algumas dores pélvicas crônicas, inclusive câncer;
- Algumas neuralgias herpéticas;
- Algumas Neuropatia periféricas, inclusive diabética e Dor fantasma;

Os bloqueios compartimentais de região lombar (quadrado e psoas) geram graus variados de bloqueio simpático, mas se justificado, podem ser agregados ao bloqueio simpático lombar.

Código	Descrição
31602061	<i>Bloqueio anestésico de simpático lombar</i>

Para fins de remuneração de bloqueios ANESTÉSICOS, serão pagas quantidades máximas de 2x (pela lateralidade)

Código	Descrição
31602142	<i>Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico</i>

Para fins de remuneração de bloqueio percutâneo NEUROLÍTICO, serão pagas quantidades máximas de 2x (pela lateralidade)

6. Bloqueio Simpático por Via Endovenosa

O bloqueio simpático por via endovenosa é justamente “anestésiar” as terminações visceromotoras que existem nos vasos. A infusão muito lenta e cuidadosa de anestésico endovenoso induz um bloqueio simpático generalizado. Geralmente é feito em associação com outras drogas de efeito duradouro.

Se há justificativa técnica detalhada, pode ser procedimento dentro de um plano terapêutico para fibromialgia.

Pode ter fim diagnóstico, prognóstico ou terapêutico, este último, na forma de sessões.

A bomba de infusão usada são as convencionais, mas poderiam ser usadas equipos de microgota.

Não se trata de uma bomba PCA que justifique o uso associado e por aproximação das codificações 31602037 Anestesia geral ou condutiva para realização de bloqueio neurolítico e/ou 31602207 Instalação de bomba de infusão para analgesia em dor aguda ou crônica, por qualquer via.

Código	Descrição
31602177	<i>Bloqueio simpático por via venosa</i>

Para fins de remuneração, será pago apenas quando realizado isoladamente, como sessão terapêutica.

IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO

Observação: sugerimos às auditorias que pesquisem sempre tipo de lesão/dor e as evidências da tecnologia proposta para aquele tipo de dor em específico. Muitas tecnologias são eficientes para algu-

mas situações, mas muito ruins ou nem estudadas para outras. As instruções de uso dos materiais não substituem essa análise.

Não consta da DUT o tratamento de dor crônica refratária à outras medidas, por meio de implante de eletrodos de estimulação cerebral profunda.

Trata-se de uma terapia nova que seria indicada para dores neuropáticas centrais, mas isso ainda não foi contemplado pela DUT, por uma série de limitações clínicas e de evidências, mas citamos aqui para reforçar a exclusão do escopo contratual. DBS para cefaleias ou lesões medulares são indicações ainda muito incipientes, altamente limitadas e conflituosas, também não cobertas pela DUT.

Citamos aqui de forma ostensiva, para não haver confusão com outras terapias, não relacionadas à dor.

Código	Descrição
31401090	<i>Implante de eletrodo cerebral profundo (com diretriz definida pela ANS - nº 38)</i>

38. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de doença de Parkinson idiopática, quando haja relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. diagnóstico firmado há pelo menos 5 anos;
 - b. resposta à levodopa em algum momento da evolução da doença;
 - c. refratariedade atual ao tratamento clínico (conservador);
 - d. existência de função motora preservada ou residual no segmento superior;
 - e. ausência de comorbidade com outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária (não causada pela doença de Parkinson).
2. Pacientes com tremor essencial, não parkinsoniano, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. o tremor seja intenso e incapacitante, causando desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias;
 - b. tenha havido tratamento conservador prévio por no mínimo dois anos;
 - c. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
 - d. exista função motora preservada ou residual no segmento superior.
3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento medicamentoso.
4. Pacientes com epilepsia quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. haja refratariedade ao tratamento medicamentoso;
 - b. não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso;
 - c. o paciente já tenha sido submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso.

IMPLANTE DE ELETRODO MEDULAR

Observação: sugerimos às auditorias que pesquisem sempre tipo de lesão/dor e as evidências da tecnologia proposta para aquele tipo de dor em específico. Muitas tecnologias são eficientes para algumas situações, mas muito ruins ou nem estudadas para outras. As instruções de uso dos materiais não substituem essa análise.

37. IMPLANTE DE ELETRODO E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR

1. Cobertura obrigatória para pacientes adultos com síndrome de dor crônica de origem neuropática quando haja relatório médico e fisioterápico atestando ausência de melhora da dor, ou redução inferior a 50% no escore VAS, com tratamento medicamentoso e fisioterápico realizado continuamente por um mínimo de 6 meses.

A estimulação medular para dor crônica é a terapia com maior número de estudos científicos positivos. Sua eficácia é bem estudada nas dores crônicas refratárias relacionadas a síndrome pós laminectomia (FBSS), síndromes simpático-reflexas, dor complexa regional, dor de amputação (membro fantasma) e etc.

Refere-se ao implante de 1 ou 2 eletrodos (por punção) ou placas (cirúrgica após laminectomia), geralmente em região cervical ou torácica, em espaço peridural. Como nem todo tipo de dor e caso se beneficia deste tipo de terapia, exige-se uma fase de teste,

Na atualidade, a quase totalidade dos procedimentos é feito por punção percutânea com agulha curva, e passagem de dois eletrodos. Se paciente acordado, este pode informar durante o procedimento o benefício da estimulação no controle da dor durante o procedimento, confirmando a boa localização dos eletrodos.

O eletrodo é conectado à um intermediário, e este intermediário é ligado à um cabo externo e gerador externo provisórios. É de boa técnica que o paciente fique pelo menos 1 ou 2 dias experimentando a terapia a fim de conformar que a estimulação realmente diminuiu bastante ou totalmente a dor que experimentava, para ser considerado como teste positivo. Essa observação pode ser feita internado (1 ou 2 dias), ou, pacientes seletos, podem ter alta com gerador externo, e reoperação em menos de 7 dias.

Se teste positivo, paciente vai para segunda fase, que é a retirada do gerador e cabos externos, e colocação do gerador interno na região lombar. Se teste negativo, retira-se gerador, cabos e eletrodos.

Fica determinado que se remunera a codificação 31401104 em ambas as fases cirúrgicas (entendimento do CNHM).

Não vemos justificativa e eficiência em condutas que retiram os eletrodos de alto custo após fase de teste, para recolocar outros eletrodos em fase definitiva. O procedimento deve ser pedido em duas guias de forma simultânea, analisadas simultaneamente, e se o teste for negativo, a segunda guia é desconsiderada.

Não há justificativa para monitorização intraoperatória para locação de eletrodos, seja cirúrgicos ou percutâneos. O número de polos dos eletrodos (seu tamanho) e a escolha da altura dos eletrodos são baseados na sintomatologia do paciente e mapas já muito bem definidos na literatura, e a locação é por radioscopia.

<i>Posição Anatômica (Região a ser tratada)</i>
<i>C2 (Face e região abaixo do maxilar)</i>
<i>C2 a C4 (Pescoço, ombro até a mão)</i>
<i>C4 a C7 (Antebraço até a mão)</i>
<i>C7 a T1 (Região anterior do ombro)</i>
<i>T1 a T2 (Parede do tórax)</i>
<i>T5 a T6 (Abdome)</i>
<i>T7 a T9 (Região posterior da coxa)</i>
<i>T10 a T12 (Pernas)</i>
<i>L1 (Pelve)</i>
<i>T12 a L1 (Pés)</i>
<i>L5 a S1 (Pés e extremidades)</i>
<i>S2 a S4 (Pelve e reto)</i>
<i>Hiato sacral (Cóccix)</i>

Existem pelo menos 3 marcas com mais de um modelo cada no mercado. Há alternativas recarregáveis e não recarregáveis. Cabe a auditoria cobrar do fornecedor e do assistente detalhes dos itens que realmente estão sendo cotados e que serão implantados. Existem eletrodos que variam muito quanto ao número de polos e a seu custo.

Para fins de remuneração, contempla-se a codificação 31401104 1x por procedimento, para cada fase, seja cirúrgico ou percutâneo.

Código	Descrição
<i>Para fase de teste</i>	
<i>31401104</i>	<i>Implante de eletrodos cerebral ou medular (com diretriz definida pela ANS - nº 37)</i>
<i>Para implante do gerador interno</i>	
<i>31401104</i>	<i>Implante de eletrodos cerebral ou medular (com diretriz definida pela ANS - nº 37)</i>

Obs.: Se a colocação for cirúrgica, com laminectomia, esta é inclusa por ser via de acesso.

Para ambas as fases, há regramentos vigentes para remuneração de radioscopia e honorários de monitorização intraoperatória, inclusive 40103439, para equipe cirúrgica. Não se remunera de forma associada bloqueios de nervos periféricos, bloqueios de sistema nervoso autônomo, bloqueios de plexo e bloqueio epidurais (inclusive 31602223).

A implantação em fase única, com risco de insucesso, e riscos de inutilizar geradores de mais de 80 mil reais, é uma decisão de gestores da operadora, pelo risco envolvido.

Uma variante mais recente deste procedimento, que ao detalhe da terminologia é algo diferente, é o implante de estimulação dos gânglios dorsais posteriores (DRG), em que eletrodos específicos, que são colocados nos gânglios das raízes dorsais, em um ou mais níveis, bilaterais ou não, visando a estimulação destas estruturas sensitivas. Respeitando a anatomia, o gânglio da raiz dorsal, apesar de ser uma raiz, está fora da medula, então, à rigor, é nervo periférico.

Trata-se de uma terapia muito nova, com evidências em poucas situações ainda, o que justifica uma pesquisa científica atualizada toda vez que aparecer este tipo de proposta. Para aplicação desta tecnologia, existe uma contraindicação, que é o uso prévio de eletrodos medulares, pois estes naturalmente geram fibroses epidurais que impedem o acesso dos eletrodos de DRG aos seus sítios.

Existem muitas dores neuropáticas que não foram estudadas e outras que não mostraram efetividade desta terapia como método terapêutico na revisão feita quando escrito esse protocolo.

O número de níveis que serão alvo de eletrodos, e se bilateral ou não, vai depender do caso, devendo o médico esclarecer e justificar com base em literatura, cabendo à auditoria, conferir ou contrapor em Junta Médica.

Da mesma forma que para os implantes dos eletrodos medulares, também incide fase de teste e fase final, e para fins de remuneração, contempla-se a codificação 31401104 2xx por procedimento, para cada fase, independentemente do número de raízes dorsais submetidas à modulação.

Código	Descrição
<i>Para fase de teste</i>	
31403140	<i>Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS - nº 39)</i>
<i>Para implante do gerador interno</i>	
31403140	<i>Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS - nº 39)</i>

39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

Cobertura obrigatória para:

3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;
 - b. não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiátrico, realizados por no mínimo 6 meses;
 - c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

IMPLANTE DE BOMBA INTRATECAL

Um catéter é posicionado no espaço intradural, e uma bomba implantada na região do abdome ou nádegas libera morfina e/ou baclofeno em doses 300 vezes menores que a dose endovenosa, com mesma efetividade.

Trata-se de um procedimento cirúrgico bastante simples, em que a “fase de teste” é apenas um bloqueio subaracnoideo ou peridural com a mesma medicação, geralmente já feitas em momentos anteriores com intuito terapêutico temporário.

O implante do catéter e bomba é de fase única, podendo ser feito apenas com sedação leve e anestesia local.

A recarga com refil é feita pela punção de pele sobre área de reservatório, com cuidados e antisepsia, da mesma maneira que cateteres totalmente implantados, não se justificando agulha de Huber, podendo ser feito até em ambiente de consultório, conforme contratualização. A única codificação para isso é 31403301 Reposição de fármaco(s) em bombas implantadas, não cabendo agregar outras codificações, inclusive a de revisão de bomba.

Código	Descrição
31401120	<i>Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos (com diretriz definida pela ANS - nº 45)</i>

Para fins de remuneração, cabe 31401120 1x, sem nenhuma outra codificação associada, inclusive mielografia ou reposição de droga na bomba. A bomba originalmente vem vazia, então sempre será cobrado um refil também na primeira colocação.

45. IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)

Cobertura obrigatória para:

1. Pacientes portadores de dor crônica, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;
 - b. não houve resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiátricos, realizados por no mínimo 6 meses*;
 - c. houve melhora com o uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica em tratamento prévio;
 - d. existe intolerância intensa aos opioides orais;
 - e. verifica-se melhora com a infusão de opioides no compartimento epidural raquidiano realizada durante pelo menos 3 dias;
 - f. o paciente não esteja imunocomprometido.

*exceto portadores de neoplasias malignas.
2. Pacientes portadores de espasticidade quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. a espasticidade seja intensa, afetando, no mínimo, dois membros;
 - b. presença de sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico;
 - c. tenha havido resposta satisfatória à aplicação intratecal de baclofeno.

No caso de defeitos, que exijam cirurgia para manutenção, retirada ou troca de algum componente do sistema, a única codificação cabível é 31403328 Revisão de sistema implantados para infusão de fármacos, que para fins de remuneração é contabilizada na quantidade 1x. Não se aplica para recarga de droga.

A recarga do dispositivo com a sua droga é um procedimento ambulatorial ou até de consultório, com os devidos cuidados com antisepsia, onde o reservatório é palpado e puncionado, como um catéter totalmente implantado, e a droga repostada. A codificação de reposição é 31403301 Reposição de fármaco(s) em bombas implantadas. Não justifica internação e radioscopia.

A codificação 31602207 Instalação de bomba de infusão para analgesia em dor aguda ou crônica, por qualquer via, se refere à bomba externa do tipo PCA, conforme consta em capítulo de anestesia.

A codificação 31401430 Implante intracerebroventricular de bomba de infusão de fármacos foi criada para 20204248 Terapia com alfacerliponase para Lipofuscinose Ceroide Neuronal Tipo 2 (CLN2) (com diretriz definida pela ANS nº 153), apesar do mesmo dispositivo ser usado em alguns tipos de quimioterapia. A codificação é excludente com 31401120 para bomba de morfina ou baclofeno.

IMPLANTE DE ELETRODOS EM PLEXOS OU NERVOS PERIFÉRICOS

Observação: sugerimos às auditorias que pesquisem sempre tipo de lesão/dor e as evidências da tecnologia proposta para aquele tipo de dor em específico. Muitas tecnologias são eficientes para algumas situações, mas muito ruins ou nem estudadas para outras. As instruções de uso dos materiais não substituem essa análise.

Código	Descrição
31403140	Implante de gerador para neuroestimulação (com diretriz definida pela ANS - nº 39)

Aqui existem três indicações contempladas pela DUT, mas relacionadas à dor, apenas uma

39. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO

Cobertura obrigatória para:

...

3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios:
 - a. a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral;
 - b. não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiátrico, realizados por no mínimo 6 meses;
 - c. teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

Bem menos comum e até muitas vezes considerado muito menos efetivo que a estimulação medular, a estimulação direta em plexo ou em nervos periféricos PARA DOR, é uma alternativa para o tratamento de dores complexas e/ou específicas, refratárias às medidas habituais.

Para fins de remuneração, cabe 31403140 1x por gerador implantado, independentemente do número de nervos modulados, sem nenhuma outra codificação associada. A estimulação elétrica percutânea prévia de teste é feita ambulatorialmente, na forma de um exame eletrofisiológico.

CORDOTOMIAS E MIELOTOMIAS

Observação: sugerimos às auditorias que pesquisem sempre tipo de lesão/dor e as evidências da tecnologia proposta para aquele tipo de dor em específico. Muitas tecnologias são eficientes para algumas situações, mas muito ruins ou nem estudadas para outras. As instruções de uso dos materiais não substituem essa análise.

A cordotomia é indicada para o tratamento da dor crônica, que não responde a outras formas de terapia, como medicação ou fisioterapia. A cordotomia é geralmente realizada para aliviar a dor associada a condições como câncer, lesões da medula espinhal e dor neuropática, e por causa da sua agressividade e frequentes sequelas, os pacientes precisam ser muito bem selecionados.

A mielotomia envolve a seção de uma porção da medula espinhal, que afeta a função neurológica abaixo do nível da lesão. A mielotomia é indicada para o tratamento de condições como a espasticidade, que resulta de lesões na medula espinhal. A mielotomia também pode ser realizada para tratar a dor crônica, quando outras opções de tratamento falharam. São procedimentos agressivos, situando-se nas últimas linhas de terapia da dor periférica gravíssima.

A cordotomia envolve a seção de fibras nervosas da coluna dorsal, mais especificamente do trato espinho-talâmico, que transmitem sinais de dor ao cérebro. A cordotomia pode ser feita por técnica cirúrgica aberta ou percutânea, havendo ainda codificação para cordotomia/mielotomia por radiofrequência. Não há cobertura e codificação para a técnica endoscópica.

As cordotomias e mielotomias, mesmo abordando pacientes com quadros graves, pode justificar a monitorização intraoperatória para perfeita localização das estruturas a sofrerem ablação/secção, mesmo não sendo pedida por todos os profissionais em todos os casos

Para fins de remuneração, contempla-se as codificações 30715067 ou 31402011 1x por procedimento. Não se remunera outras codificações associadas, e não há lateralidade.

Observação: Atenção com uso da codificação 31402011 para procedimentos com pretensa similaridade para contemplação de material de radiofrequência.

Código	Descrição
30715067	<i>Cordotomia – mielotomia OU</i>
31402011	<i>Cordotomia-mielotomias por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS - nº 17)</i>

17. CORDOTOMIA-MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. dor de origem neoplásica;
 - b. espasticidade em pacientes paraplégicos não deambuladores, para o tratamento da dor nociceptiva (dor aguda ou tipo choque).

DREZOTOMIA

Observação: sugerimos às auditorias que pesquisem sempre tipo de lesão/dor e as evidências da tecnologia proposta para aquele tipo de dor em específico. Muitas tecnologias são eficientes para algumas situações, mas muito ruins ou nem estudadas para outras. As instruções de uso dos materiais não substituem essa análise.

Código	Descrição
31402020	<i>31402020 Lesão de substancia gelatinosa medular (DREZ) por radiofrequência (com diretriz definida pela ANS - nº 55)</i>

Diferente da cordotomia, temos a drezotomia ou cirurgia DREZ (“Dorsal Root Entry Zone”), que faz a secção cirúrgica, ou mais frequentemente, a ablação por radiofrequência da substância gelatinosa e do trato de Lissauer na zona de entrada da raiz posterior na medula.

Para fins de remuneração, contempla-se a quantidade máxima de dois segmentos vertebrais por cirurgia, sem lateralidade.

55. MICROCIURURGIA “A CÉU ABERTO” POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a. espasticidade em pacientes paraplégicos;
 - b. espasticidade em pacientes hemiplégicos;
 - c. espasticidade assimétrica em crianças;
 - d. dor neuropática - lesão periférica (deaferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional).

Pode ser indicada para tratamento de dor crônica neuropática em lesão periférica (deaferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional) ou espasticidade. A drezotomia é feita no nível da deaferentação (então pode ser necessário mais de um nível).

É feita sob visão do tecido medular, logo inclui laminectomia e abertura dural, e usa um eletrodo com ponta ativa de 2 a 3mm, diferente dos eletrodos ponta ativa de 4 a 6 mm usados no nervo trigêmeo, ou de 7 a 15 mm usadas nas rizotomias de coluna. O gerador de radiofrequência é o mesmo das rizotomias de coluna.

Como se trata de procedimento de baixa frequência, recomenda-se às singulares e Federações que negociem estes eletrodos de ponta ativa inferiores a 7mm com as distribuidoras em faixas semelhantes aos equivalentes de coluna, evitando-se surpresas (10xx mais) quando demandas aparecem.

O tratamento por DREZ da dor mielopática por lesão medular não tem evidências científicas e não está contemplada pela DUT.

Um estudo publicado em 2018 na revista Spinal Cord analisou a eficácia da cirurgia de DREZ em pacientes com dor neuropática crônica associada à lesão medular. O estudo concluiu que a cirurgia de DREZ não proporcionou alívio significativo da dor em pacientes com lesões medulares crônicas. Outro estudo publicado em 2019 na revista Spine também encontrou resultados semelhantes. Além disso, em 2020, a Sociedade Internacional de Estimulação da Medula Espinhal e Neuromodulação publicou um guia clínico em que recomenda que a cirurgia de DREZ seja considerada apenas como última opção de tratamento para pacientes com dor neuropática crônica associada à lesão medular e que o procedimento deve ser realizado apenas por cirurgiões experientes.

Código	Descrição
31403166	<i>Lesão estereotáxica de estruturas profundas para tratamento da dor ou movimento anormal</i>

Aplica-se para lesão de nervos intracranianos profundos guiado por estereotaxia, não se correlaciona com bloqueios anestésicos e neurolíticos fora da situação acima.

Acupuntura por sessão

Acupuntura é uma forma de tratamento médico não medicamentoso, indicado e aplicado pelo médico acupunturista.

Nos seus primórdios, cerca de 2.500 anos, foi utilizada na China por médicos, como forma de tratamento, integrado aos medicamentos naturais, à base de partes de plantas, animais ou minerais.

Com a modernidade e a chegada da medicina ocidental ficou fazendo parte do complexo terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa.

A acupuntura é reconhecida como especialidade médica desde 1995, pelo Conselho Federal de Medicina.

Na terapia de dor tem sido verificado a utilização de forma isolada do código (31601014) – Acupuntura por sessão. Entretanto também foi verificado o uso de forma simultânea e abusiva, de outros procedimentos principalmente a Infiltração de ponto gatilho, eletroestimulação transcutânea e percutânea, bloqueios de nervos periféricos e agulhamento seco entre outros, em pacientes com queixas dolorosas.

Desta forma, para efeito de pagamento, pacientes submetidos a tratamento da dor, quando solicitados de forma simultânea serão considerados como parte do plano terapêutico para dor no código de acupuntura por sessão, os seguintes procedimentos: Eletroestimulação percutânea e transcutânea, infiltração de ponto gatilho, bloqueios de nervos periféricos e outros.

Acupuntura sessão – Remunerar até 10 sessões para qualquer patologia. A partir da 10ª sessão é obrigatório preenchimento de relatório circunstanciado que justifique tecnicamente o excedente. Solicitações combinadas com infiltração ponto gatilho, TENS, bloqueio de nervo periférico e infiltração extra articular, no mesmo dia ou com intervalo de até 30 dias da realização. Será aplicada regra de excludências com todos os procedimentos aqui relacionados.

Infiltração de ponto gatilho | mesoterapia – agulhamento à seco – Remunerar até 6 sessões a cada 6 meses, independentemente do número de músculos. A partir da 6ª sessão, independente do prazo, é obrigatório preenchimento de relatório circunstanciado que justifique tecnicamente o excedente. Será aplicada regra de excludências com todos os procedimentos aqui relacionados.

TENS | PENS – Remunerar até 6 sessões em 04 meses, independentemente da localização. A partir da 6ª. vez, independente do prazo, é obrigatório preenchimento de relatório circunstanciado que justifique tecnicamente o excedente. Será aplicada regra de excludências com todos os procedimentos aqui relacionados.

Bloqueio de nervos periféricos – Até 3 sessões em intervalo de 06 meses, independentemente do número de nervos. A partir da 3ª sessão, independente do prazo, é obrigatório preenchimento de relatório específico. Será aplicada regra de excludências com todos os procedimentos aqui relacionados.

Punção extra articular diagnóstica ou terapêutica – Até 2x em 06 meses, independentemente da localização. A partir da 3ª. sessão independente do prazo é obrigatório preenchimento de relatório específico. Será aplicada regra de excludências com todos os procedimentos aqui relacionados.

Agulhas de acupuntura

Não serão remuneradas no Intercâmbio Nacional, uma vez que o valor da sessão inclui todos os insumos necessários à realização do procedimento.

Acupuntura para dor crônica primária

Dor crônica primária conforme CID 11

Dor primária: Dor em 1 ou mais regiões anatômicas, que persistem por mais de 3 meses, associada a fator emocional significativo e interferência nas AVDs E não pode ser explicada por nenhuma outra condição crônica.

- Fibromialgia
- Dor complexa regional
- Cefaleia primária crônica, dor orofacial
- Dor visceral crônica primária

- Dor musculoesquelética primária

Limite máximo de 15 sessões por ciclo de tratamento e o intervalo entre os ciclos de 8 semanas, conforme quadro abaixo:

Condição	Recomendação	Conclusão	Número de sessões	Duração	Esquema	Intervalo entre ciclos
Cefaleia tensional crônica frequente	Recomendado	Eficaz para o tratamento de dores episódias ou crônicas do tipo tensional, frequentes, mas necessários mais estudo	10 (6-15 sessões)	5 semanas	2x semana	Será remunerado novo ciclo de tratamento de acupuntura após a data da última sessão de acupuntura realizada, considerando cada ciclo de acupuntura composto por até 15 sessões de acupuntura
Tratamento profilático enxaqueca	Recomendado	A adição de acupuntura ao tratamento sintomático reduz a frequência de dores de cabeça, pode ser uma opção de tratamento isolado, em até 12 meses	13 (6 a 20 sessões)	10 (5 a 20) semanas	múltiplos esquemas	
Sintomas de prostatite	Recomendado	Moderada evidência mostram que algumas intervenções como acupuntura e terapia extracorpórea de choque provavelmente resultam em redução dos sintomas de prostatite	14 (10 a 20 sessões)	6 semanas	2 a 3x semana	
Fibromialgia	Recomendada eletroacupuntura	Há evidências de baixa a moderada qualidade de que, comparada ao não tratamento e à terapia padrão, a acupuntura melhora a dor e a rigidez de pessoas com fibromialgia. O pequeno tamanho amostral, a escassez de estudos para cada comparação e a falta de compradores ideais usando acupuntura simulada enfraquecem a qualidade da evidência e as implicações clínicas	13 (5 a 24 sessões)			
Cefaleia crônica	Recomendada	Evidência sugere que acupuntura previne cefaleia tensional e enxaqueca. Guideline NICE.	8 a 15 sessões	8 a 10 semanas	1 a 2x semana	
Dor lombar crônica	Recomendação fraca	Baixa e muito baixa evidência que mostra que a acupuntura não é superior ao sham. A decisão da inclusão de acupuntura no tratamento depende da disponibilidade, custo e preferência do paciente. A acupuntura pode promover alívio imediato que sem tratamento.	8 a 10 sessões	4 a 6 semanas	1 a 2x semana	

Acupuntura é uma especialidade médica e sua remuneração está restrita a médicos.

Estimulação elétrica transcutânea (TENS)

A estimulação elétrica transcutânea consta na CBHPM no capítulo 31600000 – Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos, subcapítulo 31602002 – Bloqueios Anestésicos de Nervos e Estímulos Neurovasculares, código 31602185 com diretriz prevista pela RN nº465.

Quando realizado por fisioterapeuta deverão ser utilizadas as codificações 50000160 – Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrentes de alterações do sistema musculoesquelético, 50000365 – Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrentes de alterações do sistema musculoesquelético (excludente com outras reabilitações motoras), 20203020 – Eletroestimulação do assoalho pélvico e/ou outra técnica de exercícios perineais e 50000934 – Análise eletroterapêutica não invasiva, identificação de ponto motor, cronaximetria, reobase, acomodação e curvatura I/T – por segmento ou membro.

TRANSTORNOS GLOBAIS DE DESENVOLVIMENTO

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DAS TERAPIAS RELACIONADAS AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

REGRAS GERAIS

A assistência a ser prestada aos pacientes com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA) dentro da cobertura dos planos de saúde no Intercâmbio Nacional, observará o acesso aos profissionais médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros necessários ao diagnóstico e acompanhamento dos pacientes.

As sessões de terapias especiais voltadas especificamente ao tratamento dos pacientes em função do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, estarão cobertas estritamente ao que determina a regulamentação dos planos de saúde, ou seja:

a) Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional: cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para pacientes com diagnóstico primário ou secundário de Transtornos Globais do Desenvolvimento, incluindo os com TEA.

b) Sessão com Fonoaudiólogo: cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e Transtornos Globais do Desenvolvimento, incluindo os com TEA.

c) Sessão com Fisioterapeuta: cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões para pacientes no tratamento das pessoas com diagnóstico primário ou secundário de Transtornos Globais do Desenvolvimento, incluindo os com TEA.

1. Nos casos de pacientes com diagnóstico de TEA, cumpre ao médico assistente integrante da rede de prestadores das Unimed, indicar as terapias dentro dos códigos da TUSS ou próprios do sistema Unimed que definem a cobertura obrigatória dos planos de saúde.

2. Caberá aos profissionais de saúde das áreas afins, tais como Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos e outros da rede assistencial disponibilizada pela Unimed Executora em que o beneficiário será assistido, indicar as abordagens terapêuticas de acordo com sua habilitação profissional, assim como a construção e elaboração do plano terapêutico que deverá ser reavaliado a cada 6 meses. Na ausência do plano terapêutico e da reavaliação a cada seis meses, prevalecerá a avaliação da Unimed Origem.

2.1 Cabe a Unimed de Origem ajustar, em conjunto com a Unimed Executora, quando entender necessário, o plano terapêutico proposto pela rede da Unimed Executora, exceto para os Recursos Próprios.

3. Caso o médico assistente da Unimed Executora faça uma indicação de técnica ou método específico de terapias, ele deverá justificar tecnicamente a sua solicitação.

Observação: Entende-se como plano terapêutico o documento que contempla as seguintes informações:

- Protocolos de avaliação (instrumentos aplicados, assim como forma de execução)
- A proposta de abordagem/metodologias
- Como será feito o projeto terapêutico (inclusão do treinamento parental)
- Quantidade de horas/periodicidade (com justificativa)
- Prazo de reavaliação
- Objetivos gerais e específicos

4. Caso a Auditoria Médica da Unimed de Origem ou Executora elabore parecer técnico divergente

do médico assistente, a Unimed Origem poderá instaurar junta médica para dirimir a divergência, conforme previsto no MIN.

5. Na hipótese de não observância, por parte do médico da Unimed Executora, ao disposto nos itens 1, 2 e 3 deste capítulo ou ainda, por não respeitar o resultado da junta médica, fazendo com que a Unimed de Origem do beneficiário tenha prejuízos pela conduta fora dessa regulamentação, a Unimed Executora arcará com as despesas extras despendidas pela Unimed de Origem, exceto quando houver liminar judicial. Nos casos em que o profissional não for credenciado ou cooperado caberá mediação com participação da Unimed Executora e Unimed Origem.

6. Caberá as Unimeds divulgarem aos médicos cooperados ou contratados, a rede de profissionais de saúde ou clínicas aptas a prestarem a cobertura assistencial de terapias aos beneficiários com TEA.

7. As Unimeds deverão orientar os médicos e profissionais de saúde da sua rede de prestadores, que, ao prescreverem terapias envolvendo crianças e/ou adolescentes com TEA, deverão indicar a necessidade da presença dos pais (ao menos um) ou responsável legal no ambiente da assistência, em local disponibilizado a eles, pelo profissional assistente durante a realização dos procedimentos, no sentido de fazer cumprir o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

Nota: *Reforça-se que o parecer da ANS é de que os tratamentos indicados pelo médico assistente deverão ser cobertos quando executados por profissionais da saúde devidamente habilitados pelos respectivos conselhos para esse fim, desde que relacionados os procedimentos constantes no Rol e que sejam realizados em estabelecimentos de saúde, uma vez que não há previsão de cobertura para procedimentos realizados em ambiente domiciliar e/ou escolar. (Ofício N° 64/2022).*

8. Os procedimentos de que trata esse capítulo poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação existente entre a Unimed Executora e seus prestadores de serviços de saúde.

9. Considerando a hipótese de haver possíveis distorções que trate dos valores estabelecidos nas prestações dos serviços das terapias especiais aos pacientes com TEA no Intercâmbio, caberá ao Comitê de Valorização dos Honorários a aprovação de regras que trate dos limites de valores ou outra questão onerosa às Unimeds de Origem.

10. As possíveis infrações que tratam do descumprimento das regras estabelecidas deverão ser dirimidas pela equipe técnica da Unimed do Brasil, Câmara de Mediação e, em última instância, pela Câmara Arbitral.

11. A Unimed que mantiver serviços próprios ou contratados para a assistência de seus beneficiários com diagnósticos de TEA, tem obrigação de dar assistência nas mesmas condições contratadas, para os beneficiários de Intercâmbio, sem discriminação.

12. As Unimeds terão 30 dias de prazo, a partir da vigência dessa nova norma, para sua adequação, assim como a responsabilidade de dar ciência aos seus médicos das questões da cobertura regular dos planos de saúde, conforme explicitado pela própria ANS.

13. No caso de insuficiência de rede na Unimed Executora, seja por falta de prestadores ou de incapacidade de absorção dos atendimentos pelos prestadores próprios ou credenciados, a Unimed Origem poderá solicitar o credenciamento direto na área de ação da Unimed Executora, obedecendo a regra prevista no item 4.1.2.4 no Manual Intercâmbio Nacional, conforme processo estabelecido pela área de Gestão de Redes da Unimed do Brasil.

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

É um conjunto de ações com objetivo de elaborar o diagnóstico e a conduta clínica.

O processo deve iniciar com a solicitação do médico assistente para avaliação com o neuropsicólogo contendo o diagnóstico e justificativa clínica.

O neuropsicólogo após a primeira consulta, irá definir se há necessidade da avaliação neuropsicológica.

Caso necessário, enviará a solicitação dos testes conforme anamnese e quadro clínico (avaliação neuropsicológica) para análise e autorização da operadora.

Composição da Avaliação Neuropsicológica

Profissionais	Instrumentos utilizados	Sessões
Psicólogo com formação em neuropsicologia	Instrumentos são utilizados de acordo com a necessidade do beneficiário e de escolha do profissional. Geralmente instrumentos pagos.	A avaliação neuropsicológica é geralmente constituída das seguintes etapas: 1ª Anamnese 2ª Avaliação (aplicação dos testes e avaliação) 3ª Devolutiva para os pais com resultado da avaliação Sessões necessárias: até 8 sessões no valor máximo total de R\$ 800,00

AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Composição da Avaliação da Equipe Multidisciplinar

1ª Solicitação de Autorização: Corresponde a avaliação inicial feita pela equipe multidisciplinar que vai determinar o diagnóstico terapêutico (atrasos nas habilidades) e o plano terapêutico.

A equipe multi não irá definir diagnóstico clínico, e sim terapêutico.

Profissionais	Instrumentos	Média de sessões	Observações
Psicólogo	Instrumentos são utilizados de acordo com a idade e especialidade	Até 8 sessões	Depende do perfil do paciente
Fonoaudiologia		Até 8 sessões	Depende do perfil do paciente
Terapeuta Ocupacional		Até 8 sessões	Depende do perfil do paciente
Demais profissionais, se necessário Exemplo: Psicopedagogo, Psicomotricista, Fisioterapeuta			Depende do perfil do paciente

2ª Solicitação de Autorização: Para execução do plano terapêutico.

Para terapias especiais para transtorno do espectro autista, poderá haver cobrança de mais de uma sessão por especialidade por dia, de acordo com a data de realização. Para autorização, a Unimed Executora deverá sempre encaminhar o plano terapêutico anexo no chat.

Formulário de Solicitação de Terapias Especiais

O formulário de Solicitação de Terapias Especiais para Transtorno do Espectro Autista (FS - 125), possui preenchimento obrigatório no Intercambio Nacional, para autorização inicial dessas terapias, sendo passível de glosa quando não enviado.

O formulário deve ser enviado no início do tratamento. Uma vez autorizado, não há necessidade de renovação do formulário, a solicitação das sessões complementares pode ser feita sem o formulário.

O formulário deve ser sempre assinado pelo médico solicitante de acordo com a RN 465.

A obrigatoriedade do envio do formulário é condicionada aos médicos cooperados e credenciados, não sendo obrigatório quando se tratar de médico particular.

UROLOGIA

Cirurgia laparoscópica em urologia

Equipamentos necessários:

- Torre para cirurgia videolaparoscópica: composta por microcâmara e monitor, fonte de luz, cabo óptico, insuflador de CO₂ e gravador de mídia
- Cabo para fonte de luz
- Trocartes para os Portais (3 e 4)
- Agulha de Veress
- Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação
- Instrumental básico para cirurgia videolaparoscópica

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA – duas (camisa para microcâmara e cabo de luz, e para tesoura ultrassônica)
- Trocarte descartável para punção inicial – conforme protocolo acordado com o cirurgião. Não é de utilização obrigatória
- Clips metálicos para ligadura vascular
- Clips Hem-o-lock nas cirurgias com abordagem do parênquima renal ou área linfática

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada (Guidelines AUA, may 2019 p.5-10).

Nefrolitotripsia, ureterolitotripsia ou cistolitotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC – litotripsia extracorpórea por ondas de choque)

A LEOC está indicada como primeira opção de tratamento em pacientes com cálculos renais sintomáticos, de tamanho igual ou maior que 5 mm e menores que 20 mm, localizados em cálice médio e superior. Para cálice inferior, devem ser analisados a anatomia e os fatores desfavoráveis à LEOC (Guidelines EAU, Urolithiasis - update march 2019, p. 297-313).

Indicações para a utilização de cateter duplo J: rim único, cálculo maior que 2 cm e cálculos corali-formes, quando indicada LEOC.

No ureter, a LEOC está indicada como primeira opção de tratamento em cálculos menores ou iguais a 10 mm, localizáveis no ultrassom ou radioscopia (Guidelines EAU, Urolithiasis - march 2019, p. 297-313), somente em terços superior e médio.

Para os cálculos corali-formes, a indicação deverá ser discutida – e considerada em caso de rim único, que deverá ser drenado com cateter duplo J antes do procedimento.

Em relação à LEOC, as contraindicações são: gestação, coagulopatia incorrigível, presença de infecção não controlada e via urinária obstruída (Guidelines EAU, Urolithiasis - march 2019, p. 297-313).

Para pagamento de nefrolitotripsia extracorpórea por ondas de choque – LEOC, normalmente, são negociados pacotes para o custo operacional que não devem incluir os honorários, conforme a norma do Colégio Nacional.

Código	Descrição
31101240	<i>Nefrolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão</i>
31101259	<i>Nefrolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses)</i>
31102310	<i>Ureterolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão</i>
31102328	<i>Ureterolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses)</i>
31103103	<i>Cistolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão</i>
31103111	<i>Cistolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses)</i>

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação. Tratando-se de tomografia computadorizada, prestar atenção na densidade do cálculo em UH.

Materiais específicos:

Cateter duplo J (se necessário).

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia não está indicada rotineiramente na LEOC. Se houver cultura positiva, recomenda-se o tratamento prévio da infecção.

Nefrolitotomia ou nefrolitotripsia percutânea (NPC)

Código	Descrição
31101224	<i>Nefrolitotomia percutânea unilateral</i>
31101577	<i>Nefrolitotripsia percutânea unilateral a laser</i>
31101275	<i>Nefrolitotripsia percutânea unilateral (MEC, EH, ou US)</i>
31102050	<i>Colocação cistoscópica de duplo J unilateral</i>
31102069	<i>Colocação nefroscópica de duplo J unilateral</i>

A NPC está indicada em todos os casos de falha de tratamento por outros métodos. Cálculos com indicação primária de NPC são: cálculos de cistina; cálculos coraliformes; cálculos piélicos maiores que 20 mm; cálculos de cálice inferior; anormalidades anatômicas (rim em ferradura e rim pélvico) e cálculos complexos (Guidelines EAU, Urolithiasis - update march 2019, p. 297-313).

Quando houver alterações anatômicas concomitantes, obstrução da junção ureteropiélica, estenose do infundíbulo ou divertículos calicinais, a NPC permite o tratamento conjunto em um só tempo. Cabe ao cirurgião estabelecer o número de punções necessário para a remoção de cálculos complexos. Considerar que esse fato aumenta a utilização de materiais, o que também ocorre em cirurgias bilaterais.

Para procedimento urológico em que for necessária a colocação de cateter duplo J, esse ato deve ser pago adicionalmente ao procedimento principal, 50% (nefroscópica) ou 70% do valor (cistoscópica).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação. Em caso de tomografia computadorizada, atentar para a densidade do cálculo em Unidades Hounsfield (UH).

Equipamentos necessários:

- Cistoscópio (para cateterismo ureteral)
- Nefroscópio rígido ou flexível (para acesso a cálices e cálculos residuais)
- Torre para endourologia
- Probe para litotripsia intracorpórea (permanente) ou fibra laser (quando utilizado o nefroscópio flexível)
- Fonte de energia para litotripsia intracorpórea (ultrassônica, pneumática ou laser)
- Dilatadores fasciais metálicos (permanentes) ou sequencial tipo Amplatz
- Pinças tridentes e de coágulos (material permanente)
- Arco cirúrgico para radioscopia (necessário para o procedimento) ou USG em sala (uso menos frequente)

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA – duas (camisa para microcâmara e para o probe de litotripsia)
- Fio guia 1 ou 2, dependendo da técnica utilizada, tamanho e localização do cálculo e número de punções. Em casos de múltiplas punções, pode ser necessário um maior número de fios guia
- Cateter ureteral calibre 4 a 8 fr. (para a pielografia retrógrada – inerente à cirurgia, não cabendo remuneração adicional como exame)
- Kit para nefrostomia (agulha de punção e dilatadores sequenciais)
- Dilatadores de Amplatz (material passível de reprocessamento, porém com vida útil). Não cabe a cobrança do código 31101313 – *Nefrostomia percutânea*, quando for realizada, no local da punção
- Equipo para irrigação, uma ou duas vias de entrada
- Sonda tipo “basket” (Dormia)
- Contraste radiológico
- Solução para irrigação isotônica
- Gel lubrificante estéril
- Duas sondas de Foley – para a nefrostomia (quando necessária) e vesical (sistema fechado)
- Balão dilatador para estenose ureter, somente em casos especiais com justificativa técnica

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada (Guidelines AUA, may 2019 p.5-10). Cabe observar que cálculos coraliformes, mesmo com cultura negativa, são potenciais fontes de infecção e septicemia transoperatória, sendo recomendada a coleta de cultura na punção renal inicial (Guidelines EAU, Urolithiasis – update march 2019, p. 297-313 e Guidelines AUA 2019, may 2019 p. 5- 10).

A antibioticoterapia está indicada na vigência de infecção ou cultura positiva.

Endopielotomia percutânea

Código	Descrição
31101097	Endopielotomia percutânea unilateral

As estenoses de junção ureteropielica (JUP) podem ser tratadas por via percutânea, sendo o procedimento similar à NPC. Contudo, caso ocorra litíase, ela é secundária à obstrução. Atualmente, os métodos de imagem dão uma segurança maior na realização desses procedimentos, haja vista a possibilidade da existência de vaso polar comprimindo a JUP (Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed. 2018).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Cistoscópio (para cateterismo ureteral)
- Fibra laser
- Torre para endourologia
- Dilatadores fasciais metálicos (permanente) ou sequencial tipo Amplatz
- Arco cirúrgico para radioscopia (necessário para o procedimento)

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA (camisa para microcâmara)
- Fio guia
- Cateter duplo J
- Cateter ureteral
- Contraste radiológico
- Agulha de punção e dilatadores sequenciais ou Amplatz
- Equipo para irrigação
- Contraste radiológico
- Solução para irrigação isotônica
- Gel lubrificante estéril
- Duas sondas de Foley, para a nefrostomia (quando necessário) e vesical (sistema fechado)

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada conforme a rotina da CCIH.

A antibioticoterapia prévia ao procedimento está indicada na vigência de infecção.

Nefrectomia laparoscópica, radical, parcial ou total e nefroureterectomia

Código	Descrição
31101542	<i>Nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica unilateral</i>
31101550	<i>Nefrectomia radical laparoscópica unilateral</i>
31101569	<i>Nefrectomia parcial laparoscópica unilateral</i>
31101585	<i>Nefrectomia total unilateral por videolaparoscopia</i>
30914159	<i>Linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica</i>

A nefrectomia parcial laparoscópica é indicada como “padrão ouro” para tumores renais em estágio T1 tamanho até 7 cm, sendo indicada também para cistos renais Bosniak III e IV (Guidelines EAU, Renal Cell Carcinoma - march 2019, p. 91-113; Guidelines AUA, May 2019, p.221-27).

A nefrectomia radical é “padrão ouro” para tumores maiores que 7 cm, a linfadenectomia fica restrita a pacientes com comprometimento linfonodal macroscópico e grandes massas renais (Guidelines EAU, Renal Cell Carcinoma - march 2019, p. 91-113).

A nefroureterectomia radical é o tratamento padrão para tumores uroteliais do trato urinário superior. Nesses casos, a linfadenectomia tem indicação no estadiamento e na necessidade de preservação de órgão (rim único). Pode ser usada a ressecção por ureteroscopia flexível. (Guidelines EAU, Urothelial Carcinoma off the upper urinary tract - march 2019, p. 28-37).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Materiais específicos:

- Endobag® ou similar para retirada do tumor, quando pertinente câncer
- Clips Hem-o-lock em quantidade variada – mediante utilização
- Clips metálicos
- Fios para sutura intracorpórea
- Gelfoan ou similar

Adrenalectomia laparoscópica

Código	Descrição
31101488	<i>Adrenalectomia laparoscópica unilateral</i>

Descrita inicialmente por Ganger (1992), é hoje reconhecida como “padrão ouro” para a abordagem cirúrgica da adrenal. O acesso pode ser transperitoneal ou retroperitoneal, conforme a técnica a ser utilizada (Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed. 2018).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Materiais específicos:

Endobag® ou similar para retirada do tumor, quando pertinente.

Pieloplastia laparoscópica

Código	Descrição
31101526	<i>Pieloplastia laparoscópica unilateral</i>
31102042	<i>Colocação cirúrgica de duplo J unilateral</i>
31102050	<i>Colocação cistoscópica de duplo J unilateral</i>

Constitui-se uma excelente alternativa para a correção de estenoses da junção pieloureteral, pela baixa morbidade e rápida recuperação do paciente, sendo considerada “padrão ouro” para a realização de pieloplastia, pois tem seus resultados comparáveis à cirurgia aberta e melhores resultados globais (Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed. 2018).

A técnica cirúrgica pode utilizar a passagem inicial de cateter duplo J através de cistoscopia, antes do acesso laparoscópico, visto que o cateter vai servir de reparo e possibilitar a drenagem cirúrgica, diminuindo os riscos de fístula urinária (Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed. 2018).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Materiais específicos:

Cateter duplo J.

Pielolitotomia laparoscópica

Código	Descrição
31101534	<i>Pielolitotomia laparoscópica unilateral</i>

A remoção laparoscópica dos cálculos urinários é um procedimento seguro e efetivo quando os tratamentos de primeira linha, como a litotripsia extracorpórea, a cirurgia percutânea e a ureteroscopia, falham. A abordagem pode ser feita por via intra ou extraperitoneal (Urologia Moderna 2013, p. 368). A colocação de cateter duplo J pode ser feita, previamente, por via endoscópica ou durante o ato cirúrgico.

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Materiais específicos:

Cateter duplo J.

Ureterolitotomia ou ureterolitotripsia transureteroscópica rígida ou flexível

Código	Descrição
31102352	<i>Ureterorrenolitotomia unilateral</i>
31102360	<i>Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral</i>
31102379	<i>Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral</i>
31102565	<i>Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral a laser</i>
31102050	<i>Colocação cistoscópica de duplo J unilateral</i>

Procedimento de alta frequência, considerando-se que a incidência global de litíase na população está na ordem de 5% a 12%, no decorrer da vida, e em 50%, no período de 10 anos, sendo que a prevalência da litíase já atinge 9% da população americana (Urologia Brasil, 2013, p. 432-38). Os cálculos urinários menores que 4 mm, especialmente os localizados no ureter distal, geralmente são eliminados de maneira espontânea (98%) em até 40 dias, dispensando instrumentações endourológicas (Guidelines EAU, Urolithiasis march 2019, p. 289-311; Guidelines AUA, may 2019, p. 252-60).

Como indicações para a ureterolitotomia ou ureterolitotripsia transureteroscópica, nos cálculos acima de 5 mm, salientam-se: cálculos de 1/3 médio e distal; cálculos obstrutivos com ou sem ureterohidronefrose, cólica intratável e infecção associada (Guidelines EAU, Urolithiasis march 2019, p. 289-311; Guidelines AUA, may 2019, p. 252-60).

Com a evolução dos ureteroscópios semirrígidos, que possuem calibres menores, a dilatação ureteral com balão ou dilatadores metálicos tornou-se procedimento de exceção, quando se observa meatos puntiformes e estenoses ureterais (Urologia Moderna, 2013, p. 460). Ressalta-se a importância da utilização do fio guia de segurança posicionado na pelve renal; e da utilização da bainha ureteral, quando usado o ureteroscópio flexível (Urologia Moderna, 2013, p. 354-58).

Quanto à fonte de energia para a litotripsia, o laser é considerado o melhor método, por ser efetivo em todos os tipos de cálculos, sendo também “padrão ouro” quando utilizado ureteroscópio flexível (Guidelines EAU, Urolithiasis, march 2019, p. 300).

O uso rotineiro de cateter duplo J para procedimento não complicado e sem litíase residual não é recomendado (Guidelines EAU, Urolithiasis, march 2019, p.300). Quando houver indicação para a colocação de cateter duplo J, esse ato deve ser pago adicionalmente ao procedimento principal.

No caso de associação de cálculos:

- Cálculo de ureter distal ou médio associado a cálculo piélico ou de cálice inferior - homolateral.
- Usa-se o tratamento com ureter rígido para o cálculo distal – depois, passa a bainha ureteral e acessa o cálculo renal com o flexível.
- Isso caracteriza dois procedimentos e que devem ser remunerados conforme as regras da CBHPM.
- Deliberado que é possível a realização dos dois procedimentos na situação de exceção (cálculos simultâneos acima 1/3 proximal ureter), mesma via.

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Ureteroscópio (rígido ou flexível)
- Torre para endourologia
- Fonte de energia para litotripsia intracorpórea (ultrassônica, pneumática ou laser)
- Arco cirúrgico para radioscopia (pode ser necessário e deve ser previsto)

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA – duas (camisa para microcâmara e para o probe de litotripsia. Quando a fibra laser for utilizada, ela não é necessária)
- Fio guia 1 ou 2, dependendo de técnica utilizada, tamanho e localização do cálculo
- Sonda tipo “basket” (Dormia) ou pinça para apreensão do cálculo
- Cateter extrator N-trap ou similar (quando houver dilatação ureteral a montante)
- Bainha ureteral para o ureteroscópio (quando flexível)
- Cateter duplo J
- Cateter ureteral – dependendo da técnica utilizada ou de dificuldades na passagem do fio guia
- Equipo para irrigação
- Solução para irrigação isotônica (soro fisiológico)
- Gel anestésico ou lubrificante estéril
- Sonda vesical de Foley (sistema fechado)
- Probe (permanente) para litotripsia intracorpórea ou fibra laser

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada (Guidelines AUA, may 2019 p.5-10).

A antibioticoterapia está indicada na vigência de infecção ou em quadros obstrutivos.

Analgésicos e anti-inflamatórios, ou corticosteroides, mesmo após a remoção do cálculo, tendo em vista o edema residual.

Cateterismo ureteral e pielografia ascendente ou retrógrada

Para a realização de pielografia retrógrada, é pertinente o pagamento do honorário médico do cateterismo ureteral, acrescido dos gastos de materiais e medicamentos e de taxa de sala, uma vez que é feito em ambiente específico.

A pielografia ascendente ou retrógrada, por ser um procedimento radiológico, deverá ser paga conforme o custo do exame, acrescido de filme e contraste.

Código	Descrição
31102034	Cateterismo ureteral unilateral
40807029	RX - Pielografia ascendente

Documentos necessários para autorização:

Procedimento diagnóstico de baixo custo não necessita de autorização prévia.

Equipamentos necessários:

- Cistoscópio
- Torre para endourologia

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA
- Equipo para irrigação
- Solução para irrigação isotônica
- Gel anestésico e lubrificante estéril
- Cateter ureteral de calibre 4 a 8 Fr.

Medicamentos:

Não há indicação para antibioticoprofilaxia.

Contraste radiológico.

Colocação cistoscópica de duplo J unilateral

Código	Descrição
31102050	Colocação cistoscópica de duplo J - unilateral

Procedimento indicado, de forma isolada, para desbloqueio ureteral por cálculo, estenose de origem tumoral ou extrínseca e rim único previamente à LEOC (litotripsia extracorpórea por ondas de choque), entre outros. (Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed. 2018; Guidelines AUA, 2019). Quando realizado bilateralmente, deverá ser utilizada a regra de vias de acesso (100% + 50%). É habitual a realização sob sedação ou anestesia. Por se tratar de urgência urológica, normalmente prescinde de autorização prévia.

Documentos necessários para autorização:

Quando autorizado eletivamente (raro), cabe a solicitação do laudo de exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Cistoscópio
- Torre para endourologia

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA
- Equipo para irrigação
- Solução para irrigação isotônica
- Gel anestésico ou lubrificante estéril
- Fio guia – se não compuser o kit

Medicamentos:

Em caso de desbloqueio ureteral, pode existir indicação para antibioticoterapia.

Colocação ureteroscópica de duplo J unilateral

Código	Descrição
311020077	<i>Colocação ureteroscópica de duplo J - unilateral</i>

Procedimento de exceção, sendo pertinente a liberação mediante justificativa médica que evidencie dificuldade na passagem de fio guia por processo ureteral obstrutivo, em que se justifica o uso do ureteroscópio para complementar o procedimento.

Ureterotomia endoscópica

Código	Descrição
31102441	<i>Ureterotomia interna ureteroscópica flexível unilateral</i>
31102450	<i>Ureterotomia interna ureteroscópica rígida unilateral</i>

As estenoses de junção ureteropélvica (JUP) e as estenoses ureterais podem ser tratadas endoscopicamente com segurança e efetividade, utilizando-se recursos técnicos e materiais que permitam o procedimento sob controle visual (ureteroscopia) ou radioscópico (Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed. 20128).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Cistoscópio
- Ureteroscópio rígido ou flexível
- Torre para endourologia
- Arco cirúrgico para radioscopia (necessário para o procedimento)

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA (camisa para microcâmara)
- Fio guia
- Cateter ureteral
- Cateter Acucise (para a endopielotomia) ou cateter balão, quando utilizado
- Cateter duplo J
- Contraste radiológico
- Equipo para irrigação
- Solução para irrigação isotônica
- Gel lubrificante estéril
- Sonda vesical de Foley (sistema fechado)

Medicamentos:

A antibioticoterapia profilática está indicada (Guidelines AUA, may 2019, p.5-10).

A antibioticoterapia está indicada na vigência de infecção.

Incontinência urinária

Quando da solicitação concomitante dos códigos abaixo:

Código	Descrição
31103332	<i>Incontinência urinária - “sling” vaginal ou abdominal</i>
31103375	<i>Incontinência urinária com colpoplastia anterior – tratamento cirúrgico (com ou sem uso de prótese)</i>

Deve ser autorizado apenas o código 31103375 - *Incontinência urinária com colpoplastia anterior – tratamento cirúrgico (com ou sem uso de prótese)*.

Incontinência urinária feminina

Código	Descrição
31103332	<i>Incontinência urinária - “sling” vaginal ou abdominal</i>

Documentos necessários para autorização:

Laudo da avaliação urodinâmica.

Materiais específicos:

Fita sling de polipropileno monofilamentado macroporosa ou de fluoreto de polivinilideno (PVDF).

Tratamento da hiperatividade vesical

Código	Descrição
31103596	<i>Tratamento da hiperatividade vesical: injeção intravesical de toxina botulínica</i>

Indicada para o tratamento de bexiga hiperativa, na falha de tratamento medicamentoso ou conservador – 2ª linha de tratamento (Guidelines EAU, march 2019, p. 201).

Ressecção transuretral (RTU) de tumor vesical ou pólipos vesicais e fotocoagulação a laser

Código	Descrição
31103383	<i>Pólipos vesicais - ressecção cirúrgica</i>
31103391	<i>Pólipos vesicais - ressecção endoscópica</i>
31103448	<i>Tumor vesical - fotocoagulação a laser</i>
31103456	<i>Tumor vesical - ressecção endoscópica</i>
31103588	<i>Tumor vesical - ressecção a céu aberto</i>

A RTU é o procedimento padrão para diagnóstico, estadiamento e tratamento dos tumores superficiais de bexiga urinária, que correspondem de 75% a 85% dos tumores diagnosticados (Guidelines AUA, may 2019, p. 35-43).

Na bexiga urinária, pode também ser utilizado em lesões infiltrativas de diagnóstico inicial ou baixo grau (Guidelines AUA, may 2019, p. 35-43).

A utilização de fotocoagulação a laser não está respaldada como tratamento primário na literatura e necessita de justificativa com embasamento bibliográfico, sendo que não se encontram disponíveis diretrizes da especialidade para essa modalidade terapêutica e suas indicações são muito limitadas (Urologia Moderna, 2013 p. 1.013).

Para lesões benignas, o tratamento pertinente é a ressecção de pólipos vesicais, que deverão ser objeto de comprovação por meio de exame anatomopatológico (EAP).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem ou anatomopatológico que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Ressectoscópio completo
- Torre para endourologia
- Bisturi elétrico ou laser – fonte de energia
- Pinça de biópsia vesical (para áreas suspeitas e biópsia do leito)
- Evacuador vesical de fragmentos (Ellik ou similar)

Materiais de consumo básico:

- Alça de ressecção compatível com a marca do ressectoscópio
- Luva LTA
- Equipo para irrigação com 2 ou 4 vias de entrada
- Solução para ressecção isotônica (solução de manitol, por exemplo)
- Sonda vesical de Foley (3 vias) – sistema fechado
- Gel lubrificante estéril
- Fibra laser – quando utilizada (não utiliza alça, nesse caso)

Medicamentos:

- Antibioticoprofilaxia não está indicada
- Antibioticoterapia está indicada, na vigência de infecção
- Soro fisiológico para irrigação pós-operatória (quantidade prescrita pelo médico assistente)

Cistolitotomia ou cistolitotripsia

Código	Descrição
31103057	<i>Cálculo vesical – extração endoscópica</i>
31103090	<i>Cistolitotomia</i>
31103138	<i>Cistolitotripsia percutânea (US, EH, EC)</i>
31103146	<i>Cistolitotripsia transuretral (US, EH, EC)</i>
31103561	<i>Cistolitotripsia a laser</i>

Habitualmente, os cálculos da bexiga urinária estão relacionados à obstrução ou infecção, sendo importante tratar também a doença de base. Os procedimentos podem ser realizados por via uretral ou por punção suprapúbica (Campbell-Walsh Urology, 11ª. Ed. 2019). A fragmentação pode ser realizada com litotriptor mecânico, balístico, ultrassônico e laser (Urologia Moderna, 2013, p. 357).

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Cistoscópio ou nefroscópio rígido ou flexível (via suprapúbica)
- Torre para endourologia
- Litotriptor mecânico (de uso mais comum) ou outra fonte de energia para litotripsia intracorpórea (ultrassônica, pneumática, eletro-hidráulica ou laser)
- Evacuador vesical de fragmentos (Ellik ou similar)

Materiais de consumo básico:

- Luva LTA – duas (para microcâmara e para o litotriptor)
- Equipo para irrigação com 2 ou 4 vias de entrada
- Solução para irrigação isotônica
- Sonda vesical de Foley (2 vias) – sistema fechado
- Gel lubrificante estéril
- Probe para litotripsia intracorpórea ou fibra laser

Medicamentos:

Antibioticoprofilaxia está indicada (Guidelines AUA, may 2019, p. 5-10).

Antibioticoterapia está indicada, na vigência de infecção.

Neuromodulação sacral para bexiga neurogênica

Código	Descrição
31401104	Implante de eletrodos cerebral ou medular
31403140	Implante de gerador para neuroestimulação

Apesar dos recentes avanços nas pesquisas e no conhecimento da neurofisiologia da micção, permanece desconhecido o mecanismo exato de ação da neuromodulação sacral. No entanto, os estudos clínicos demonstram bons resultados nos distúrbios de armazenamento e esvaziamento vesical. Nesses casos, é recomendada a realização do estudo urodinâmico prévio ao procedimento (Urologia Brasil, 2013, p. 536-40).

O implante do neuromodulador é realizado em dois estágios, sendo que, no primeiro, se implanta um gerador de pulso provisório e externo, conectado aos eletrodos implantados por via percutânea em S3, que deve permanecer de 15 a 30 dias. Se a resposta for favorável – uma melhora superior a 50% dos sintomas, recomenda-se o implante definitivo do gerador (Urologia Brasil, 2013, p. 538, Guidelines EAU, march 2019, p. 184).

Documentos necessários para autorização:

Laudo médico e exames conforme a diretriz de utilização.

Materiais específicos:

Gerador para neuroestimulação.

Refluxo vesicoureteral – tratamento endoscópico

Código	Descrição
31102590	Refluxo vesicoureteral – tratamento endoscópico – unilateral

A injeção subureteral de agentes obstrutivos é uma alternativa ao tratamento cirúrgico convencional (Guidelines EAU, march 2019, p. 351-57).

No caso de autorização, é inerente à liberação do material a ser infiltrado. (Nome comercial de referência Vantris®, Deflux® ou similar).

Incontinência urinária masculina

Código	Descrição
31104274	<i>Incontinência urinária masculina - sling</i>
31104282	<i>Incontinência urinária masculina - esfíncter artificial</i>

O sling de uretra média pode ser utilizado em leve a moderada para o tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia.

O esfíncter artificial é considerado como principal indicação em casos de incontinência urinária pós-prostatectomia, notadamente em casos graves (NE 1 GR A), procedimento tem DUT.

Exame urodinâmica.

Uretrotomia interna

Código	Descrição
31104223	<i>Uretrotomia interna</i>

Procedimento indicado na estenose de uretra, definida como uma constrição anormal ou perda da dilatabilidade de qualquer porção do conduto uretral, que pode ser comprovada por imagem – uretrocistografia retrógrada ou uretrocopia (Urologia Moderna, 2013, p. 827; Campbell-Walsh urology, 11ª. Ed 2018).

Outros códigos de uretrotomia:

Código	Descrição
31104231	<i>Uretrotomia interna com prótese endouretral</i>
40202640	<i>Uretrotomia endoscópica</i>

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Uretrótomo
- Torre para endourologia

Materiais de consumo básico:

- Faca de Sacks
- Luva LTA
- Equipo para irrigação
- Solução para irrigação isotônica
- Sonda vesical de Foley – sistema fechado
- Gel lubrificante estéril

Medicamentos:

Não há indicação para antibioticoprofilaxia. Havendo cultura prévia positiva, é pertinente antibiótico-terapia.

Materiais especiais:

Quando utilizada prótese endouretal, deverá haver justificativa pertinente e autorização prévia, com negociação dos valores.

Procedimentos laparoscópicos em urologia não cobertos pela Resolução Normativa vigente

Código	Descrição
31101496	Marsupialização laparoscópica de cisto renal unilateral
31101500	Biópsia renal laparoscópica unilateral
31102492	Ureterolitotomia laparoscópica unilateral
31102506	Ureterólise laparoscópica unilateral
31102522	Ureteroplastia laparoscópica unilateral
31103510	Correção laparoscópica de incontinência urinária
31103545	Neobexiga laparoscópica
31103553	Diverticulectomia vesical laparoscópica

Biópsia transretal de próstata guiada por USG

Exame essencial para o diagnóstico de câncer de próstata, permite obtenção de múltiplos fragmentos com segurança e localização bastante precisa. Recomenda-se a biópsia sextante estendida, com no mínimo 12 fragmentos, das 6 regiões: apical, mediana e basal bilateralmente (2 basais, 2 medianos e 2 apicais de cada lado) (Urologia Brasil, 2013, p. 790).

Observado que as biópsias devem ser enviadas para a patologia em frascos separados, devidamente identificados de acordo com o local biopsiado a fim de descrever o resultado por fragmento, ou seja, 1 fragmento = 1 exame anatomopatológico.

Código	Descrição
40902030	US – Próstata transretal com biópsia – até 8 fragmentos
40902048	US – Próstata transretal com biópsia – mais de 8 fragmentos

Documentos necessários para autorização:

Procedimento diagnóstico de baixo custo não necessita de autorização prévia.

Indicações para a biópsia prostática:

- Toque retal prostático alterado (NE 1; GR A)
- PSA > 4 ng/ml (NE 1; GR A)
- PSA > 2,5 ng/ml em pacientes jovens (até 60 anos) (NE 1; GR A)
- Velocidade de PSA > 0,40 ng/ml/ano (NE 2; GR A)
- Pi-Rads 3, 4 ou 5 em RNM multiparamétrica da próstata

(Guidelines EAU march 2019, P. 68-70)

Fatores preditivos e indicativos para realização de nova biópsia:

- PSA em elevação e com velocidade > 0,4 ng/ml/ano
- PIN (neoplasia intraepitelial prostática) de alto grau na primeira biópsia
- Proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP) na primeira biópsia

Na eventualidade de nova biópsia, o número de fragmentos deve ser aumentado para, pelo menos, 20 fragmentos e incluir as zonas transicional e anterior (Urologia Moderna, 2013, p. 494-97).

A biópsia por fusão cognitiva ou de lesão alvo tem mostrado benefícios nas biópsias de repetição ou quando disponível RNM antes da primeira. (Guidelines EAU, march 2019, P. 68-70).

Materiais específicos:

Agulha de biópsia, que deverá ser remunerada integralmente se não for desmontável, conforme a resolução da Anvisa RE nº 2.605.

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada (Guidelines AUA, may 2019, p.5-10).

Ressecção transuretral de próstata (RTUP)

Corresponde ao tratamento cirúrgico para hiperplasia prostática benigna utilizado em mais de 90% dos casos, com alta taxa de sucesso e pelo fato de preencher requisitos de técnica minimamente invasiva, com curva de aprendizado rápida, menor tempo de cateterização vesical, reduzido período de internação, reabilitação e alta precoce (Urologia Brasil, 2013, p. 757; Urologia Moderna, 2013, p. 612; Guidelines EAU, 2014, p. 62-6; Guidelines AUA, may 2019, p. 30).

Pode ser realizada com eletrodo monopolar ou bipolar (eletrodo bipolar tem menor risco de sangramento e indicação em pacientes com distúrbios de coagulação).

Código	Descrição
31201130	Ressecção endoscópica da próstata

Documentos necessários para autorização:

Laudo do exame de imagem que fundamentou a indicação.

Equipamentos necessários:

- Ressectoscópio completo
- Torre para endourologia
- Bisturi elétrico – fonte de energia
- Evacuador vesical de fragmentos (Ellik ou similar)

Materiais de consumo básico:

- Alça de ressecção compatível com a marca do ressectoscópio
- Luva LTA
- Equipo para irrigação com 2 ou 4 vias de entrada
- Solução para ressecção isotônica (solução de manitol, por exemplo)
- Sonda vesical de Foley (3 vias) – sistema fechado
- Gel lubrificante estéril

Medicamentos:

Antibioticoprofilaxia está indicada (Guidelines AUA, may 2019, p. 5-10).

Soro fisiológico para irrigação pós-operatória (quantidade prescrita pelo médico assistente).

Prostatectomia radical laparoscópica

Código	Descrição
31201148	<i>Prostatovesiculectomia radical laparoscópica</i>
30914140	<i>Linfadenectomia pélvica laparoscópica</i>

Alternativa cirúrgica para o tratamento do adenocarcinoma da próstata localizado (T1 e T 2), tem como fator limitador a curva de aprendizado bastante extensa, fato suplantado pelo crescimento exponencial de urologistas habilitados para o procedimento. Atualmente, também tem indicação como cirurgia de resgate pós-radioterapia (Urologia Brasil, 2013, p. 1.139-48).

A linfadenectomia pélvica estendida tem respaldo na literatura para casos de alto risco e alguns de risco intermediário, sendo que a linfadenectomia limitada (obturadora) não tem mais indicação por não abranger as possibilidades de metástases (Guidelines EAU, march 2019, p. 72).

Materiais específicos:

Endobag® ou similar para retirada da peça cirúrgica.

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada, (Guidelines AUA, may 2019, p. 5-10).

O código 31104150 – *Neouretra proximal (cistourethroplastia)* é considerado incluso no procedimento.

Prostatectomia radical ou prostatovesiculectomia radical

Código	Descrição
31201113	<i>Prostatovesiculectomia radical</i>
30914060	<i>Linfadenectomia pélvica</i>

Após uma longa evolução técnica desde a sua introdução no século passado, a intervenção, como é feita na atualidade, foi sistematizada por Walsh. A prostatectomia radical pode ser feita por via retropúbica ou perineal, quando por cirurgia aberta; ou laparoscópica e robótica. A prostatectomia radical (independentemente da via de acesso) está indicada para indivíduos com boa saúde e maior expectativa de vida (Urologia Moderna, 2013, p. 507-19; Guidelines EAU, march 2019, p. 72).

A linfadenectomia pélvica estendida tem respaldo na literatura para casos de alto risco e alguns de

risco intermediário, sendo que a linfadenectomia limitada (obturadora) não tem mais indicação por não abranger as possibilidades de metástases (Guidelines EAU, prostate cancer, march 2019, p. 72).

A linfadenectomia não é parte integrante do procedimento, devendo ser remunerada à parte, conforme a via de acesso, quando realizada.

Documentos necessários para autorização:

Laudo anatomopatológico da biópsia prévia.

Medicamentos:

A antibioticoprofilaxia está indicada, (Guidelines AUA, may 2019, p. 5-10).

O código 31104150 – *Neouretra proximal (cistourethroplastia)* é considerado incluso no procedimento.

Procedimentos correlacionados à hiperplasia prostática benigna sem cobertura

Código	Descrição
31201016	<i>Ablação prostática a laser</i>
31201059	<i>Eletrovaporização de próstata</i>
31201083	<i>Hipertrofia prostática – hipertermia ou termoterapia</i>
31201164	<i>Hipertrofia prostática – tratamento por diatermia</i>

Outros tratamentos endoscópicos para doença prostática e complicações cirúrgicas

Nas complicações pós-operatórias notadamente relacionadas ao sangramento de loja prostática, deve ser avaliado o procedimento efetivamente realizado para codificar o pagamento correto.

Código	Descrição
31201067	<i>Hemorragia da loja prostática – evacuação e irrigação</i>
31201075	<i>Hemorragia da loja prostática – revisão endoscópica</i>
31201091	<i>Hipertrofia prostática – implante de prótese</i>
31201105	<i>Hipertrofia prostática – tratamento por dilatação</i>

Os materiais e equipamentos são basicamente os mesmos da RTUP.

Os demais tratamentos são de baixa incidência, visto a baixa efetividade a longo prazo, e poderão ser liberados somente em caráter excepcional, mediante avaliação prévia da Auditoria Médica e justificativa pertinente.

Cirurgia esterilizadora masculina

Utilizar termo de responsabilidade e termo de consentimento padronizados pela Unimed do Brasil.

Código	Descrição
31205070	<i>Cirurgia esterilizadora masculina</i>

Procedimento com cobertura prevista na RN vigente da ANS, possui diretriz de utilização em conformidade com a Lei de Planejamento Familiar – Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e Resolução CFM 1901/2009.

A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e somente 60 dias depois da manifestação de vontade.

A manifestação de vontade, assim como o procedimento realizado devem estar devidamente registrados em prontuários.

O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

Documentos necessários para autorização

Conforme a diretriz de utilização.

Vasectomia unilateral

Código	Descrição
31205046	<i>Vasectomia unilateral</i>

Deve seguir os critérios de indicação para as doenças específicas (por exemplo, orquite de repetição).

Referências bibliográficas

Campbell-Walsh urology. 11th ed./editor-in-chief, Alan J. Wein; editors, Louis R. Kavoussi [et al.], 2018.

Guidelines American Urological Association – may 2019. Disponível em: <https://www.auanet.org/guidelines>.

Guidelines European Association of Urology – march 2019. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/>.

Resolução Normativa - RN 428, de 7 de novembro de 2017, ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Rol de Procedimentos Médicos Unimed, baseado na RN 428, de 7 de novembro de 2017 e TUSS de janeiro de 2019.

Urologia Brasil: Nardi, Aguinaldo C. et al., Sociedade Brasileira de Urologia, PlanMark, Rio de Janeiro, RJ: Sociedade Brasileira de Urologia, 2013.

Urologia Moderna: Reis, Rodolfo B. et al., Sociedade Brasileira de Urologia – Secção São Paulo. Lemar, São Paulo, 2013.

Postectomia

Código	Descrição
31206220	<i>Postectomia</i>
31206212	<i>Plástica de Freio Balanoprepucial</i>

Procedimentos mutuamente excludentes. Ao se realizar uma postectomia, deve-se realizar uma plástica do freio. Contudo, quando não houver fimose, e quando o paciente não opte pela circuncisão, realiza-se apenas a cirurgia do frênulo balanoprepucial (Frenuloplastia).

Faca de Sacks

Material considerado permanente deve fazer parte da taxa de sala de cirurgia.

Alça de ressecção nas cirurgias de próstata

Fracionamento equivalente a 1/3 do valor do material, porém os valores serão negociados pelas Unimed.

Fibra laser em Urologia

A regra de remuneração da fibra a laser é pertinente para os procedimentos abaixo:

- Endopielotomia percutânea unilateral
- Nefrolitotripsia percutânea unilateral a laser
- Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral
- Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral a laser
- Cálculo vesical - extração endoscópica
- Tumor vesical - fotocoagulação a laser
- Cistolitotripsia a laser

Valor teto da fibra a laser para o Intercâmbio Nacional:

- R\$ 800,00 (fibra laser multiuso - até 10 usos) – equipamento rígido
- R\$ 1.500,00, (fibra laser multiuso - até 10 usos e fibra laser descartável) – equipamento flexível

A cobrança deve ser realizada no código TNUMM da fibra utilizada com seu respectivo valor total estabelecido acima.

Os valores acima já contemplam:

- Todos os equipamentos que são necessários em procedimentos urológicos a laser
- Fibra a laser
- Taxa de laser cirúrgico

Não será permitido o cadastro das taxas de equipamentos relacionados acima, nos pacotes cujo item principal ou alternativo estejam listados nesta regra, independente se a fibra a laser fizer parte da sua composição ou não.

Quando utilizados os dois equipamentos (rígido e flexível), em um mesmo tempo cirúrgico (Ex.: cálculo alto e cálculo baixo) a cobrança da fibra laser será x1 e a de maior valor (R\$ 1.500,00), uma vez que essa mesma fibra laser (reutilizável ou descartável) pode ser empregada nas duas intervenções.

Para os procedimentos em que não há a utilização da fibra laser, deverá seguir a regra de remuneração de equipamentos/vídeo descrita no manual de Auditoria Médica e de Enfermagem.

Torção testicular

Quando cobrado junto com 31203108 cirurgia de torção testicular, o procedimento 31203060 Orquidopexia pode ser cobrada em quantidade 01, desde que realizada no testículo contralateral.

REGRAS GERAIS DA AUDITORIA MÉDICA

1. Cobrança de corticóide de depósito Diprospan® em PS

Não há fundamento para remuneração de Diprospan® em Pronto Socorro, assim como de outros corticóides de depósito com ação semelhante, não cabendo remuneração destes medicamentos quando decorrentes de atendimentos de urgência/emergência em intercâmbio nacional.

2. Cobrança de corticóides que não são de depósito em PS

Corticóides usados no pronto atendimento com finalidade de tratar emergências respiratórias e outros acometimentos podem ser remunerados, exemplo DEXAMETASONA, CORTISONA.

3. HERCEPTIN® (Trastuzumab)

Pagamento de HERCEPTIN® (Trastuzumab) sempre de forma fracionada – em miligramas – independentemente do tipo de serviço (prestador).

4. Teste do ACTH sintético e Teste LHRH ou GNRH

Para a realização desses testes, são necessários os medicamentos gonadorelina e tetracosactídeo, que não possuem registro na Anvisa. Conforme parecer da ANS, não possuindo cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, não poderão ser cobrados no Intercâmbio Nacional até o seu devido registro na ANVISA.

5. Diretriz para uso de Albumina Humana

As indicações formais da RDC 115, mesmo que revogada, serão utilizadas para pagamento de albumina no Intercâmbio Nacional. As indicações discutíveis deverão ser acompanhadas de relatório médico detalhado, justificando a indicação.

INDICAÇÕES FORMAIS:

1. Preenchimento (priming) da bomba de circulação extracorpórea nas cirurgias cardíacas.
2. Tratamento de pacientes com ascites volumosas (acima de 5 litros), por paracenteses repetidas.
3. Após paracenteses evacuadoras nos pacientes com ascites volumosas.
4. Como líquido de reposição nas plasmaféreses terapêuticas de grande monta (retirada de mais de 20 ml/kg de plasma por sessão).
5. Prevenção da síndrome de hiperestimulação ovariana no dia da coleta do óvulo para fertilização in vitro.
6. Pacientes com cirrose hepática e síndrome nefrótica, quando houver edemas refratários aos diuréticos e que coloquem em risco iminente a vida dos pacientes.
7. Grandes queimados, após as primeiras 24 horas pós-queimadura.
8. Pós-operatório de transplante de fígado, quando a albumina sérica for inferior a 2,5 g%.
9. **Choque hipovolêmico – paciente crítico** - Se houver contraindicação a coloides sintéticos* **E** Albumina dosada < 2,5/dl **E** edema ameaçador à vida.
10. **Cirurgias Extensas** - Ressecção hepática maior do que 40% **E** se coloides sintéticos forem contraindicados* **E** falha no uso de cristaloides para adequado volume intravascular. Transplante cardíaco. Transplante de pulmão.
11. Reposição volêmica se houver contra indicação a coloide sintético (na presença de distúrbio de coagulação envolvendo o fator de von Willebrand e F VIII ou insuficiência renal aguda).

Sugestão de dose de albumina para reposição, conforme situação clínica:

- **Procedimento de paracentese:** 6g por litro de ascite retirada.
- **Grandes queimados:** 0,2ml x superfície de área queimada x peso.
- **Peritonite bacteriana espontânea:** 1,5g/kg peso do paciente.
- **Demais procedimentos:** Déficit de albumina (g/l) x 0,04 x Peso (kg) x 2, quando:
 - Déficit de albumina = albumina desejada - albumina do paciente (não ultrapassar 2g/kg peso);
 - 0,04 x peso (kg) = massa plasmática;
 - 2 = constante relativa à difusão de albumina para o espaço extravascular.

RESUMO DAS INDICAÇÕES

RDC 115/2004 - Indicações formais e discutíveis:

INDICAÇÃO	RDC 115/2004	CRITÉRIOS
By pass cardiopulmonar	✓ Formal	Preenchimento da bomba de CEC em cirurgia cardíaca.
Cirrose	? Discutível	Discutível quando associada a peritonite bacteriana espontânea.
Doença hepática com ascite não responsiva ao tratamento clássico	✓ Formal	Após paracenteses repetidas OU evacuaçã o ascite volumosa.
Doença hepática crônica com hipoalbuminemia grave	✓ Formal	Quando houver edemas refratários aos diuréticos e que coloquem em risco iminente a vida dos pacientes.
Hiperbilirrubinemia do RN	? Discutível	Discutível na doença hemolítica perinatal.
Paciente crítico	? Discutível	Discutível em hipovolemia, hipoalbuminemia e má-distribuição hídrica.
Plasmaferese	✓ Formal	Retirada de mais de 20 ml/kg de plasma por sessão.
Prevenção da síndrome de hiperestimulação ovariana	✓ Formal	No dia da coleta do óvulo para fertilização <i>in vitro</i> .
Queimadura	✓ Formal	Após 24h da queimadura.
Síndrome nefrótica	✓ Formal	Edemas refratários a diuréticos e que coloquem em risco iminente a vida dos pacientes e edema genital associado não responsivo a diuréticos.
Transplante Hepático	✓ Formal	PO quando albumina sérica for inferior a 2,5 g/dl.

Acrescidas de:

CONDIÇÃO CLÍNICA	INDICAÇÃO DE ALBUMINA
Choque hipovolêmico - paciente crítico	Se houver contra-indicação a coloides sintéticos. Albumina dosada < 2,5/dl E edema ameaçador à vida.
Cirurgias extensas	Ressecção hepática maior do que 40% E se coloides sintéticos forem contra-indicados E falha do uso de cristaloides para adequado volume intravascular. Transplante cardíaco. Transplante de pulmão.
Reposição volêmica	Se houver contra-indicação a coloides sintéticos.

Desta forma, em situação de distúrbio de coagulação envolvendo fator de Von Willebrand e FVIII, assim como em insuficiência renal aguda, a escolha é **albumina**.

6. Codificação para dispensa de material e medicamento

20105045 - Aplicação de medicação não coberta prescrita em consultório nos casos em que há autorização da Unimed Origem. Código específico para dispensação desses medicamentos e materiais com valores de R\$ 0,01, apenas para permitir o tráfego da cobrança.

7. Diretriz antieméticos

Deverá ser seguida a orientação da ANS – a tabela de emetogenicidade, que serve apenas para o regime de oncológicos orais domiciliares, conforme próprio parecer da ANS. Para quimioterapias em regime ambulatorial (sob supervisão médica) e/ou hospitalar, vale a prescrição do médico assistente dentro das coberturas estabelecidas pelo Rol da ANS.

8. Hialuronatos – Nota técnica da ANS

Utilizar a nota técnica da Anvisa para auxílio para que a auditoria coíba abusos e utilização indiscriminada do medicamento.

9. Diretriz para uso de imunoglobulina

Recomendação do estudo da CTNMBE sobre uso de imunoglobulina.

10. Cobrança e autorização de quimioterápicos

Desde que o medicamento autorizado e o cobrado tenham o mesmo SAL e valor menor ou igual ao autorizado, não é necessária uma nova autorização e não cabe glosa. Na situação em que houver necessidade de utilização de medicamento com valor superior ao autorizado, independentemente de ser o mesmo SAL ou não, deve haver pedido de autorização com a troca do código.

11. Remuneração da visita hospitalar e bloqueios anestésicos em paciente internado

O médico recebe a consulta e o ato médico, e os dias subsequentes só serão remunerados quando justificados.

12. Acréscimo 30% sobre visita hospitalar em situações de urgência/emergência

Não se paga acréscimo de 30% para visitas hospitalares, mesmo nos horários de urgência/emergência.

13. Acréscimo 30% em situações de urgência/emergência em contas parciais

Não se paga o acréscimo de urgência/emergência em contas parciais.

O acréscimo de urgência e emergência não é cobrado sobre a conta e sim sobre a remuneração médica dos procedimentos que se enquadram nessa condição.

14. Remuneração de médicos intensivistas e médicos assistentes

É pertinente a cobrança de intensivista diarista (10104011) concomitante ao pagamento de visita hospitalar (10102019) do médico assistente dentro das regras do Rol da UNIMED. Sempre será pago o código de remuneração para os plantonistas, exceto quando incluso na diária. Todas as ações realizadas pelos médicos (nas diversas áreas) devem estar relatadas em prontuários médicos e checadas pela auditoria da Unimed Executora. Em caso de paciente cirúrgico, não cabe o pagamento de visita do médico assistente dentro dos dez dias de pós-operatório previstos pela CBHPM.

O código 10104011 - *Atendimento do intensivista diarista (por dia e por paciente)*, não dá direito à remuneração dobrada quando o cliente possui plano com previsão de internação em apartamento.

15. Pagamento de honorários em Unidade Semi-intensiva

Remuneração dos honorários médicos em unidades semi-intensivas por meio dos códigos 10104011 - *Atendimento do intensivista diarista (por dia e por paciente)* e 10104020 - *Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica*, desde que cumpridas as diretrizes da Portaria nº 466/MS/SVS de 4 de junho de 1998. Conforme a referida portaria, faz-se necessário cumprir os seguintes requisitos gerais para funcionamento de unidades de tratamento semi-intensivo:

3.3 - Toda Unidade de Tratamento Semi-Intensivo deve dispor, no mínimo, da seguinte equipe básica:...

c. Um médico diarista para cada 10 leitos ou fração da Semi-Intensiva, especialista em Medicina Intensiva, responsável pelo acompanhamento diário da evolução clínica dos pacientes.

d. Um médico plantonista para cada 10 leitos ou fração da Unidade Semi-Intensiva.

3.4 - Os médicos diarista e plantonista da Semi-Intensiva podem ser os mesmos que atendem à UTI correspondente, desde que não seja ultrapassada a relação médico/leitos estabelecida.

A remuneração do atendimento 10104020 - *Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica* (plantão de 12 horas - por paciente), não cabe glosa do número de plantões realizados pelo mesmo profissional desde que respeite a cobrança de dois plantões em uma diária de UTI. Não cabe remuneração para o mesmo médico do honorário do intensivista concomitante com o honorário do plantonista diurno.

16. Pagamento do Intensivista em Berçário Patológico

Não cabe remuneração do código 10104020 - *Atendimento médico do intensivista em UTI geral ou pediátrica* (plantão de 12 horas - por paciente) em acomodação de Berçário Patológico

17. Remuneração do plantão de 12 horas na UTI, quando ele for fracionado

Nas situações em que o paciente permanecer internado na UTI por horas fracionadas menos que as 12 horas previstas, deve ser pago o plantão de 12 horas integralmente, desde que não se exceda o máximo de 2 plantões para cada diária de UTI cobrada. A exceção é a situação em que o paciente interna na UTI entre meia-noite e 07:00h, cabendo a remuneração de um plantão adicional para este período.

18. Remuneração de auxiliares

No caso de cirurgias múltiplas, quando o procedimento de maior porte não previr a remuneração de auxiliares, ou quando o procedimento de maior porte previr menos auxiliares que algum outro procedimento realizado no mesmo ato, remunerar a quantidade de auxiliares de acordo com o procedimento que tenha previsão de remuneração da maior quantidade de auxiliares.

Vale ressaltar que a confirmação dos dados de auditoria é de competência da Unimed Executora, de acordo com regras do Sistema Unimed (exceção feita a acordos bilaterais e/ou regionais).

19. Visita médica no intercâmbio

Não cabe remuneração de profissional clínico para visitas pós-operatórias sem que haja a solicitação formal de parecer ou acompanhamento clinicamente justificado.

20. Paciente internado que realiza procedimento cirúrgico em clínica durante a internação

Quando o procedimento for remunerado em dobro no âmbito hospitalar, também cabe dobrar quando realizado em clínicas, desde que seja feito durante a internação.

21. Pagamento de atendimento de berçário

O código 10103015 contempla visitas até o terceiro dia de vida, portanto, remunera-se esse código apenas uma vez por recém-nascido.

Não cabe adicional de Urgência/Emergência para esse código.

22. Consultas especiais/pagamento das sessões

Não há necessidade de solicitar autorização para as sessões/consultas de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia em pacientes internados, quando solicitadas pelo médico assistente.

Essas sessões/consultas deverão ser analisadas na auditoria retrospectiva.

Nos casos em que as consultas de psicologia ou sessões de psicoterapia estiverem incluídas em diárias globais ou semi globais, não cabe cobrança com códigos do Rol Unimed.

Não cabe a cobrança de consulta de psicologia e sessão de psicoterapia na mesma data.

23. Diretriz de Utilização para sessões de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, em pacientes internados

As sessões são de uso restrito do paciente, não cabendo atendimento a parentes ou familiares.

As sessões devem ser originadas em solicitação do médico assistente responsável pelo paciente.

As sessões de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, quando solicitadas pelo médico assistente serão remuneradas na quantidade máxima de uma por dia de internação.

As consultas de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, quando solicitadas pelo médico assistente serão remuneradas na quantidade máxima uma por internação.

As sessões de fisioterapia obedecerão às regras já estabelecidas no capítulo de fisioterapia.

Para terapia ocupacional foram elencadas as seguintes situações como possíveis indicações da participação em pacientes internados:

- Pacientes com condições limitantes do desempenho em AVD;
- Alterações musculoesqueléticas que demandem confecção de órteses;
- Necessidade de confecção de recursos de tecnologia assistiva;
- Pacientes em longo período de internação;
- Pacientes com déficit cognitivo;
- Complicações psicossociais decorrentes da internação;
- Situações de disfunção e/ou insegurança dos cuidadores;
- Preparo para desospitalização;
- Oportunização de experiências significativas durante o período de internação (Cuidados Paliativos);
- Prevenção de feridas e lesões.

24. Sessão de psicoterapia

Deve ser paga com periodicidade de uma sessão de psicoterapia por dia. Situações excepcionais serão avaliadas mediante justificativa clínica detalhada.

25. Consulta em Psicologia

Não há limitações para o número de consultas por paciente, mas deve ter autorização prévia.

Utilizar código TUSS existente no caso de consulta hospitalar.

26. Visita da alta

A visita hospitalar referente à alta deve ser paga.

27. Psicopedagogia

Parecer da ANS informa que a psicopedagogia tem cobertura obrigatória quando realizada por psicólogo ou terapeuta ocupacional, por meio dos procedimentos consulta/sessão com psicólogo, consulta/sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, consulta/sessão com terapeuta ocupacional e sessão de psicoterapia, que constam listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, disposto no Anexo I da Resolução Normativa vigente, desde que realizada por profissional pertencente à rede credenciada ou referenciada da operadora, ou mediante reembolso, quando o contrato tiver previsão de livre escolha de prestadores.

28. Equoterapia

A equoterapia, por se tratar de uma técnica de cinesioterapia específica relacionada ao procedimento de reeducação e reabilitação tramato-ortopédica, não consta no Rol de procedimentos recentemente atualizado pela Resolução Normativa vigente e, portanto, não possui cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde.

29. Exames de Colesterol LDL 40301591

Esse teste diagnóstico não deve ser pago porque não é efetivamente realizado pelo laboratório. O resultado apresentado no laudo é produto do cálculo matemático (fórmula de Friedewald):

$LDL = \text{Colesterol total} - HDL - \text{Triglicerídeos}$

Seu pagamento só é pertinente para níveis séricos de triglicerídeos > 400 mg/dl e quando o laboratório comprovar que possui o kit necessário para a sua realização.

Quando não for solicitado em associação ao colesterol total, HDL e triglicerídeos, o LDL e VLDL deverão ser remunerados.

30. Contagem de plaquetas em citrato

Não se paga 2x o código 40304361 - *Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)*, pois já está contemplado nele qualquer conservante que seja utilizado.

31. Dosagem de glicose com sobrecarga de dextrosol

Os códigos 40302032 - *Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose, dosagem* e 40302040 - *Glicose* são procedimentos distintos e a diferença de preço refere-se apenas aos insumos utilizados. São exames diferentes, podendo ser cobrados concomitantemente quando realizados.

32. Teste sorológico - RN460

A exigência do RT PCR para autorização do teste sorológico só é aplicável nas situações em que o paciente tenha realizado o exame. Caso contrário, deve ser considerada a DUT.

Testes sorológicos poderão ser solicitados em pronto atendimento e, quando o atendimento for referenciado pelo médico solicitante como urgência, deverão seguir a regra de intercâmbio com resposta imediata.

33. Cobrança do exame de RT-PCR para SARS-COV-2 (4.03.14.61-8)

São passíveis de glosas as cobranças desse exame, cuja indicação clínica não tenha sido informada ou tenha sido informada incompleta, não atendendo aos critérios de elegibilidade da DUT para a realização do exame.

Caso haja a necessidade de realização da glosa por não atender aos critérios acima, a Unimed Executora terá a possibilidade de apresentar a indicação clínica correta no AJIUS.

34. Anuscopia

Deve ser paga separada da consulta.

35. Avaliação médica presencial

O termo “perícia médica” quando solicitado será substituído pelo termo “avaliação médica presencial”, para atendimento a legislação do CFM, que reconhece a Medicina Legal e Perícia Médica como especialidade médica.

Foram definidos os seguintes critérios para a realização da auditoria médica presencial:

- Obrigatoriedade, quando solicitada pela Unimed Origem, exclusivamente para os procedimentos previstos na Tabela de Racionalização do Rol de Procedimentos Médicos Unimed;
- O auditor médico está habilitado a realizar as avaliações, ficando a cargo das Singulares a opção por especialistas;
- Não pode ser exigido especialista para esta auditoria no intercâmbio nacional;

- A Unimed Origem é a responsável pelo seu beneficiário e por manter o seu cadastro atualizado.

Os prazos para realização da avaliação médica presencial obedecerão aos prazos determinados pelo Rol Unimed para cada procedimento

Penalidades:

Glosa total da conta ou glosa parcial relacionada aos procedimentos, objeto da auditoria médica presencial: aplicadas para os casos de recusa ou omissão para realização da auditoria médica presencial, por parte da Unimed Executora, por qualquer motivo, exceto por motivos relacionados ao beneficiário, desde que registrada a solicitação no CHAT dentro dos prazos definidos.

Serão considerados motivos relacionados ao beneficiário:

- Beneficiário que não compareceu a perícia por motivo justificável, ou
- Beneficiário se recusou a comparecer à perícia, ou
- Beneficiário não foi alcançável para o agendamento da perícia, por motivo de cadastro desatualizado;
- Beneficiário não compareceu a perícia já marcada.

A sutura do lóbulo da orelha, decorrente de rasgadura ou alargamento, tem finalidade estética e não restitui a função e então, sem cobertura na Lei 9656/98.

A rinoseptoplastia funcional deve ser autorizada especialmente para tratamento da insuficiência de válvula nasal e nas condições em que a correção da pirâmide nasal (desvio da ponta do nariz) for complemento indispensável da septoplastia, para se obter a função respiratória nasal normal.

Para cirurgia de hernia umbilical associada a outros procedimentos deve haver comprovação documental da hernia umbilical do exame de imagem.

36. Teste do pezinho

No Intercâmbio Nacional, serão liberados apenas dois tipos de Teste do pezinho (básico e ampliado), pois ainda não existem estudos que justifiquem a inclusão dos demais testes em triagens rotineiras sistemáticas no período neonatal, podendo a incidência da doença em uma determinada população determinar ou não a necessidade do exame.

- Básico:

Fenilalanina (26.06.003-5)

TSH (28.05.070-3)

T4-Tiroxina (31.12.038-5)

- Ampliado:

Fenilalanina (26.06.003-5)

TSH (28.05.070-3)

T4-Tiroxina (31.12.038-5)

Cromatografia de aminoácidos (26.05.001-3)

Hemoglobinas S, C, E e talassemias (28.04.104-6)

17-OH progesterona (28.05.042-8)

IRT -Tripsina imunorreativa (28.01.171-6)

A triagem da biotinidase para atender à fase IV do programa está incluída no código do teste do pezinho ampliado, sem alteração de valor. Caso o teste seja positivo, será realizado o exame da dosagem da biotinidade separadamente.

37. Curativo realizado ao final do procedimento cirúrgico

Não devem ser pagos honorários médicos para curativo(s) realizado(s) ao término da cirurgia.

38. Terapia Inalatória Intermitente

20104235 - *Terapia Inalatória por nebulização* faz parte do atendimento médico. É passível de pagamento de materiais e medicamentos pertinentes aos procedimentos de inalação e nebulização, em qualquer ambiente.

39. Assinatura digitalizada no relatório de intercâmbio

A assinatura digitalizada não é necessária, mas o nome e o número de inscrição no CRM devem constar nos relatórios previstos para o Intercâmbio Nacional, por se tratar de ato profissional.

Referente o Relatório da Auditoria Médica previsto no item 9.17 do Manual de Intercâmbio Nacional, os responsáveis técnicos pela emissão do relatório de auditoria deverão ser identificados nos respectivos campos do arquivo PTU A500, de acordo com suas competências, contendo obrigatoriamente o nome do médico auditor e seu registro no conselho de classe.

Quando for realizado pela enfermagem, deve conter o nome do responsável e seu registro em conselho de classe.

40. Validade do pedido médico

Não há prazo de validade para a solicitação médica.

41. Adicional de 30% para remoção

Não cabe o adicional de 30% para remoção.

42. Contato do médico assistente com médico auditor da Origem

Não há ilegalidade em o médico cooperado assistente entrar em contato com auditores de outras Unimed.

43. Códigos valorados a R\$ 0,01 – manutenção no Rol da Unimed

Os códigos valorados a R\$ 0,01 permanecerão obrigatórios para autorização, não sendo passíveis de glosa para cobrança quando a Unimed Executora informar apenas a medicação utilizada.

- 20104430 - *Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer* (com diretriz definida pela ANS - nº 64)
- 20105037 - *Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina* (com protocolo de utilização definido pela ANS)
- 20105045 - *Aplicação de medicação não coberta* prescrita em consultório nos casos em que há autorização da Unimed Origem
- 20106017 - *Medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos* (com diretriz definida pela ANS - nº 54)
- 20106025 - *Terapia oncológica para hormonioterápicos e bisfosfonados em geral e antineoplásicos e anticorpos monoclonais se aplicados por via subcutânea quando feitos isoladamente.*

44. Classificação genérica de materiais

Materiais classificados como sem necessidade de autorização:

- ÓRTESES - cânula de traqueostomia, fios ortopédicos e tubos de ventilação
- PRÓTESES - sem exceção, a autorização é obrigatória
- MATERIAIS ESPECIAIS: agulha de biópsia, bomba infusão elastomérica, cateter de diálise, cateter venoso central, clip, conector em y, dialisador, equipo aquecedor de sangue/fluido, equipo ortopedia, equipo urologia/artroscopia, extrator de veias lâmina de faca de enxerto, manifold, splint nasal e transdutor

Os materiais: agulha de biópsia, splint nasal e lâmina de faca de enxerto permanecem com necessidade de autorização até que melhores estudos e possibilidade de estabelecer precificação sejam feitos.

45. Tratamento seriado

Procedimentos seriados são aqueles realizados em sessões sucessivas e, para efeito no Intercâmbio Nacional, são especificamente os seguintes:

- Sessões de Fisioterapia
- Sessões de Fonoaudiologia
- Sessões de Terapia ocupacional
- Sessões de Psicologia
- Sessões de Acupuntura
- Sessões de Terapia renal substitutiva
- Sessões de Psicoterapia realizada por médico
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Terapias especiais - Códigos criados no Rol da Unimed para atender às terapias no Intercâmbio Nacional para ABA, BOBATH, Cuevas Medek Exercises, Teacch, PECS e Denver.
- Para Radioterapia, seguir o conceito de tratamento seriado. Uma vez autorizado, deve ser concluído.
- Para Quimioterapia, deve ser seguido o conceito de tratamento seriado, sendo recomendada a autorização por ciclo.

46. Bloqueio com toxina botulínica

O código 20103140 - *Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal* (com diretriz definida pela ANS) - deve ser remunerado por segmento corporal.

De acordo com definição da CBHPM, o segmento corporal compreende-se como parte do corpo facilmente delimitável:

- 1) cabeça e pescoço;
- 2) membro superior direito;
- 3) membro superior esquerdo;
- 4) face anterior do tórax;
- 5) face posterior do tórax;
- 6) abdome;

- 7) nádegas (da cintura a raiz da coxa);
- 8) coxa direita;
- 9) coxa esquerda;
- 10) conjunto perna e pé direito;
- 11) conjunto perna e pé esquerdo e
- 12) região genital e órgãos genitais externos.

Cabe avaliação médica presencial quando solicitada pela Unimed Origem.

47. Abdominoplastia x Dermolipectomia

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica:

Abdominoplastia corresponde a procedimento mais complexo do que a dermolipectomia, pois associa a plicatura dos mm. retos abdominais e onfaloplastia à simples dermolipectomia abdominal.

Caso a solicitação de dermolipectomia (30101271) venha associado aos procedimentos de plicatura de retos abdominais e onfaloplastia (ou similares), para efeitos de cobrança no Intercâmbio Nacional, deve-se considerar o código “30101972 - abdominoplastia pós cirurgia bariátrica”, ao invés do conjunto de códigos citados, mesmo não se tratando de situação pós bariátrica. Tal padronização torna-se válida pelo fato de a DUT 18 indicar o procedimento tanto para perda ponderal pós bariátrica quanto para perda ponderal pós tratamento clínico.

Procedimentos abdominoplastia e dermolipectomia são excludentes entre si.

48. Dímero D

O preenchimento da indicação clínica deve estar obrigatoriamente em consonância com a DUT da RN vigente da ANS, podendo ser solicitado um relatório médico caso a indicação clínica não seja suficiente.

A cobrança máxima de D-dímero no Intercâmbio a cada dois dias de internação ou no pronto atendimento e de acordo com a diretriz de cobertura:

Avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes com pneumonia ou síndrome respiratória aguda grave, com quadro suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID 19).

49. RT LAMP para COVID-19

O teste de saliva RT LAMP para COVID-19 não tem cobertura prevista no Rol de Procedimentos.

50. Tocilizumabe em Covid

Medicação não coberta por ser uso off label. Do ponto de vista da evidência clínica, não está recomendado até que novas evidências sejam publicadas.

51. Relatório de troca de procedimentos

Não haverá necessidade de relatório na cobrança desde que o valor do procedimento efetivamente cobrado não ultrapasse o valor do procedimento inicialmente autorizado e os procedimentos sejam similares. O mesmo cabe ao OPME, considerando a qualidade do material utilizado.

52. 40313190 Metais Al, As, Cd, Cr, Mn, Hg, Ni, Zn, Co, outro (s) absorção atômica (cada), pesquisa e/ou dosagem

Não pode ser cobrado a dosagem de selênio no código 40313190, por não se tratar de metal.

53. Medicação off label

A Unimed pode negar a medicação off label ou experimental, baseado na legislação vigente (lei 9.656 e RN 465), conseqüentemente não se responsabilizando pelo pagamento.

A cobrança particular pelo hospital depende da relação contratual entre o hospital, o contratante e o beneficiário.

Em caso de solicitação de reembolso pelo cliente, não cabe o repasse para a executora, desde que previamente solicitado e negado contratualmente por avaliação do auditor.

A Unimed de Origem pode negar baseada na legislação e não cabe solicitação de termo de consentimento informado pela Unimed Origem.

54. Interconsulta e acompanhamento paciente internado

Sempre que houver a cobrança de interconsultas e acompanhamentos para paciente internado a Unimed Origem poderá solicitar o envio de justificativa médica por meio do Ajius, que deverá obrigatoriamente ser encaminhada pela Unimed Executora.

Desde que esteja no limite das visitas previstas no MAME é pertinente a cobrança de interconsulta do paliativista independente da especialidade do médico assistente.

55. Retossigmoidectomia com abaixamento de cólon

Todo e qualquer procedimentos que seja necessário para liberação do colon para fazer uma anastomose sem tensão é parte integrante do procedimento principal, seja ele colectomia parcial, retossigmoidectomia ou cirurgia do abaixamento do cólon.

Retossigmoidectomia é ressecção de sigmoide e parte do reto.

Nos casos em que houver necessidade de cirurgia de abaixamento, deve se remunerar apenas o código referente a esse procedimento, pois a ressecção do segmento do cólon sigmoide, da ressecção do reto e a reconstrução estão incluídas nessa técnica.

Cirurgia de abaixamento: Um segmento maior de reto é retirado, adentrando a cavidade pélvica e assim, a reconstrução intestinal é feita abaixando-se o colón até a pelve (abaixo da reflexão peritoneal), para junção com o reto remanescente ou ânus.

56. Regramento da tabela de procedimentos excludentes

A tabela de procedimentos excludentes foi construída utilizando o critério de custo, sendo o excluído o procedimento de menor valor.

Contempla os procedimentos que são considerados 100% colidentes entre si.

Códigos não previsto na tabela precisam ser avaliados pela auditoria medica.

A excludência é aplicada quando os procedimentos são realizados no mesmo ato e mesmo prestador. Porém é conveniente uma análise da auditoria médica nos procedimentos excludentes realizados em atos diferentes no mesmo prestador.

As glosas que forem efetuadas oriundas da tabela de excludentes, deverão ser acatadas.

É uma tabela dinâmica em construção que pode sofrer alterações em caso de novas demandas.

Procedimentos excludentes realizados pelo mesmo prestador no mesmo dia são passíveis de glosa, ainda que tenham sido cobrados em faturas distintas. Quando realizados por prestador diferentes não são passíveis de glosa.

A excludência entre a 10101012 - Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido) e a 20104294 - Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento, esta condicionada à realização pelo mesmo profissional na mesma data. Os insumos devem ser pagos.

57. 20104189 Sessão de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

O código 20104189 Sessão de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas) contempla honorário médico, gases, taxas e equipamento.

Conforme a gravidade, somente as situações a seguir, PODEM ter a necessidade de mais de uma sessão por dia:

- pacientes com doença descompressiva;
- pacientes com embolia traumática pelo ar;
- pacientes com embolia gasosa;
- pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;

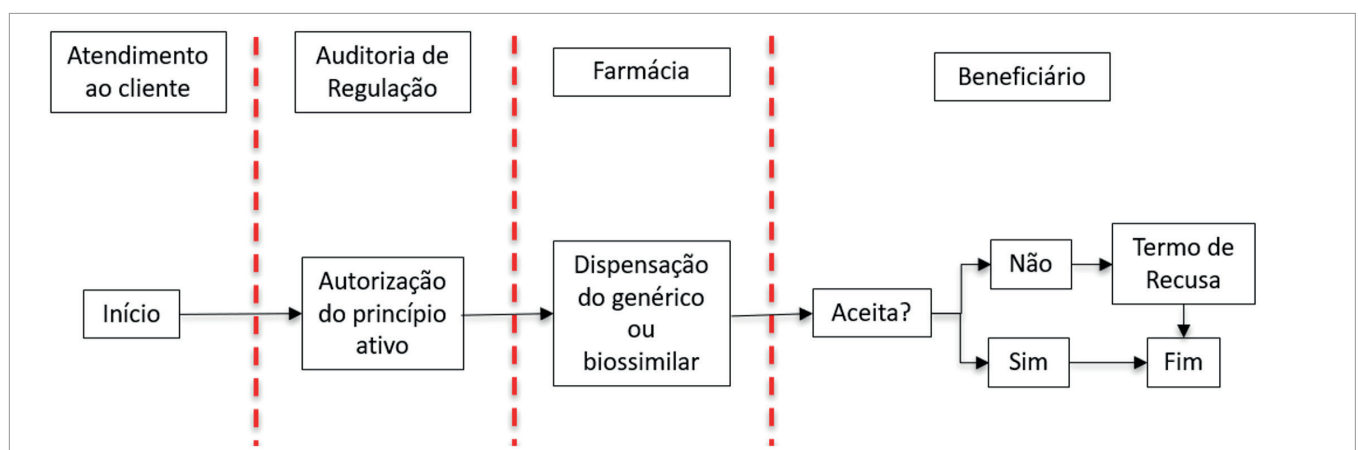
Nestas situações a OHB tem urgência de ser realizada, pois seus benefícios acontecem nas primeiras 6, 8 ou 12 horas iniciais. As sessões mais prolongadas são muito embasadas no primeiro dia, mas podem se estender mais 1 ou 2 dias no máximo. Depois disso, e em outros diagnósticos, as sessões de OHB são no máximo diárias, podendo ser mais espaçadas.

58. Biossimilares

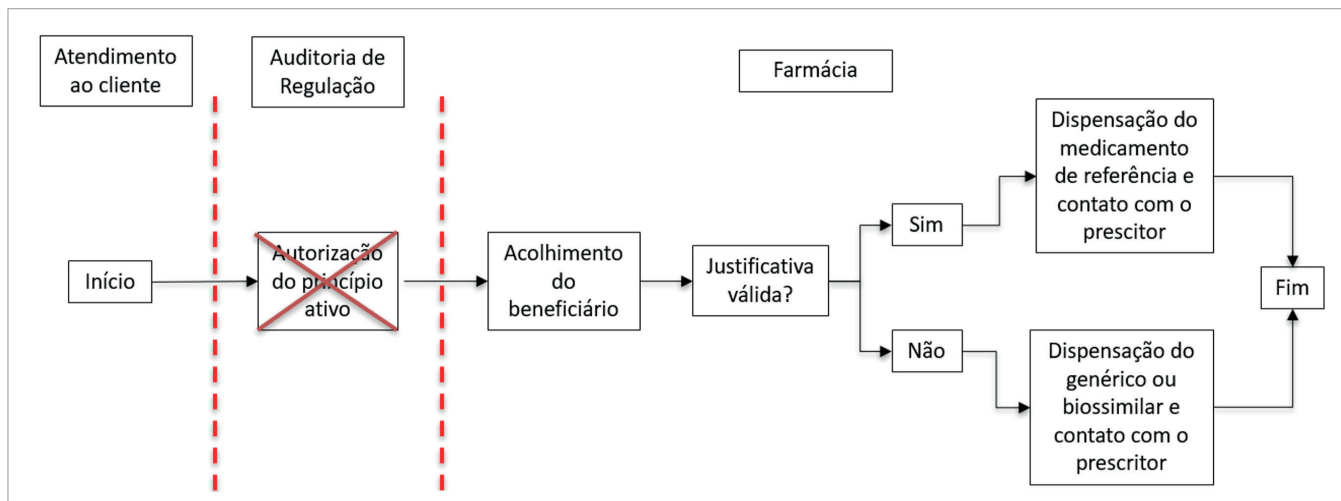
Recomenda-se o uso de biossimiliar como imunobiológico de escolha para início de tratamento de doenças imunológicas no Intercambio Nacional.

Biossimilares possuem eficácia idêntica aos medicamentos de marca e custo muito inferior.

59. Fluxo de entrega de medicações subcutâneas Biossimilares



Atenção: Conforme as recomendações da ANVISA, após início do uso de um biossimilar, a marca do mesmo deverá ser mantida durante todo o tratamento, exceções em casos de desabastecimento no mercado



Os modelos de termos recomendados MDS.128 - Modelo de Declaração do (a) Farmacêutico (a), MDS.129 - Modelo de Termo de Justificativa Técnica para Médicos Prescritores e MDS.130 - Modelo de Termo de Recusa de Medicamento, estão disponíveis para download no Portal do Auditor, digite: www.unimed.coop.br, faça o login na área restrita e siga o caminho: Aplicativos / GIU /Aplicativo Portal do Auditor.

60. 40103200 - Eletrencefalograma especial

O procedimento 40103200 - Eletrencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado (até 2 horas), em paciente internado não necessita autorização prévia, apesar de estar na racionalização.

Permitir, no máximo, cobrança 1x a cada 24h, sujeitos ainda a auditoria pós, por indicação.

Monitorização contínua está inclusa em diárias e taxas hospitalares.

O código 40103757 - Vídeoeletrencefalografia contínua NÃO invasiva - 12 horas (vídeo EEG/NT), não se aplica a investigação de morte encefálica e nem monitorização contínua.

61. Spravato (Esketamina)

A medicação não possui cobertura ambulatorial ou em hospital dia. A cobertura é restrita a paciente internado com ideação suicida, quadro de depressão maior conforme indicação de bula.

62. Registro das especialidades no CFM

São passíveis de glosas as visitas superiores ao dobro de diárias totais cobradas.

As visitas superiores ao dobro do número de diárias deverão ser cobradas com envio de justificativa técnica. Caso não haja o envio da justificativa a Unimed Origem poderá realizar a glosa e solicitar o envio da justificativa técnica.

A Unimed Origem se julgar pertinente poderá também, solicitar justificativa técnica independentemente do número de visitas.

63. Fornecimento de contraceptivo injetável operacionalização no Intercâmbio Nacional

Em atenção a RN 538, deverá valer o que estiver na prescrição médica, com validade máxima de aplicação pelo período de seis meses. O fornecimento da medicação e a aplicação deverá ocorrer em algum recurso da Unimed Executora próprio ou credenciado, não poderá ser em farmácia pois não tem como viabilizar o tráfego da informação e da cobrança no Intercâmbio Nacional.

64. Entrega de medicação subcutânea – intercambialidade e lista de medicamentos autoaplicáveis

São passíveis de entrega pela Unimed Origem os medicamentos subcutâneos auto aplicáveis conforme lista sinalizada no anexo IV desse manual.

A Unimed Origem é responsável pela orientação ao paciente pelo treinamento e monitoramento.

A intercambialidade poderá ser aplicada quando houver concordância do médico prescritor.

A dispensação do medicamento subcutâneo poderá seguir o fluxo normal do intercambio a exemplo da entrega dos medicamentos orais.

65. Pulsoterapia

As codificações 20104383 *Pulsoterapia intravenosa (por sessão) – ambulatorial* ou 20204159 *Pulsoterapia intravenosa (por sessão) – hospitalar*, são as escolhidas para transitar as terapias endovenosas com imunoglobulinas poliespecíficas, seja para reposição ou para imunomodulação. A aplicação de imunoglobulinas específicas em ambulatório (ex. imunoglobulina anti-D ou anti Rh) é mediante prescrição, não justificando honorário.

20104472 *Terapia subcutânea com imunoglobulina humana policlonal* - quando domiciliar, não justifica a remuneração da codificação.

66. Glosa de procedimentos na auditoria pós por falta do envio da descrição cirúrgica

Não cabe vinculação da exigência da obrigatoriedade do envio da transcrição da descrição cirúrgica para autorização dos procedimentos.

Não cabe solicitação sistemática de descrição cirúrgica detalhada na autorização e na cobrança.

A transcrição da descrição cirúrgica no pós (Ajius) pode ser solicitada pela Unimed Origem desde que o auditor médico exponha de forma argumentativa qual a dúvida técnica que não foi sanada pela manifestação da auditoria da executora.

FUNDAMENTOS E CONCEITOS DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

1. INTRODUÇÃO DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

A auditoria teve origem na Inglaterra, quando o país criou, em 1314, o cargo de auditor do tesouro inglês para acompanhar o domínio dos mares, uma forma de controle do comércio mundial e dos grandes negócios (GOMES, ARAÚJO E BARBOZA, 2009). Em 1559, a Rainha Elizabeth I estabeleceu a auditoria dos pagamentos a servidores públicos (RIOLLINO, 2003), para designar a tecnologia contábil de revisão e balanço (auditing). Posteriormente, a auditoria foi introduzida em outras áreas, como instrumento de gestão (SANTOS et al., 2012).

No Brasil, com a vinda de empresas internacionais e o crescimento das nacionais, na década de 1940, a atividade de auditoria se fortaleceu a partir da evolução dos mercados capitais. Porém, só foi oficializada em 1968, por meio do Banco Central do Brasil (RIOLLINO, 2003).

Na área da saúde, o médico estadunidense George Gray Ward aplicou a auditoria, em 1918, para avaliar a qualidade da assistência à saúde pela verificação de prontuários, bem como para analisar a assistência prestada, considerando os envolvidos no processo (paciente, hospital e operadora de saúde) e conferindo os procedimentos executados com os valores cobrados, a fim de garantir um pagamento justo (CAMELO, 2009). Ao envolver aspectos quantitativos e qualitativos da assistência, ou seja, avaliar a eficácia e eficiência do processo de atenção à saúde, a auditoria é um instrumento de gestão que colabora para a alocação adequada dos recursos (CECCON e ROSA, 2013). Por isso, a auditoria em saúde é indispensável para sistemas públicos ou privados e deve ser realizada por uma equipe multiprofissional de forma interligada (DORNE e HUNGARE, 2013).

Uma importante atuação nesse campo é a auditoria em contas hospitalares, realizada em prontuários, como forma de garantir a qualidade do serviço, além de reduzir desperdício de materiais e medicamentos. Como os procedimentos geram custos, o meio mais seguro para se comprovar e receber o valor gasto da assistência prestada, evitando glosas, é o registro, principalmente em se tratando de um convênio do hospital com operadoras de saúde (ITO, 2004). Considerando as atividades envolvidas na auditoria em saúde, Santos et al. (2012) destacam a função do enfermeiro auditor como aquele que controla o processo administrativo ou, como defendem alguns autores, exerce avaliação sistemática da qualidade de enfermagem prestada ao cliente, verificando os resultados da assistência. Para tal, a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) funciona como uma base de análise a partir da avaliação dos resultados da auditoria.

Conforme consta na Resolução nº 720 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2023), a auditoria de enfermagem é o conjunto de atividades exercidas com o objetivo de promover a segurança assistencial em todos os níveis de saúde nos seus múltiplos aspectos para possam refletir de forma coesa na promoção da saúde e satisfação do paciente /cliente.

Conceito

A. Auditoria

O conceito de auditoria incorporou ao longo do tempo novas técnicas fundamentais de coleta de evidências em resposta as solicitações crescentes da comunidade interessada nestes serviços. Podemos definir auditoria como o estudo e a avaliação sistemática das transações realizadas e das demonstrações contábeis consequentes. Neste sentido, sua principal finalidade é determinar até que ponto existe conformidade com os critérios preestabelecidos, comunicando os resultados às instâncias interessadas (CARDOZO, 2013).

B. Auditoria em saúde

A auditoria em saúde consiste na análise, revisão, intervenção ou exame de contas de serviços ou procedimentos prestados por profissionais da área - médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos etc. (BERNARDO e RODRIGUES, 2013), sendo ferramenta importante para a mensuração da qualidade (auditoria de cuidados) e de custos (auditoria de custos) das instituições de saúde (ROSA, 2012).

Para Gonçalves (2016), a auditoria em saúde dedica-se ainda a contratos, com o objetivo de tomar conhecimento de todos os estabelecidos entre as partes envolvidas, exigindo o respeito e o total cumprimento do que foi acordado, mantendo o equilíbrio dos procedimentos. Também assegura a qualidade dos serviços oferecidos pela instituição e aprimora os procedimentos técnicos, administrativos e éticos dos profissionais da saúde; avalia o desempenho do serviço; promove o processo educativo aos profissionais, objetivando sempre o avanço da qualidade do atendimento a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis e pelo justo valor do serviço prestado (GONÇALVES, 2016).

A auditoria em saúde é, portanto, um importante instrumento de gestão, uma vez que contribui diretamente para o destino e a aplicação adequados dos recursos para a qualidade de todo e qualquer serviço e procedimento oferecidos pela instituição.

C. Auditoria em enfermagem

Consiste na avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada, por meio de prontuários, além do acompanhamento do cliente 'in loco' e da verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os insumos cobrados na conta hospitalar, o que garante um pagamento justo, considerando o consumo e a cobrança (GONÇALVES, 2016).

O enfermeiro auditor possui entre suas atribuições possíveis as atividades de auditor hospitalar, em operadoras de saúde; auditoria em gestão de custos e qualidade; facilitador em capacitações voltadas para auditoria e custos; docência. É responsável por levantar custos e pela qualidade assistencial, subsidiando o direcionamento de metas gerenciais e decisões do corpo diretivo da instituição, auxiliando também na mensuração da qualidade da assistência de enfermagem que pode incentivar pesquisas baseadas em ações registradas/avaliadas/comprovadas para construir um saber científico.

Passos et al. (2012) enfatizam que a auditoria em enfermagem traz ainda benefícios como o desenvolvimento dos indicadores da assistência e o estabelecimento de critérios de avaliação e geração de conhecimentos, demonstrando sua importância nas instituições hospitalares e operadoras de serviços de saúde, além de novas dimensões.

Para Morais (2014), a incorporação dos conhecimentos de enfermagem à auditoria foi um avanço considerável, pois a absorção desse profissional otimizou processos e racionalizou o tempo de auditoria, permitindo a divisão de tarefas, conforme o padrão de conhecimento, entre o auditor médico e de enfermagem. Segundo o autor, a formação técnica do enfermeiro confere a ele habilitações e competências que associam o conhecimento em saúde a funções gestoras e administrativas em geral. Sua atuação na assistência o coloca em contato direto com os processos dos diversos prestadores e com a liderança. Além disso, sua experiência em setores altamente especializados, como unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos hospitalares e unidades de apoio diagnóstico, sedimenta e amplia os conhecimentos adquiridos na graduação.

Legislação

A auditoria em enfermagem está respaldada por uma vasta legislação, que abrange também as suas diversas áreas de atuação, subsidiando órgãos governamentais e não-governamentais, para torná-los capazes de apoiar, cada vez mais, as atividades desenvolvidas pelo setor (SANTANA e SILVA, 2009). Com destaque, o respaldo da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, a Resolução específica para auditoria emitida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e, naturalmente, o próprio Código de Ética de Enfermagem.

A Lei do Exercício Profissional (Lei 7.498/86), que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências, regulamentada pelo Decreto 94.406/87 (BRASIL, 1987), em seu Artigo 11, inciso I, alínea h (no Decreto 94.406/87, corresponde ao Artigo 8º, inciso I, alínea d), versa que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre esta matéria.

A Resolução do COFEN nº 720/2023 (COFEN, 2023) Normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria e dispõe, sobre as atividades do enfermeiro auditor em saúde;

- a. Enfermeiro em Auditoria – Enfermeiro generalista que atua em serviços de auditoria, conforme legislação vigente.
- b. Enfermeiro Auditor – Enfermeiro com titulação de especialista na área de Auditoria, conforme legislação vigente.

Conforme a Resolução do COFEN nº 720/2023 (COFEN, 2023), é da competência privativa do enfermeiro:

- a. Organizar, dirigir, planejar, coordenar, avaliar, prestar consultorias, atuar em todas as etapas do processo de auditorias e contra auditorias (recursos de glosas), além de emitir pareceres sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem;
- b. Supervisionar Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, nos casos em que estes estejam desempenhando funções auxiliares de menor complexidades que envolvam atividades de Auditoria.

Como integrante da equipe multidisciplinar de Auditoria e Gestão em Saúde, cabe ao enfermeiro:

- a. Atuar no planejamento, execução e avaliação da proposta assistencial;
- b. Atuar na construção de programas e atividades que visem a assistência integral à Saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco, implementando as linhas de cuidados;
- c. Atuar na elaboração de protocolos e indicadores assistenciais, acompanhar a execução e avaliação da assistência, considerando as implementações e os seus desfechos;
- d. Atuar na elaboração de medidas de prevenção, junto aos núcleos e comissões obrigatórias de segurança do paciente, discutindo as barreiras instituídas para a prevenção de danos durante a assistência, bem como discutir os incidentes evidenciados durante o processo assistencial;
- e. Atuar na elaboração de programas e atividades da educação permanente, visando à melhoria da Saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- f. Atuar na elaboração de Contratos, Adendos e Pacotes para a Prestação de Serviços públicos e privados que dizem respeito à assistência, atuando também na contratualização e nas negociações técnicas e comerciais entre prestadores de serviços e operadoras de Saúde;
- g. Atuar em bancas examinadoras, na docência em disciplinas específicas de Auditoria e de Gestão em Saúde; nos concursos para provimentos de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico de Enfermagem, em especial Enfermeiro Auditor, bem como participar da aplicação de provas e títulos de especialização em Auditoria de Enfermagem;
- h. Atuar em todas as atividades de competência do Enfermeiro em Auditoria, em conformidade

com o previsto na legislação vigente;

i. Atuar nas atividades de controle, avaliação e auditoria especializada em Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)/Dispositivos Médicos implantáveis (DMI). Estas atribuições abrangem a análise da compatibilidade dos materiais com os procedimentos; análise das alternativas de produtos similares nos quesitos de qualidade e funcionalidade; proposição de medidas de racionalidade na utilização de OPME/DMI na atenção a Saúde; cadastro, negociação e liberação/compras dos materiais bem como a emissão de pareceres com fundamentos técnicos e científicos baseados em normas regulatórias/regulamentadoras vigentes, com enfoque na rastreabilidade, padronização e racionalização dos materiais utilizados nos procedimentos cirúrgicos.

j. Acessar os contratos e adendos pertinentes à Instituição a ser auditada bem como o prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessária, no desempenho de suas atribuições;

k. Realizar visitas técnicas nos prestadores de Serviços de Saúde públicos e privados para avaliar a estrutura física e a qualidade da assistência prestada aos pacientes constatando o cumprimento das legislações vigentes da área de atuação da instituição;

l. Visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com relação à qualidade dos serviços prestados, no cumprimento de sua função. Podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, através de registro em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando possível, ou por seu representante legal;

m. Acompanhar, presencialmente, exames e procedimentos prestados ao paciente no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório, desde que autorizado pelo paciente e Instituição a ser auditada.

Considerando a interface do serviço de Enfermagem com os diversos serviços de Saúde públicos e privados, a Resolução do COFEN nº 720/2023 define que:

- Fica livre a conferência da qualidade no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de Enfermagem prestada ao paciente, devendo o Enfermeiro registrar em relatório apropriado tal fato e sinalizar aos seus pares Auditores da equipe multidisciplinar, pertinentes à área específica.
- O Enfermeiro poderá solicitar esclarecimentos para equipe multiprofissional sobre fatos que interfiram na clareza e objetividade dos registros, com a finalidade de coibir interpretações equivocadas sobre a assistência prestada bem como que possam gerar glosas indevidas.
- O Enfermeiro poderá solicitar acesso aos protocolos assistenciais do prestador de serviços, com o objetivo de constatar o resultado da assistência prestada; e toda a documentação necessária durante a Auditoria concorrente ou retrospectiva, somente nas dependências da Instituição a ser auditada. Ao Enfermeiro fica vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, conforme regras da Lei Geral de Proteção de Dados.
- O Enfermeiro quando no exercício de suas funções de Auditoria, deve ter conhecimento técnico sobre o assunto a ser discutido, sobre os insumos utilizados, ter visão holística do processo assistencial, como qualidade de gestão clínica, qualidade de assistência por linha de cuidado e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem-estar do ser humano enquanto paciente/cliente.
- O Enfermeiro como educador, deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, podendo participar da discussão realizada na passagem de plantão, contribuindo e trazendo agi-

lidade no processo de autorização para continuidade assistencial, discutindo as oportunidades de melhoria dos processos com a equipe, realizando palestras e capacitações com os envolvidos, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria de Enfermagem e Auditoria em Saúde, contudo, sem delegar ou repassar a função para Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Faturistas, Auxiliares de Contas Hospitalares ou qualquer outro profissional que não seja Enfermeiro.

- O Enfermeiro, enquanto integrante de equipe multiprofissional de Auditoria deverá manter o sigilo profissional, salvo os casos previstos em lei, que objetive a garantia do bem-estar do ser humano e a preservação da vida.

Atribuições do enfermeiro auditor

No convênio*:

- Avaliar a assistência de enfermagem prestada ao cliente por meio do prontuário;
- Verificar a pertinência dos procedimentos frente aos padrões e protocolos estabelecidos;
- Elaborar relatórios/planilhas por meio das quais se define o perfil do prestador: custo por dia, custo por procedimento, comparativos entre prestadores por especialidade;
- Participar de visitas hospitalares;
- Avaliar e controlar (com emissão de parecer) as empresas prestadoras de serviços, fornecendo dados para a manutenção/continuidade do convênio (assessoria ao credenciado);
- Exercer atividades conforme atribuído pela Resolução do COFEN nº 720/2023

*Convênio = Operadora de Saúde Suplementar, conforme nomenclatura da Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS.

No hospital

- Análise do prontuário médico, verificando se está completo e seus diversos campos - médico e de enfermagem - corretamente preenchidos: história clínica, registro diário da prescrição e evolução médica e de enfermagem, checagem dos serviços, relatórios de anestesia e cirurgia, por exemplo
- Avaliar e analisar a conta hospitalar, se condiz com o evento realizado
- Fornecer subsídios e participar de treinamentos do pessoal de enfermagem
- Analisar contas e glosas, além de estudar e sugerir reestruturação das tabelas utilizadas, quando necessário
- Fazer relatórios pertinentes: glosas negociadas, aceitas ou não, atendimentos feitos, dificuldades encontradas e áreas suscetíveis de falhas e sugestões
- Manter-se atualizado em relação às técnicas de enfermagem, aos serviços e recursos oferecidos pelo hospital, colocando-se a par (inclusive) de preços, gastos e custos alcançados
- Utilizar, quando possível, os dados coletados para otimizar o serviço de auditoria: saber apontar custos de cada setor, indicar onde pode haver redução de gastos, perfil dos profissionais envolvidos e dados estatísticos
- Exercer atividades conforme atribuído pela Resolução do COFEN nº 720/2023

Geral

- Conhecer e identificar os aspectos que envolvem o ambiente no qual está inserido
- Conhecer os aspectos técnico-científicos da área que audita
- Conhecer os acordos e as situações que envolvem as diversas questões do trabalho
- Trabalhar com honestidade, ponderação e bom senso
- Não fazer julgamentos prévios sem ter pleno conhecimento dos fatos
- Trabalhar em parceria, buscando novas informações
- Orientar os demais colegas de trabalho quanto a novas situações e estar aberto ao diálogo como forma de aprendizado
- Agir sempre dentro dos preceitos éticos e legais de sua profissão

Tipos de Auditoria

A auditoria pode ser dividida:

- Quanto à classificação:
 - a) Regular ou ordinária** – realizada em caráter de rotina, é periódica, sistemática e previamente programada, com visitas, análise e verificação das fases específicas de uma atividade, ação ou serviço.
 - b) Especial ou extraordinária** – realizada para atender a apuração de denúncias, indícios, irregularidades ou por determinação do Secretário de Estado da Saúde e outras autoridades competentes para verificação de atividade específica.
- Quanto ao tipo:
 - a) Auditoria analítica** – conjunto de procedimentos especializados que consistem na análise de relatórios, processos e documentos, visando avaliar se os serviços ou sistemas de saúde atendem a normas e padrões previamente definidos. O enfermeiro auditor participa também das ações da auditoria analítica, como um importante colaborador do auditor médico, principalmente no acompanhamento e monitoramento de ações, como gerenciamento de condições e doenças crônicas, gerenciamento de casos clínicos, com construção e monitoramento de planos de cuidados, processos de desospitalização, com acompanhamento da assistência domiciliar, elaboração e aplicação de programas de medicina preventiva etc. (MORAIS, 2014).
 - b) Auditoria operativa** – consiste na verificação de processos e documentos comparados aos requisitos legais/normativos e atividades relativas à área de saúde por meio do exame direto de fatos, documentos e situações.
 - c) Auditoria de gestão** – conjunto de atividades que abrangem área de controle, fiscalização orçamentária, financeira e contábil, avaliação técnica de atenção à saúde, avaliação de resultados e comprovação de qualidade, desempenhadas junto aos gestores, conforme requisitos mínimos estabelecidos pela legislação vigente.
 - d) Auditoria contábil** – pode ser definida como o levantamento, o estudo e a avaliação sistemática de transações, procedimentos, rotinas e demonstrações contábeis de uma entidade, com o objetivo de fornecer aos usuários uma opinião imparcial e fundamentada em normas e princípios sobre sua adequação. A auditoria tem como conceito mais abrangente aspectos de avaliação de cumprimento de metas previstas em planos de saúde e/ou trabalho, de apuração de resultados, de comprovação de qualidade, que precisam ser considerados para o cumprimento das atividades de controle financeiro, contábil e patrimonial nas instituições conveniadas e gestores.

- Quanto à execução:
 - a) Auditoria prospectiva ou auditoria prévia** – com caráter preventivo, procura detectar situações de alarme para evitar problemas. Apóia os processos de liberação de procedimentos, especialmente quando envolvidas tecnologias como materiais implantáveis, oncologia e curativos. A participação do enfermeiro auditor nos processos de avaliação e qualificação da rede de prestadores é fator essencial para a contratação (GONÇALVES, 2008).
 - b) Auditoria retrospectiva** – avalia resultados e corrige falhas. Atividade em que predominam profissionais de enfermagem, a auditoria retrospectiva refere-se à avaliação da qualidade do faturamento em relação à assistência prestada. Não se restringe à conferência de valores, mas busca compreender a qualidade da assistência prestada (GONÇALVES, 2008).
 - c) Auditoria concorrente** – acontece durante um fato ou processo para acompanhar a execução das atividades e garantir a qualidade do produto. A avaliação dos cuidados, a análise dos processos da assistência e as avaliações de produtividade são objetos da auditoria de enfermagem. A conciliação do faturamento pré-ajustado com o prestador é desejável e reduz eventuais contestações de glosas posteriores à apresentação do faturamento hospitalar (GONÇALVES, 2008).
- Quanto à forma:
 - a) Auditoria interna ou de 1ª parte** – executada por auditores habilitados da própria organização auditada.
 - b) Auditoria externa ou de 2ª parte** – executada por auditores ou empresa independente contratada para verificar as atividades e os resultados de uma determinada organização ou sistema.
 - c) Auditoria de 3ª parte** – avaliação aplicada por uma entidade certificadora.

Perfil do enfermeiro auditor

- Respeitar, os níveis hierárquicos da organização
- Manter comportamento ético e sigiloso sobre informações confidenciais, conforme código de ética do exercício profissional e regulamentações vigentes
- Manter-se atualizado profissionalmente, buscando conhecimento técnico-científico, acompanhando todo o desenvolvimento tecnológico na saúde em geral e principalmente nas especialidades de enfermagem que audita
- Emitir pareceres amparado pelo conhecimento técnico, apoiando-se em evidências científicas e nas legislações vigentes
- Atuar de forma ética, impessoal e imparcial
- Manter conduta alinhada com os valores institucionais da organização a qual representa
- Em relação ao prontuário, manter conduta conforme Código de Ética do Exercício Profissional de Enfermagem e Resolução do COFEN nº 720/2023
- Atuar junto a educação continuada, promovendo ações de atualização técnica da equipe

Referências bibliográficas

- ATTIE, W. Auditoria – Conceitos e aplicações. São Paulo: Ed. Atlas, 2011.
- BERNARDO, M. O.; RODRIGUES, C. I. S. O que faz um auditor na área da saúde? Jornal eletrônico Correo do Sul, Sorocaba – SP, 2013. Disponível em: <http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/501927/o-que-faz-um-auditor-na-area-da-saude>. Acesso em: 25 mai. 2017.
- BRASIL, Lei do Exercício Profissional (7.498/86). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 05 jul. 2023.
- BRASIL, Decreto Lei 94.406/87. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> Acesso em: 05 jul. 2023.
- BRASIL, Resolução nº 720 de 15 de maio de 2023, COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. D.O.U. 16/05/2023. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-720-2023_108364.html> Acesso em: 05 jul. 2023.
- CAMELO, S. H. H.; PINHEIRO, A.; CAMPOS, D.; OLIVEIRA, T. L. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009;11(4):1018-25.
- CARDOZO, J. S. S. Origem e conceito de auditoria. Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, 2013.
- CECCON, R. F.; ROSA, R. M. Auditoria em saúde: uma revisão de literatura. EFDeportes.com. Revista Digital. Buenos Aires, Año 18, nº 179, Abril de 2013.
- DORNE, J.; HUNGARE, J. P. Conhecimentos teóricos de auditoria em enfermagem. Rev. Uningá, Vol.15, n.1, pp.11-17 (Jul - Set 2013).
- GOMES, E. D.; ARAÚJO, A. F.; BARBOZA, R. J. Auditoria: alguns aspectos a respeito de sua origem. Rev. Científica eletrônica de Ciências Contábeis – ISSN: 1679-3870 Ano VII – nº 13 – maio de 2009 – Periódicos Semestral, SP. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd179/auditoria-em-saude-uma-re-visao-de-literatura.htm>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- GONÇALVES, N. O papel da auditoria na área da saúde. Cmtecnologia, 2016. Disponível em: <https://www.cmtecnologia.com.br/gestao/auditoria-saude/>. Acesso em: 26 mar. 2017.
- ITO, E. E.; SENES, A. M.; SANTOS, M. A. M.; GAZZI, O.; MARTINS, S. A. S. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004. MORAIS, M. V.; BURMESTER, H. Auditoria em saúde. São Paulo: Saraiva, 2014. ISBN 978-85-02-22865-8.
- PASSOS, M. L.; BORGES, C. T.; CAVALCANTE, M. B. P. T.; GURGEL, M. G. I.; COSTA, M. S.; ALVES, M. D. S. Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. Rev Rene. 2012; 13(5):1025-33.
- RIOLLINO, N. A.; KILUKAS, C. B. V. Relato de experiências de enfermeiras no campo de auditoria do prontuário – uma ação inovadora – Rev. Nursing. São Paulo, v.65 n.65 p. 35-38, out. 2003.
- ROSA, V.L. Evolução da auditoria em saúde no Brasil. Centro Universitário Filadélfia, Londrina, 2012. Disponível em: <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007B1.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017.
- SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. Auditoria em enfermagem – uma proposta metodológica. Ilhéus: Editus, 2009.
- SANTOS, C. A.; SANTANA, E. J. S.; VIEIRA, R. P.; GARCIA, E. G.; TRIPPO, K. V. A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. Rev. Baiana de Saúde Pública, v.36, n.2, p. 539-559 abr./jun. 2012.

2. PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NA ONCOLOGIA

A industrialização, urbanização, exposição frequente a uma gama de produtos potencialmente cancerígenos e a expectativa de vida contribuem para que o câncer (neoplasias malignas) assuma, no Brasil, posições cada vez mais importantes entre as causas de morte.

Em contrapartida, há um notório progresso na área oncológica em função do diagnóstico precoce e de tratamentos inovadores, embora sejam muito caros e representem um aumento dos custos, oferecendo poucas vantagens substanciais se comparadas a drogas já existentes.

O sucesso do tratamento oncológico deve focar no paciente, com a contribuição de uma equipe multidisciplinar que possa oferecer estratégias baseadas na educação contínua e na confiança entre as especialidades, como o desenvolvimento de protocolos e o rastreamento de processos.

A auditoria em oncologia precisa considerar a especificidade dos medicamentos utilizados no tratamento e o perfil devastador da doença nos aspectos emocional e físico do paciente. Assim, a atuação da auditoria em enfermagem nesta área consiste em avaliar a incorporação de novas tecnologias, as atividades de prestação de serviços oncológicos e assistência de forma contínua, garantindo a segurança e a qualidade do atendimento ao cliente, bem como evitando desperdícios e coibindo ações injustificadas.

Portanto, cabe ao enfermeiro auditor em oncologia avaliar os seguintes parâmetros:

Ferramentas de consulta em oncologia:

- Protocolos baseados em evidências e diretrizes clínicas das associações de classe
- Esquema terapêutico disponível pelas agências regulatórias junto a órgãos competentes
- Padronizações de esquemas terapêuticos e medicamentos em oncologia estão disponíveis com a Tratativa oncológica e a Tabela de estabilidade oncológica e antineoplásico

Todas as informações referentes à diluição e reconstituição, interação medicamentosa, tempo de infusão do medicamento, estabilidade e tipo de dispositivo utilizado para administração deverão ser consultadas na Tabela de estabilidade de oncologia e antineoplásicos disponibilizada pela Unimed do Brasil.

A homogeneização da conduta dos cuidados com pacientes oncológicos em cada Unimed é importante na conquista da credibilidade da marca nos tratamentos de doenças de alta complexidade responsáveis por custos terapêuticos e assistenciais elevados, o que garante *know-how* suficiente para estabelecer protocolos sustentáveis e qualidade de assistência aos clientes oncológicos.

3. GUIA PARA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE LESÕES CUTÂNEAS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL E INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Introdução

A pele, o maior órgão do corpo, é indispensável para a vida humana e fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo. Está sujeita a sofrer agressões de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que causarão alterações na sua integridade, como lesões cutâneas ou feridas, que podem levar à incapacidade funcional.

Ferida não significa apenas a perda da solução de continuidade, mas algo que estigmatiza e causa desgaste ao indivíduo, pois, em sua maioria, o tratamento é oneroso e requer investimento físico, emocional e financeiro do cliente. A coleta de dados pela enfermeira por meio da anamnese combinada à entrevista e ao exame físico objetiva avaliar os riscos de integridade da pele prejudicada do cliente, habilitando-a a determinar deficiências reais ou potenciais e a investigar clientes em risco relacionados a fatores como estilo de vida, situação emocional, doença e hospitalização.

O profissional de enfermagem está diretamente implicado no tratamento de feridas, em serviços de atenção primária, secundária ou terciária, e deve manter a observação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou possam interferir no seu processo de cicatrização. É responsável ainda pelo planejamento das ações de enfermagem no que diz respeito à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, além da capacitação da equipe e promoção de condições ambientais e de trabalho adequadas. Para promover o cuidado e a segurança do paciente hospitalizado com lesão cutânea e/ou risco de desenvolvê-la, deve-se incluir estrategicamente instrumentos e indicadores de qualidade, como esse guia (sujeito a avaliações periódicas e reformulações, visando atender os avanços tecnológicos e científicos).

Objetivos

Estabelecer subsídio técnico-científico para o tratamento e a prevenção de lesões cutâneas, definindo o papel do enfermeiro auditor e promovendo auxílio à auditoria técnica e analítica de cobranças apresentadas ao Sistema Unimed

Dar suporte para a avaliação do cliente com risco ou portador de lesões cutâneas e atualizar sobre eventuais novas tecnologias

Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele no atendimento aos portadores de lesões cutâneas do Sistema Unimed, garantindo a melhoria da qualidade na prevenção e no tratamento de feridas, reforçando o papel do enfermeiro diante das novas tecnologias preventivas e curativas de lesões cutâneas. Para tanto, considera-se a lei e a resolução que regulamentam o exercício profissional dos enfermeiros, editadas pelo Conselho Federal de Enfermagem, e o Protocolo de Prevenção de Úlcera de Pressão, da Anvisa.

Responsabilidade ética e legal do enfermeiro no tratamento de feridas

Os procedimentos que exigem complexidade técnica, conhecimento científico e capacidade de tomar decisões imediatas são de responsabilidade do enfermeiro, bem como a função de manter-se atualizado, ampliando os conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão (COFEN 160/3, art. 18).

Cabe à gerência promover e/ou facilitar os aperfeiçoamentos técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (COFEN 240/2000, Capítulo III, art. 19).

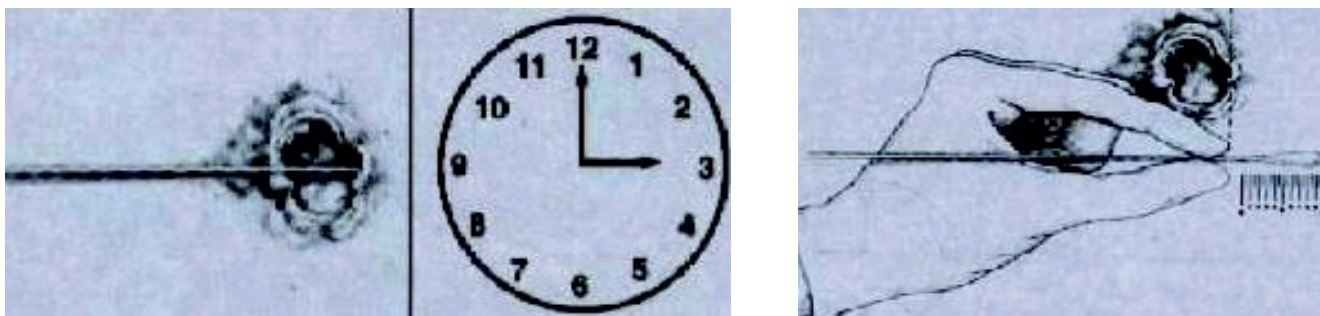
Mensuração das feridas

Para mensurar feridas será utilizado papel transparente estéril, a partir do contorno da lesão, seguindo suas bordas. As maiores extensões serão medidas na vertical e horizontal, e o encontro das retas deverá formar um ângulo de 90°. A profundidade será quantificada inserindo-se uma seringa de insulina, estéril, no ponto mais fundo da ferida, efetuando-se uma marca na seringa no nível da borda da ferida para posteriormente ser comparada na régua (as feridas deverão ser fotografadas no primeiro dia).

Documentação para mensuração da profundidade

Técnica de mensuração do solapamento da ferida, que é o descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual.

- Introduzir sonda uretral número 10 na ferida
- Fazer varredura da área no sentido horário
- Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas). A referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico
- Marcar na sonda o ponto mais próximo da borda
- Medir na régua o segmento marcado
- Registrar na ficha o tamanho (cm) e direção (H) da medida feita para comparação posterior. Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas



Fonte: Hess, 2002.

Registros fotográficos

As lesões deverão ser fotografadas, com identificação do cliente (apenas iniciais do nome) e as seguintes informações:

- Localização da lesão
- Data e cobertura em uso

Os registros deverão ser realizados no primeiro dia da avaliação e a cada nova avaliação do enfermeiro estomoterapeuta, para registro e acompanhamento de sua evolução.

Antes da lesão ser fotografada, o cliente deverá assinar o termo concordando com os registros. Avaliação do exsudato

A presença de exsudato no leito da ferida é uma reação natural do processo de cicatrização. É frequente na fase inflamatória, por causa do extravasamento de plasma em decorrência da vasodilatação dos pequenos vasos, provocada por traumas. Características do exsudato, como volume, odor e cor, subsidiarão o diagnóstico diferencial da ferida e sua infecção, podendo ser: sanguinolento, serosanguinolento, seroso, purulento, purulento e verde com odor.

Classificação das feridas

Feridas traumáticas/agudas	Características da ferida
Feridas cirúrgicas	Tipo de ferida por corte do tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou órgão, produzindo drenagem do soro e sangue, que se espera que seja limpa e sem sinais de infecção
Úlcera arterial	Lesão isquêmica (deficiência da circulação do sangue numa parte do organismo) causada pela insuficiência arterial, mais frequentemente relacionada à aterosclerose, caracterizada pela presença de ateroma (depósito localizado de lipídios, carboidratos, componentes do sangue, tecido fibroso e cálcio).
Úlcera venosa	Lesões da pele de difícil cicatrização, pois há diminuição da circulação do sangue. A insuficiência venosa crônica leva ao desenvolvimento de alterações progressivas da pele, que consistem na hiperpigmentação da pele e na dermatoesclerose (enrijecimento da pele, perdendo toda a elasticidade). O estágio mais avançado das alterações da pele é a formação da úlcera venosa (de estase).
Feridas traumáticas	Causadas por objetos, meios mecânicos, ação perfurante, ação cortante, ação contundente, ação perfuro-cortante.
Deiscência	Quando pontos da ferida operatória se rompem, mas não em sua totalidade.
Evisceração	Quando pontos da ferida operatória se rompem em sua totalidade.

Sinais e sintomas que auxiliam no diagnóstico das infecções mais comuns

Categoria	Critérios
Úlcera de pressão	<ul style="list-style-type: none"> Sinais periferidas: edema, calor, hiperemia; Mudança na característica do exsudato; Aparecimento ou aumento da dor; Sinais sistêmicos: hipertermia, calafrio, taquicardia e inapetência; Queixas: desconforto, com contagem de colônias maior que 10 (dez elevado a quinta) UFC; * Não confundir hiperemia com úlcera de pressão estágio I.
Úlcera venosa	<ul style="list-style-type: none"> Sinais periferidas: edema e calor. Podem surgir flictemas; aparecimento ou aumento de tecido necrótico; aumento de exsudato, com característica purulenta ou não; relato de desconforto ou dor; aumento da intensidade de dor; aumento da intensidade de dor preexistente; "dor em pontada"; dermatite; Sinais no membro ferido: edema, comprometimento de pele e tecido moles; Sinais sistêmicos: hipertermia, calafrio, taquicardia e inapetência; Cultura positiva com contagem de colônias maior que 10 (dez elevado a quinta) UFC; * Não confundir hiperemia com dermatite.
Úlcera neurotrófica	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da exsudação; Exacerbação do odor; Aumento do tecido necrótico; Aumento da área de hiperceratose; Sinais sistêmicos: hipertermia, calafrio, taquicardia e inapetência, cultura positiva com contagem de colônias maior que 10 (dez elevado a quinta) UFC.
Úlcera arterial	<ul style="list-style-type: none"> Sinais periferida: hiperemia e edemas de bordas e calor; Aumento da área necrótica (tecido necrótico seco); Aparecimento ou aumento da dor; Sinais sistêmicos: hipertermia, calafrio, taquicardia e inapetência; Cultura positiva, contagem de colônias maior que 10 (dez elevado a quinta) UFC.

Técnica de limpeza de feridas

Tipo	Descrição
Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza exaustiva com soro fisiológico a 0,9%, que visa à retirada de sujidade e microorganismos existentes no leito da ferida. É permitido nesse caso o uso de solução antisséptica
Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza que visa à retirada do excesso de exsudato, resíduos de agentes tópicos e microorganismos existentes no leito da ferida. Usar somente o soro fisiológico a 0,9% morno, em jato (força hidráulica), independente de apresentar infecção ou não
Desbridamento ou Debridamento	<ul style="list-style-type: none"> • Remoção de material estranho ou desvitalizado de tecido da ferida traumática, infectada ou não, ou adjacente a esta, até expor-se tecido saudável
Mecânico (por ação física)	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste em fazer uma fricção com a gaze, ou esponja, com solução salina no leito da lesão, em um único sentido; geralmente requer analgesia • Indicação: ferida crônica • Contraindicação: úlceras isquêmicas e aquelas sem possibilidade de cicatrização, úlceras fúngicas e neoplásicas, distúrbios de coagulação, com exposição de tendão, ou pacientes em terapia anticoagulante
Autolítico	<ul style="list-style-type: none"> • Degradação do tecido necrótico sob ação das enzimas lisossomais, liberadas por macrófagos • Indicação: feridas com tecido necrótico • Contraindicação: úlcera isquêmica e fúngica
Químico	<ul style="list-style-type: none"> • Por ação de enzimas proteolíticas, que removem o tecido desvitalizado por meio da degradação do colágeno • Indicação: feridas com tecido necrótico, independente da sua característica • Contraindicação: úlceras isquêmicas, fúngicas e neoplásicas; pacientes com distúrbio de coagulação

Oxigenoterapia hiperbárica

Oxigenoterapia hiperbárica ou hiperoxigenação é um método terapêutico, no qual o paciente é submetido a uma pressão maior que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica, respirando oxigênio a 100%.

A câmara hiperbárica consiste em um compartimento selado, resistente à pressão, que pode ser pressurizado com ar comprimido ou oxigênio puro. Os modelos de grande porte acomodam vários pacientes simultaneamente (câmaras multiplacês); os menores acomodam apenas um paciente (câmaras monoplacês).

O efeito primário da terapia OHB é aumentar a pressão parcial do oxigênio (PO₂) no plasma, que pode ser aumentada muitas vezes além da PO₂, atingida pela respiração do ar, em condições atmosféricas.

Avaliação

A avaliação e a indicação para a Terapia em Oxigênio Hiperbárica são realizadas através da metodologia da Escala USP de gravidade:

Itens	Pontos		
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	50 anos
Tabagismo		Leve/moderado	Intenso
Diabetes		Sim	
Hipertensão art. sist.		Sim	
Queimaduras		< 30% da superfície corporal	30% da superfície corporal
Osteomielites		Sim	com exposição óssea

Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção/secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
Diâmetro da lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Crepitação subcutânea	< 2cm	2 a 6 cm	6cm
Celulite		5 a 10 cm	10 cm
Insuf. arterial aguda		Sim	
Insuf. arterial crônica			Sim
Lesão aguda		Sim	
Lesão crônica			Sim
FQ alteração linfática		Sim	
Amputação/desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de tórax		Sim	
Ventilação mecânica		Sim	
Períneo/mama/face			Sim

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos
GI < 10 pontos GII - 11 a 20 pontos GIII - 21 a 30 pontos GIV > 31 pontos

Tipos de coberturas

Devem ser padronizadas na instituição e poderão ser prescritas por enfermeiros, quando houver comissão de curativos devidamente reconhecida na instituição.

Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contraindicação	Observações
Bota de UNA Nome comercial: FlexiDress	Facilita o retorno venoso e auxilia na cicatrização de úlceras. Evita o edema dos membros inferiores.	Tratamento ambulatorial e domiciliar de úlceras venosas de perna e edema linfático.	Úlceras arteriais e úlceras arteriovenosas Presença de infecção ou miíase.	Por ser de uso específico para úlceras venosas de perna e edema linfático pode ser prejudicial, se mal indicado. Troca semanal ou quando necessário mediante justificativa.
Hidrogel Nome comercial: Nu-Gel, Elastogel, Purilon, Intrasite Gel, Dermagran, Duoderm Gel	Amolece e remove o tecido desvitalizado por meio de desbridamento autolítico; mantém o meio úmido; facilita a reidratação celular e o debridamento; estimula a liberação do exsudato.	Remove crostas e tecidos desvitalizados de feridas abertas.	Utilizar em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.	Em feridas infectas, trocar no máximo a cada 24 horas. Necrose no máximo a cada 72 horas ou quando necessário, mediante justificativa.

Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contra-indicação	Observações
Membranas ou filmes semipermeáveis Nome comercial: Opsite, Bioclusive, HydroFilm, Tegaderm, Aguagard, BlisterFilm, MeFilm, Poliskim	<p>Proporciona ambientes úmidos, favoráveis à cicatrização.</p> <p>Possui permeabilidades seletivas, permitindo a difusão gasosa e evaporação da água; impermeável a fluidos e microorganismos.</p>	<p>Fixação de cateteres vasculares;</p> <p>proteção de pele íntegra e escoriação; prevenção de úlcera de pressão; cobertura de incisões cirúrgicas limpas com pouco ou nenhum exsudato;</p> <p>cobertura de queimadura de 1º e 2º graus; cobertura de áreas doadoras de enxerto.</p>	<p>Feridas com muito exsudato;</p> <p>feridas infectadas.</p>	<p>Trocar quando perder a transparência, deslocar a pele, se houver sinais de infecção ou quando necessário, mediante justificativa.</p>
Sulfadiazina de prata Nome comercial: Dermazine, Pratazine, Dermacerium, Pratacerium	<p>Íon prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida pela liberação de pequena quantidade de prata iônica.</p>	<p>Queimadura.</p>	<p>Hipersensibilidade ao produto.</p>	<p>Período de troca no máximo a cada 12 horas, ou quando a cobertura secundária estiver saturada ou quando necessário, mediante justificativa.</p>
Hidropolímero Nome comercial: Allvyn, Askina Transorbent, Tielle Plus, Mepilex, Oprasorb, Polymen, Tielle Tielle Plus, Elasto-Gel	<p>Proporciona um ambiente úmido e estimula o debridamento autolítico; absorve o exsudato e expande-se delicadamente à medida que absorve o exsudato.</p>	<p>Tratamento de feridas abertas não infectadas.</p>	<p>Queimadura de 3º grau; lesões com vasculite ativa; ferida colonizada ou infectada com tecido desvitalizado ou necrose.</p>	<p>Trocar o curativo sempre que houver presença de fluido nas bordas de almofada de espuma ou no máximo a cada 7 dias ou quando necessário, mediante justificativa.</p>
Papaína	<p>Provoca dissociação das moléculas de proteínas, resultando em desbridamento químico.</p> <p>É bactericida e bacteriostático.</p>	<p>Tratamento de feridas abertas, limpas ou infectadas.</p> <p>Desbridamento de tecidos desvitalizados.</p>	<p>Contato com metais, devido ao poder de oxidação.</p> <p>Tempo prolongado de preparo devido à instabilidade da enzima (que é de fácil deterioração).</p>	<p>Trocar no máximo a cada 24 horas, ou com a saturação do curativo secundário ou quando necessário, mediante justificativa.</p> <p>Pode ser associada ao carvão ativado ou hidrocoloide.</p> <p>Requer cobertura secundária.</p> <p>Concentração da papaína: ferida necrótica 10%; ferida com exsudato ou purulenta de 4% a 6%; ferida com tecido granulado 2%.</p>
Colagenase Nome comercial: Irujol Mono, Fibrinolizina, Santyl	<p>Age seletivamente degradando o colágeno nativo da ferida.</p>	<p>Debridamento enzimático suave e não invasivo à lesão.</p>	<p>Ferida com cicatrização por primeira intenção. Utilizar em pacientes sensíveis às enzimas.</p>	<p>Aplicação conforme prescrição.</p>

Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contra-indicação	Observações
Cobertura não aderente estéril Nome comercial: Adaptic, Inadine, Atrauman, CarresynGauze	Proporciona a não aderência da ferida e permite o livre fluxo de exsudatos.	Lesões superficiais de queimaduras; áreas doadoras e receptoras de enxerto; áreas de lesões com necessidade da não-aderência do curativo à lesão.	Feridas com cicatrização por primeira intenção. Feridas infectadas.	Produtos de hidrocarbonetos saturados, derivados do petróleo, podem causar irritação e reações granulomatosas; requer curativo secundário. Troca quando necessário, mediante justificativa.

Modo de utilização	
Produto	Modo de usar
Alginate de cálcio Nome comercial: Algodean, Aegacoll, Curasorb, Kaltost, Melgisorb, Seasorb, Sorbsan, Sorbalgon, Sorbalgon Plus, Rescore Calcicare, Tegagem	<ul style="list-style-type: none"> Lavar a ferida com S.F. a 0,9% Remover exsudato e tecido desvitalizado, se necessário Escolher o tamanho da fibra de alginato que melhor se adapte ao leito da ferida Modelar o alginato no interior da ferida, umedecendo a fibra com solução fisiológica. Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a banda da ferida, com o risco de prejudicar a epitelização Ocluir com cobertura secundária estéril
Curativo úmido com solução fisiológica a 0,9%	<ul style="list-style-type: none"> Lavar a ferida com jatos de S.F. a 0,9% Manter gaze de contato úmida com S.F. a 0,9% no local Ocluir com cobertura secundária estéril (gaze, chumaço ou compressa seca) Fixar
Ácido Graxo Essencial (AGE) Nome comercial: Dersani, Ativoderm, AGE Derm, Sommacare, Saniskin, Hig Med.	<ul style="list-style-type: none"> Lavar o leito da ferida com jatos de S.F. a 0,9% Remover exsudato e tecido desvitalizado, se necessário Espalhar AGE pelo leito da ferida, manter úmido até a próxima troca. Em feridas extensas, pode-se espalhar o AGE sobre o leito da ferida e utilizar como cobertura primária gazes embebidas em solução fisiológica a 0,9% Fixar
Placa de hidrocoloide Nome comercial: Duoderm, Hydrocoll, Tegasorb, Restore replicare, Confeel, Askina, Biofilm	<ul style="list-style-type: none"> Lavar o leito da ferida com jatos de S.F. a 0,9% Secar a pele ao redor da ferida Escolher o hidrocoloide sefurando pelas bordas Pressionar firmemente as bordas do hidrocoloide e massagear a placa para perfeita aderência. Se necessário, reforçar as bordas com micropore Datar
Membranas ou filmes semipermeáveis Nome comercial: Opsite, Bioclusive, Hydrofilm, Tegaderm, Aguagard, Blisterfilm, Mefilm, Poliskin	<ul style="list-style-type: none"> Limpar a pele ferida ou inserir cateter com gaze e S.F. a 0,9% Secar com gaze Escolher o filme transparente do tamanho adequado à ferida, com diâmetro que ultrapasse a borda Aplicar o filme transparente sobre a ferida
Sulfadiazina da Prata Nome Comercial: Dermazine, Pratazive, Dermacerium, Pratacerium	<ul style="list-style-type: none"> Lavar a ferida com S.F. a 0,9% Limpar e remover o excesso de creme e tecido desvitalizado, se necessário Aplicar o creme asépticamente por toda extensão da lesão (5 mm de espessura) Colocar gaze de contato úmida Cobrir com cobertura secundária estéril

Modo de utilização	
Produto	Modo de usar
Papaína	<ul style="list-style-type: none"> Lavar abundantemente o leito da ferida com jatos de solução de papaína ou colocar a papaína creme sobre o leito da ferida Na presença de tecido necrosado espesso, riscar a crosta com bisturi para facilitar a absorção do produto
Pomadas enzimáticas Nome comercial: Inoxol mono, Fibrinolizina, Santyl, Colagenase	<ul style="list-style-type: none"> Lavar a ferida com S.F. a 0,9% Aplicar a pomada diretamente na área a ser tratada Colocar gaze de contato úmida Colocar gaze de cobertura seca Ocluir
Hidrogel com alginato Nome comercial: Nu-gel, Elastogel, Punilon, Hydrosorb, Duoderm gel, Intransite gel	<ul style="list-style-type: none"> Lavar o leito da ferida com S.F. a 0,9% Aplicar o gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril
Adesivo de hidropolímero Nome comercial: Allvyn, Askina, Transorbent, Tielle plus, Mepilex, Oprasorb, Polymen, Tielle, Tielle plus, Elasto-gel	<ul style="list-style-type: none"> Lavar a lesão com jatos de S.F. a 0,9% Secar a área circundante Posicionar o curativo sobre o local da ferida de forma que a almofada de espuma cubra a ferida e a parte central lisa fique sobre ela Retirar o revestimento lateral, puxando uma aba de cada vez, ao mesmo tempo alisar a borda adesiva para fixá-la corretamente Ao remover o curativo, levante um dos cantos e puxe para trás com cuidado. Para peles frágeis, use água ou solução salina para remover a vedação do adesivo
Protetores cutâneos de estomas	<ul style="list-style-type: none"> Limpar a região periestomal ou perifistular com gaze e S.F. a 0,9% Secar com gaze Aplicar pó se a área estiver lesada ou escareada. Retirar o excesso de pó da pele Demarcar a região do estoma e recortar milimetricamente a placa para perfeita adaptação do estoma Aplicar a placa da bolsa coletora sobre a pele Registrar as características da pele periestomal e débito Trocar a placa quando houver perda da aderência Esvaziar a bolsa por sua abertura inferior Realizar a limpeza da bolsa com jatos de água através da abertura inferior da mesma
Carvão ativado Nome comercial: Aetsorb plus 25, Carbo flex, Vliwaktiv	<ul style="list-style-type: none"> Lavar o leito da ferida com jatos de S.F. a 0,9% Remover exsudato e tecido desvitalizado, se necessário Colocar o curativo de carvão ativado sobre a ferida Ocluir com cobertura secundária estéril
Hidrogel Nome comercial: Nu-gel, Elastogel, Punilon, Intransite gel, Dermagran, Duoderm gel	<ul style="list-style-type: none"> Lavar o leito da ferida com jatos de S.F. a 0,9% Espalhar o gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril
Cobertura não-aderente estéril Nome comercial: Adaptic, Inadine, Atrauman, Carresyn Gauze	<ul style="list-style-type: none"> Lavar o leito da ferida com S.F. a 0,9% Remover exsudato e tecido desvitalizado, se necessário Cobrir o leito da ferida com curativo não aderente (primário) Cobrir a ferida com cobertura secundária estéril

Modo de utilização	
Produto	Modo de usar
Solução fisiológica 0,9% e cobertura seca	<p>Limpeza de incisões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpar a incisão com gaze e solução fisiológica a 0,9% • Secar com gaze • Ocluir com gaze seca ou cobertura apropriada • Fixar <p>Limpeza de drenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpar o local de inserção do dreno com gaze e solução fisiológica a 0,9% • Secar com gaze • Ocluir com bolsa coletora ou cobertura de gaze seca • Fixar

Obs.: Esse procedimento só poderá ser realizado por médico ou enfermeiro especialista.

Orientações para o manejo das coberturas

Responsabilidades:

Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a lesão e prescrever o tratamento • Orientar e supervisionar os técnicos de enfermagem nos procedimentos • Revisar os procedimentos • Alterar tratamento, se necessário
Técnicos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Executar o curativo seguindo as orientações terapêuticas para o tratamento da ferida

Tabela de codificação da avaliação da ferida

Variável	Discriminação
Tamanho	1= extensão X largura < 4 cm 2= extensão X largura 4-16 cm 3= extensão X largura 16,1-36 cm 4= extensão X largura 36,1-80 cm 5= extensão X largura > 80 cm
Profundidade	1= eritema em pele íntegra 2= perda parcial da pele envolvendo epiderme e/ou derme 3= perda total da pele envolvendo dano ou necrose de tecido subcutâneo até acima da fáscia muscular e/ou presença, perda parcial e total da pele; e/ou camadas de tecido cobertas por tecido de granulação 4= ferida coberta por necrose 5= perda total da pele com extensa destruição, necrose tecidual ou envolvimento de músculo, osso ou tendão
Bordas	1= não distinguível, difusa, não visível claramente 2= distinguível, contorno claramente visível, aderida ao leito da ferida 3= bem definida, não aderida ao leito da ferida 4= bem definida, não aderida ao leito da ferida, movimentável, espessa 5= bem definida, fibrótica, com cicatriz ou hiperqueratose
Espaço morto	1= < 2 cm em qualquer área 2= 2-4 cm envolvendo < 50% da margem da ferida 3= 2-4 cm envolvendo > 50% da margem da ferida 4= > 4 cm em qualquer área 5= formação de túnel e/ou seio

Variável	Discriminação
Dor	1=Ausente 2=Pequena intensidade 3=Média intensidade 4=Alívio com analgésicos; 5=Sem alívio com analgésicos
Cor da pele ao redor da ferida	1=Rosa ou normal para o grupo étnico 2=Vermelho brilhante e/ou pálido à compressão 3=Branco ou cinza pálido ou hipopigmentado 4=Vermelho escuro ou violáceo e/ou não empalidece à compressão 5=Negro ou hiperpigmentado
Edema ao redor da ferida	1=Mínimo edema ao redor da ferida 2=Edema sem depressão < 4 cm ao redor da ferida 3=Edema sem depressão >= 4 cm ao redor da ferida 4=Edema com depressão < 4 cm ao redor da ferida 5=Edema com depressão e/ou crepitação >= 4 cm ao redor da ferida
Enduração ao redor da ferida	1=Mínimo endurecimento ao redor da ferida 2=Enduração < 2 cm ao redor da ferida 3=Enduração 2-4 cm estendendo <50% ao redor da ferida 4=Enduração 2-4 cm estendendo >= 50% ao redor da ferida 5=Enduração >4 cm em qualquer área
Tecido de granulação	1=Pele intacta ou perda parcial da pele 2=Vermelho brilhante, 75-100% da ferida está coberta 3=Vermelho brilhante, 75% e > 25% da ferida está coberta 4=Rosa e/ou pálido, vermelho escuro e/ou <=25% da ferida está coberta 5=Ausência de tecido de granulação
Epitelização	1=100% da ferida está coberta, superfície intacta 2=75-100% da ferida está coberta e/ou tecido epitelial estende >0,5 cm no leito da ferida 3=50% a <75% da ferida está coberta e/ou tecido epitelial estende <0,5 cm no leito da ferida 4=25% a <50% da ferida está coberta 5=<25% da ferida está coberta
Gangrena	1=Ausente 2=Presente
Maceração	1=Ausente 2=Presente

Critérios para remuneração de curativos no Intercâmbio Nacional

Produto	Regra
Produtos para hidratação da pele	Não serão remunerados no Intercâmbio Nacional
Curativo com pressão negativa	Cabe cobertura somente para DUT, não abonar para outras indicações
Coberturas	Coberturas que possuem prazo de troca definidas em bula pelo fabricante e que eventualmente tenham substituição antes do prazo demandam justificativa feita em relatório do enfermeiro ou médico responsável, constando a descrição das condições da ferida que motivaram a troca em período inferior ao definido pelo fabricante
Materiais e medicamentos	Serão remunerados conforme a prescrição médica ou de enfermagem, a partir de registro/relatório descritivo das lesões, contendo: localização, aspecto, medidas e o tipo da cobertura utilizada
AGE	Remunerado para tratamento de feridas conforme indicação do uso descrito neste Manual

Na impossibilidade de seguir os critérios estabelecidos, deverão ser relatadas a justificativa técnica pertinente e a ocorrência detalhada, para análise do enfermeiro auditor da Unimed de Origem. Após esta análise, a Unimed de Origem e a Unimed Executora devem discutir a questão para finalizar o processo. A decisão será de ambas Unimeds, embasadas em conceito técnico, ética e boas práticas.

Orientamos que o Referencial Teórico para Curativos seja também consultado para firmar conceitos e fundamentar a análise técnica.

O quadro a seguir é uma base teórica para analisar as cobranças de curativo, considerando regras consolidadas no Intercâmbio Nacional por meio das deliberações do Colégio Nacional de Auditores Médicos e CONENFA, que devem ser consultadas durante a análise.

Tipos de coberturas				
Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contra-indicação	Crítérios para troca
Ácidos Graxos Essenciais (AGE) Nome comercial: Dersani, Ativo- Derm, AGE Derm, Hig Med, AGE Curatec, Dermanutri, V Declair	Promove quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual.	Tratamento de feridas abertas.	Feridas com cicatrização por primeira intenção (vide classificação das feridas).	O volume (ml) utilizado será remunerado mediante relatório descrevendo localização, aspecto e extensão da lesão.
Placa de hidrocoloide Nome comercial: Duoderm, Hydrocoll, Tegaserb, Restore, Replicare, Comfeel, Askina Biofilm	Estimula a angiogênese e o debridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual.	Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas.	Ferida infectada. Ferida com tecido desvitalizado e queimadura de 3º grau.	Troca a cada 7 dias ou quando necessário mediante justificativa.
Alginato de cálcio Nome comercial: Algodeam, Acquacell, Curasorb, Kaltostat, Melgisorb, Seasorb, Sorbsan, Sorbalgon, Sorbalgon Plus, Suprasorb, Restore Calcicare, Tegagen	O sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato. A troca iônica auxilia no debridamento autolítico; tem alta capacidade de absorção; resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido para cicatrização; induz a hemostasia.	Feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas, com ou sem infecção, até a redução do exsudato.	Utilizar em lesões superficiais ou feridas sem ou com pouca exsudação e lesões por queimadura.	Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada. Troca do curativo de alginato: ferida infectada, no máximo a cada 24 horas; feridas limpas com sangramento a cada 48 horas ou quando saturado; feridas limpas altamente exsudativas, quando saturada a cobertura ou quando necessário mediante justificativa.

Tipos de coberturas				
Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contraindicação	Critérios para troca
<p>Carvão ativado</p> <p>Nome comercial: Actisorb Plus 25, Carbo Flex, Vliwaktiv</p>	<p>O carvão ativado absorve o exsudato e filtra o odor; a prata exerce ação bactericida.</p>	<p>Feridas infectadas exsudativas, com ou sem odor.</p>	<p>Feridas limpas, lesões e queimaduras.</p>	<p>Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado. Trocar o curativo de carvão ativado a cada 48 ou 72 horas, dependendo da capacidade de absorção. Quando a ferida estiver sem infecção, a troca deverá ser feita de 3 a 7 dias ou quando necessário mediante justificativa.</p>
<p>Hidrogel</p> <p>Nome comercial: Nu-Gel, elastogel, Purilon, Intrasite Gel, Dermagran, Duoderm Gel</p>	<p>Amolece e remove o tecido desvitalizado através de desbridamento autolítico; mantém o meio úmido; facilita a reidratação celular e o debridamento; estimula a liberação do exsudato.</p>	<p>Remover crostas e tecidos desvitalizados de feridas abertas.</p>	<p>Utilizar em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.</p>	<p>Em feridas infectas, trocar no máximo a cada 24 horas; necrose no máximo a cada 72 horas; ou quando necessário mediante justificativa.</p>
<p>Membranas ou filmes semipermeáveis</p> <p>Nome comercial: Opsite, Bioclusive, HydroFilm, Tegaderm, Aguagard, BlisterFilm, MeFilm, Poliskim</p>	<p>Proporciona ambientes úmidos, favoráveis à cicatrização; possui permeabilidades seletivas, permitindo a difusão gasosa e evaporação da água; impermeável a fluidos e microorganismos.</p>	<p>Fixação de cateteres vasculares; proteção de pele íntegra e escoriação; prevenção de úlcera de pressão; cobertura de incisões cirúrgicas limpas com pouco ou nenhum exsudato; cobertura de queimadura de 1º e 2º graus; cobertura de áreas doadoras de enxerto.</p>	<p>Feridas com muito exsudato e feridas infectadas.</p>	<p>Trocar quando perder a transparência, deslocar da pele, ou se houver sinais de infecção ou quando necessário mediante justificativa.</p>
<p>Sulfadiazina de prata</p> <p>Nome comercial: Dermazine, Pratazine, Dermacerium, Pratacerium</p>	<p>Íon prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida pela liberação de pequena quantidade de prata iônica.</p>	<p>Queimadura.</p>	<p>Hipersensibilidade ao produto.</p>	<p>Período de troca no máximo a cada 12 horas, ou quando a cobertura secundária estiver saturada ou quando necessário mediante justificativa.</p>

Tipos de coberturas				
Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contraindicação	Critérios para troca
Hidropolimero Nome comercial: Allvyn, Askina Transorbent, Tielle Plus, Mepilex, Oprasorb, Polymen, Tielle Tielle Plus, Elasto-Gel	<p>Proporciona um ambiente úmido e estimula o debridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se delicadamente à medida que absorve o exsudato.</p>	<p>Tratamento de feridas abertas não infectadas.</p>	<p>Queimadura 3º grau; lesões com vasculite ativa; ferida colonizada ou infectada com tecido desvitalizado ou necrose.</p>	<p>Trocar o curativo sempre que houver presença de fluido nas bordas de almofada de espuma ou no máximo a cada 7 dias ou quando necessário mediante justificativa.</p>
Hidrogel com Alginato Nome comercial: Nu-Gel, Elasto-Gel, Purilon, Hydrosorb, Duoderm Gel Intrasite Gel	<p>O gel propicia um ambiente que favorece a remoção da área necrótica ou desvitalizada, estimulando a formação do tecido de granulação e epitelização. O alginato aumenta a absorção e sua melhor consistência, aumenta o tempo de permanência do hidrogel na ferida.</p>	<p>Tratamento de áreas necróticas secas, tecido desvitalizado mole, e ferida em fase de granulação/epitelização.</p>	<p>Utilizar em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.</p>	<p>Periodicidade de troca: Necrose seca: no máximo 3 dias; Necrose mole: 1 a 3 dias, dependendo do nível de exsudato; Lesão descamante: 1 a 3 dias; ou quando necessário mediante justificativa.</p>
Papaína	<p>Provoca dissociação das moléculas de proteínas, resultando em desbridamento químico.</p> <p>É bactericida e bacteriostático.</p>	<p>Tratamento de feridas abertas, limpas ou infectadas.</p> <p>Desbridamento de tecidos desvitalizados.</p>	<p>Contato com metais, devido ao poder de oxidação.</p> <p>Tempo prolongado de preparo devido à instabilidade da enzima (que é de fácil deterioração).</p>	<p>Trocar no máximo a cada 24 horas, ou com a saturação do curativo secundário ou quando necessário mediante justificativa. Pode ser associada ao carvão ativado ou hidrocoloide. Requer cobertura secundária. Concentração da papaína: ferida necrótica 10%; ferida com exsudato ou purulenta de 4% a 6%; ferida com tecido granuloso 2%.</p>
Colagenase Nome comercial: Iruxol Mono, Fibrinolisin, Santyl	<p>Age seletivamente degradando o colágeno nativo da ferida.</p>	<p>Debridamento enzimático suave e não invasivo à lesão.</p>	<p>Ferida com cicatrização por primeira intenção. Utilizar em pacientes sensíveis às enzimas.</p>	<p>Aplicação conforme prescrição.</p>

Tipos de coberturas				
Nome do produto	Ação	Indicação	Desvantagem contraindicação	Critérios para troca
Cobertura não aderente estéril Nome Comercial: Adaptic, Inadine, Atrauman, CarresynGauz	Proporciona a não aderência da ferida e permite o livre fluxo de exsudatos.	Lesões superficiais de queimaduras; áreas doadoras e receptoras de enxerto; áreas de lesões com necessidade da não-aderência do curativo à lesão.	Feridas com cicatrização por primeira intenção; feridas infectadas.	Produtos de hidrocarbonetos saturados, derivados do petróleo, podem causar irritação e reações granulomatosas; requer curativo secundário. Troca quando necessário mediante justificativa.
Bota de UNA Nome comercial: FlexiDress	Facilita o retorno venoso e auxilia na cicatrização de úlceras. Evita o edema dos membros inferiores.	Tratamento ambulatorial e domiciliar de úlceras venosas de perna e edema linfático.	Úlceras arteriais e úlceras arteriovenosas. Presença de infecção ou miíase.	Troca semanal ou quando necessário mediante justificativa.

Glossário

AGE – Óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja.

Alginato de cálcio – Os alginatos são sais do polímero natural de ácido algínico das algas marinhas marrons. Comercializados em embalagens individuais e estéreis, estes curativos são especialmente indicados para feridas cavitárias altamente exsudativas, devido ao seu elevado poder de absorção e eficiente estímulo à granulação tecidual.

Bota de UNA – É o único tratamento de feridas que depende de avaliação especializada e prescrição médica por ser de uso específico para úlceras venosas de perna e edema linfático, podendo ser prejudicial se mal indicado.

Cicatrização por primeira intenção – O tipo mais simples de fechamento de feridas é o primário. Ocorre quando a pele é cortada de maneira asséptica, limpa e as bordas são aproximadas pelas suturas ou outros meios.

Cicatrização por segunda intenção – Processo de cicatrização de feridas abertas com grande espessura ou perda tecidual total. As feridas abertas que se fecham por segunda intenção demandam mais tempo para cicatrizar, quando comparadas com as de primeira intenção, uma vez que não há aproximação das bordas. Além disso, necessitam de grande formação de tecido de granulação no preenchimento do espaço morto até a contração e epitelização.

Cicatrização por terceira intenção – Processo de cicatrização semelhante ao de primeira e ao de segunda intenção. A ferida é deixada aberta por um determinado período, funcionando como cicatrização por segunda intenção, sendo suturada posteriormente, como ferida de primeira intenção.

Escara – Crosta escura e mais ou menos espessa que se forma em pontos de pressão ou irritação do corpo, em pacientes que permanecem por muito tempo no leito.

Ferida – Lesão que consiste em uma interrupção na continuidade dos tecidos devido a uma causa externa (traumatismo, cirurgia etc.).

Hidrocoloide – São curativos comercializados para tratamento de feridas limpas e prevenção de úl-

ceras de pressão. A camada externa destes curativos serve como barreira térmica a gases, líquidos, microbiana e mecânica. A camada interna tem as propriedades de absorção de exsudato, manutenção do pH ácido e manutenção de ambiente úmido, estimulando a angiogênese e o desbridamento autolítico. Alivia a dor por meio da proteção das terminações nervosas e não-aderência ao leito da ferida. Autoaderente, dispensa a utilização de curativos secundários.

Hidrogel - É um composto transparente e incolor indicado principalmente para remoção de tecidos necróticos através do desbridamento autolítico.

Hipóxia - Baixo teor de oxigenação do sangue ou dos tecidos, podendo ser consequência da interrupção da circulação.

Úlcera - Lesão secundária da pele ou de uma superfície mucosa, consistindo na perda da camada epitelial e de, ao menos, parte das camadas subjacentes (derma, lâmina basal, submucosa, em determinada área onde ocorreu inflamação ou necrose).

4. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

Diária Hospitalar

Conceitos e definições

É a modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A definição do horário que estabelece o início/fim do período é de competência de cada hospital com a operadora contratualizada.

Frações relativas ao dia de internação devem ser consideradas como diária completa.

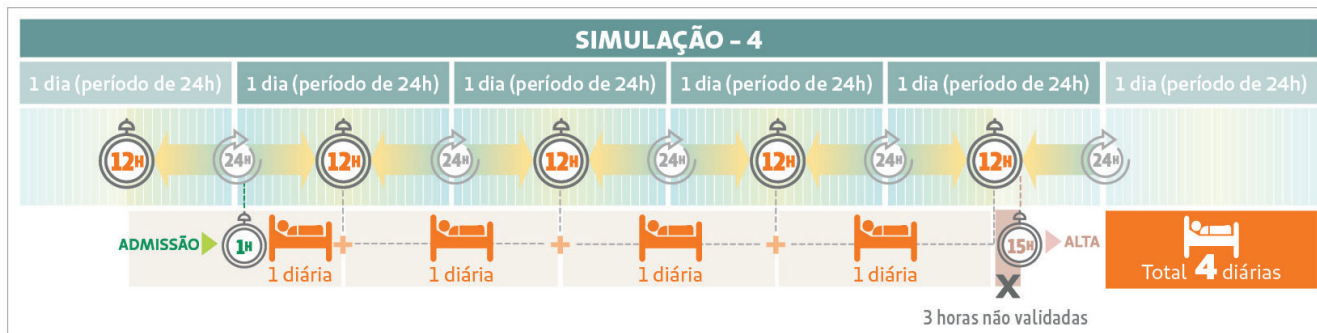
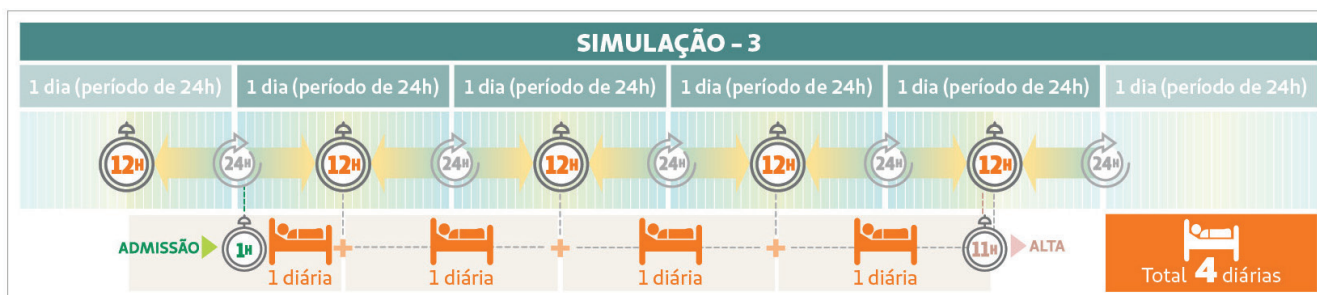
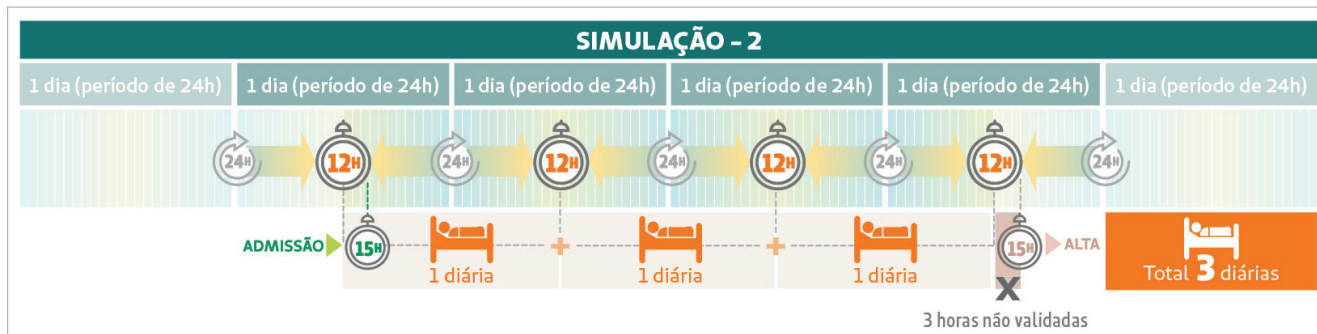
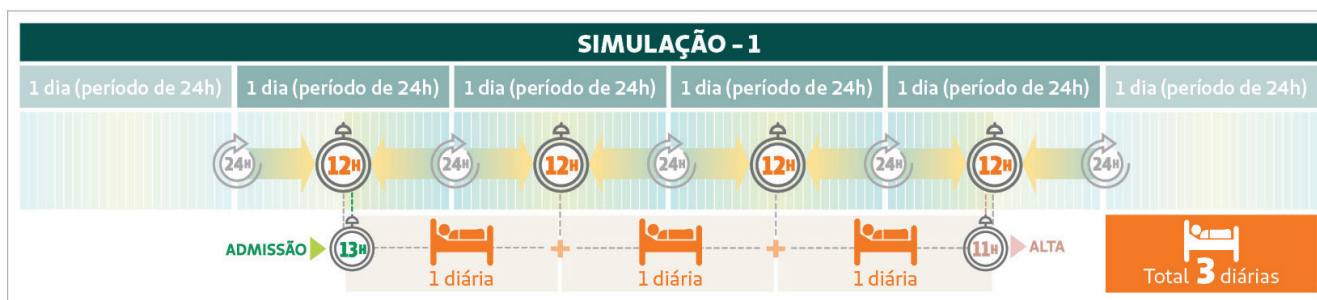
A diária da alta não será remunerada, exceto em caso de óbito, alta administrativa, transferência hospitalar ou quando clinicamente indicado, desde que ultrapassado o período de vencimento da diária do prestador e previamente autorizado.

Regras

- a. As diárias dentro de uma internação são sempre indivisíveis e a primeira inicia-se no momento da internação do paciente
 - i. Para Internação Urgência/emergência: A contabilização da permanência tem início na data correspondente a internação, independente do horário (para fração relativa ao dia da internação, considera-se uma diária completa, conforme contrato com o prestador, podendo ser menor que 24 horas).
 - ii. Para Internação Eletiva: A internação prévia para preparo de exame/cirurgia deverá ser avaliada tecnicamente quanto à sua pertinência.

Nota: Para fins de cobrança de frações relativas ao dia da internação, as diárias deverão ser informadas no PTUA500, em linhas distintas com a mesma data de execução e com ID_Item_Unico diferente

Contrato com previsão de início e término da diária ao meio-dia



- O somatório das diárias não poderá ser maior que o total de dias de internação. Quando isto ocorrer, deverá haver justificativa clara e detalhada do motivo por que o número total de diárias foi maior do que o total de dias de internação
- A composição da diária refere-se aos itens considerados como parte integrante do valor pago por dia de internação, incluindo o dia da alta
- Os códigos das diárias e as taxas hospitalares para trafegar Intercâmbio Nacional encontram-se disponíveis nas abas aprovadas na Tabela 18 TUSS Unimed vigente na data do atendimento

- e. Não cabe a cobrança de alojamento conjunto e diária de berçário simultaneamente. Para Unimed que não negociaram alojamento conjunto, poderá ser cobrada a acomodação para a mãe separada do berçário. Nesta última situação, não requer a solicitação de autorização para a diária de berçário, uma vez que está associada à diária da mãe. Não cabe glosa de diária de berçário quando esse for utilizado, salvo quando houver justificativa técnica.
- f. Diária de isolamento só poderá ser cobrada para pacientes em acomodação enfermaria, UTI e Semi UTI, quando indicado pelo médico ou equipe de CCIH
- g. Não deve haver cobrança de duas diárias distintas para o mesmo paciente, concomitantemente
- h. Em casos em que o paciente for transferido de acomodação, prevalece a diária de destino.
- i. Quando utilizados os códigos de diárias compactas da ANS, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

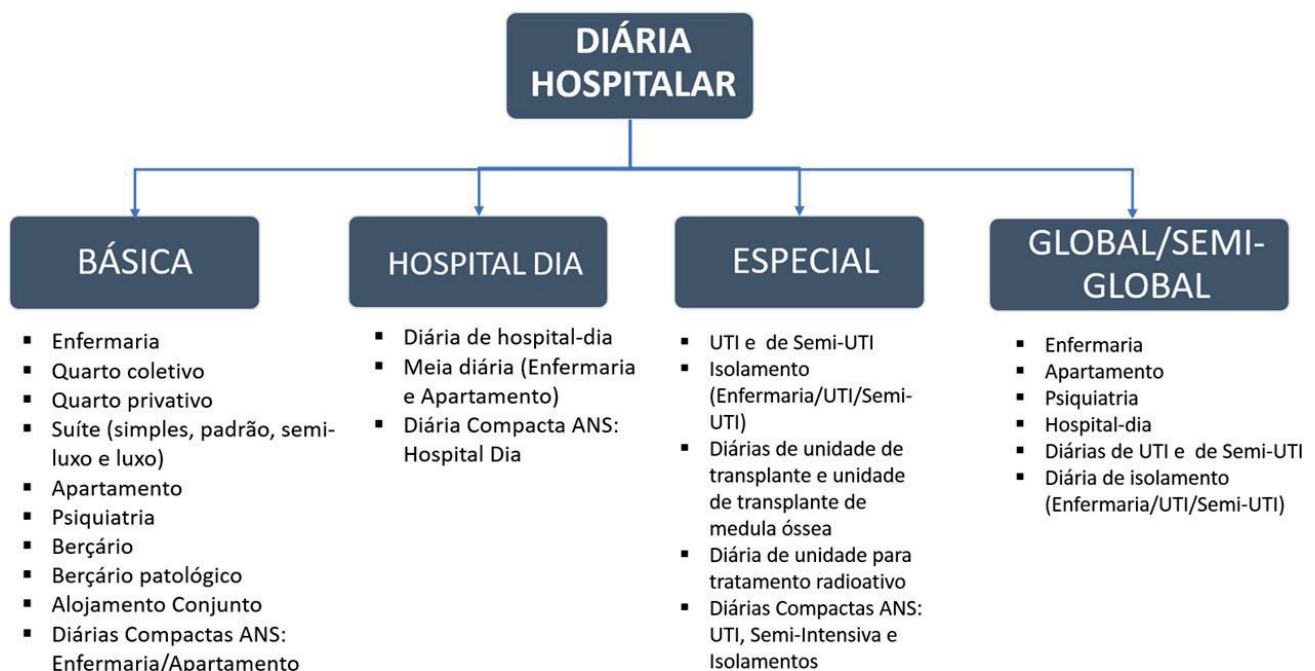


FIGURA 1: Classificação de diárias conforme característica de atendimento

As diárias e taxas hospitalares têm sua composição classificada conforme os itens abaixo:

- Acessórios
- Itens não inclusos
- Estrutura
- Equipamentos
- Serviços profissionais

Os itens como “Estrutura, Equipamentos e Serviços Profissionais” são específicos para cada diária ou taxa, enquanto os itens “Acessórios e Itens não inclusos” são pertinentes a todos os tipos de diárias e taxas hospitalares.

IMPORTANTE: A cobrança de qualquer item ou serviço não relacionado na descrição das diárias e taxas hospitalares são passíveis de análise técnica quanto à pertinência.

Acessórios inclusos

Os acessórios são itens inclusos para todas as diárias e taxas hospitalares, não podendo ser cobrados em conta hospitalar.

São eles:

- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; seringa dosadora descartável
- Máscara de Venturi e máscara de reservatório (incluso todos os acessórios)
- Máscara Laríngea, qualquer tipo ou modelo
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo
- Tubo de silicone e látex (prolongamento), qualquer tipo ou modelo para o transporte de gases e fluídos
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante, qualquer tipo ou modelo
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo
- Cortador de frascos de soro
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas, qualquer tipo ou modelo
- Kits-bandejas descartáveis para anestesia com materiais, como: campo cirúrgico, seringas de vidro, esponjas, papel toalha e cuba, mesmo que contenha a agulha e o cateter, os kits não serão remunerados.
 - ⇒ kit com materiais de assepsia com campos, esponjas, etc sem agulha e cateter: **NÃO REMUNERAR**
 - ⇒ kit com materiais de assepsia com agulha e cateter: **NÃO REMUNERAR**
- Tampa oclusora simples.
- Tricotomizador elétrico, lâmina do tricotomizador e aparelho descartável de barbear
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação
- Instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, povidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo utilizados para a realização de curativos, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Materiais e medicamentos utilizados para prevenção de lesão de pele, como cremes, óleos, ácidos graxos essenciais, pomadas, coxins, placas para preservação da integridade da pele, colchões, almofadas e outros produtos para hidratação da pele
- Itens de higiene pessoal (escova, creme dental, hastes flexíveis, exceto quando utilizados em ato cirúrgico)
- Materiais para fixação de sondas, drenos e tubos, de qualquer tipo, modelo e finalidade
- Teste do coraçãozinho: O teste está incluído nos cuidados de enfermagem, estando incluso na diária. Caso seja realizado pelo pediatra, estará incluso na visita médica.
- Sensor BIS e acessórios

Itens não incluídos

Os itens abaixo não estão incluídos nas diárias e taxas hospitalares. Quando utilizados, a cobrança é devida.

São eles:

- Honorários médicos
- SADT
- Gasoterapia
- Hemocomponentes e hemoderivados
- Opme
- Eletrodos descartáveis para monitorização, exceto para eletrocardiografia e teste ergométrico
- Dietas enterais industrializadas administradas por SNE, SNG, SOG, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia (consultar exceções no capítulo de nutrição)
- Bomba elastomérica
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação, somente em casos de tuberculose pulmonar e Covid-19
- Diária e taxa de refeição do acompanhante, conforme legislação vigente
- Compressa cirúrgica estéril
- Agulha e o cateter para anestesia serão remunerados, mesmo que estejam em forma de KIT, desde que a composição seja exclusivamente o cateter e agulha.
⇒ kit somente com agulha e cateter: **REMUNERAR**
- Taxa de aparelho para fototerapia por dia para tratamento ambulatorial, para o procedimento 20104120 Fototerapias com UVA (PUVA) (por sessão) somente para prestadores jurídicos que possuam equipamento para fototerapia de corpo inteiro
- Curativo filme transparente/IV FIX seguem os critérios técnicos estabelecidos para sua utilização, conforme definido pelo CNA e CONENFA
- Protetor ocular em fototerapia – será remunerado 01 (uma) unidade por internação
- Respirom, será remunerada uma unidade por internação
- Fraldas descartáveis
- Nutrição parenteral
- Remoção
- Materiais de consumo e medicamentos não mencionados
- Material descartável para monitorização invasiva
- Conectores sistema fechado simples (sistema com uso de agulha) ou valvulado (sistema sem uso de agulha).

Diárias Básicas

Relação de diárias básicas:

- Diária de enfermaria
- Diária de quarto coletivo
- Diária de quarto privativo
- Diária de suíte (simples, padrão, semiluxo e luxo)
- Diária de apartamento
- Diária de berçário
- Diária de berçário patológico
- Alojamento conjunto

Conceitos e definições

O referencial utilizado para definições de diárias foi preconizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Enfermaria: composto de quarto coletivo para 3 (três) ou mais pacientes, sem acompanhante, com banheiro comum (exceto casos previstos por lei).

Quarto coletivo (dois leitos): composto de quarto coletivo com banheiro comum, sem acompanhante, exceto casos previstos por lei.

Quarto privativo: composto de quarto com acomodação para acompanhante, sem banheiro privativo.

Suíte simples: composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro privativo.

Suíte padrão: composto de quarto com acomodação para acompanhante, banheiro privativo, com telefone.

Suíte semiluxo: aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone e ar-condicionado.

Suíte luxo: aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone, televisão, ar-condicionado.

Apartamento: aposento com banheiro privativo, antessala, acomodação para acompanhante, telefone, televisão, ar-condicionado.

Berçário: quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe internada).

Berçário patológico: quarto para atendimento a recém-nascidos que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).

Alojamento conjunto: acomodação do recém-nascido no aposento da mãe. Segundo orientações do Ministério da Saúde, trata-se de um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho.

Códigos	Descrição
60000635	Diária de enfermaria com alojamento conjunto com banheiro privativo
60000643	Diária de enfermaria com alojamento conjunto sem banheiro privativo

Códigos	Descrição
60000694	Diária de enfermaria de 3 leitos com banheiro privativo
60000708	Diária de enfermaria de 3 leitos da maternidade com banheiro privativo
60000724	Diária de enfermaria de 3 leitos sem banheiro privativo
60000732	Diária de enfermaria de 4 ou mais leitos com banheiro privativo
60000767	Diária de enfermaria de 4 ou mais leitos sem banheiro privativo
60000805	Diária de quarto coletivo de 2 leitos com banheiro privativo
60000813	Diária de quarto coletivo de 2 leitos da maternidade com banheiro privativo
60000821	Diária de quarto coletivo de 2 leitos da maternidade sem banheiro privativo
60000830	Diária de quarto coletivo de 2 leitos sem banheiro privativo
60034416	Diária de enfermaria de psiquiatria
60000619	Diária de berçário normal
60000627	Diária de berçário patológico/prematuro
60000503	Diária de apartamento com alojamento conjunto
60000511	Diária de apartamento luxo
60000520	Diária de apartamento luxo da maternidade
60000538	Diária de apartamento luxo de psiquiatria
60000546	Diária de apartamento para paciente com obesidade mórbida
60000554	Diária de apartamento simples
60000562	Diária de apartamento simples da maternidade
60000570	Diária de apartamento simples de psiquiatria
60000589	Diária de apartamento suíte
60000597	Diária de apartamento suíte da maternidade
60000600	Diária de apartamento suíte de psiquiatria
60000651	Diária de apartamento standard
60000660	Diária de apartamento standard da maternidade
60000678	Diária de apartamento standard de psiquiatria
60000848	Diária de quarto com alojamento conjunto com banheiro privativo
60000856	Diária de quarto com alojamento conjunto sem banheiro privativo
60000023	Diária compacta de apartamento luxo
60000015	Diária compacta de apartamento com alojamento conjunto
60000040	Diária compacta de apartamento simples
60034068	Diária compacta de apartamento standard
60000066	Diária compacta de apartamento suíte
60000082	Diária compacta de berçário normal
60000090	Diária compacta de enfermaria de 2 leitos com banheiro privativo
60000104	Diária compacta de enfermaria de 2 leitos sem banheiro privativo
60000112	Diária compacta de enfermaria de 3 leitos com banheiro privativo
60000120	Diária compacta de enfermaria de 3 leitos sem banheiro privativo

Códigos	Descrição
60000139	Diária compacta de enfermaria de 4 ou mais leitos com banheiro privativo
60000147	Diária compacta de enfermaria de 4 ou mais leitos sem banheiro privativo

Itens inclusos nas diárias básicas

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexedina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não descartáveis
- Dieta via oral de acordo com a prescrição médica e fórmulas infantis (consultar capítulo de nutrição)
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadora qualquer tipo ou modelo, sensor de temperatura)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Taxa administrativa do hospital
- Esterilização/desinfecção de instrumentais

Serviços Profissionais:

Enfermagem

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta

Equipamentos:

- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo
- Bisturi elétrico: entendendo como parte do bisturi elétrico a placa, eletrodo eletrocirúrgico em caneta de mão, caneta e prolongador qualquer modelo, incluindo gel
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo

- Marcador cirúrgico tipo caneta estéril, qualquer tipo ou modelo (exceto azul de metileno)
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui equipamentos que o compõe): CO2 em grânulo (cal sodada), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação
- Perneiras de compressão pneumática
- Eletrocardiógrafo (equipamento e taxa do aparelho para eletrocardiograma – ECG), inclui o papel e os eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Aparelho/equipamento para fototerapia convencional ou tipo biliberço e bilispot
- Equipamento de proteção individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32
- Kits e materiais descartáveis para CPAP/BIPAP, como circuito, máscara, qualquer tipo ou modelo, e conexões, inclui todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não

Hospital-Dia

Conceitos e definições

É considerado hospital-dia uma internação hospitalar de curta duração, de caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a hospitalização/internação, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos eletivos, com um período de até 12 horas (portaria 44/GM/2001).

Critérios

Caracterização de atendimentos de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de hospital-dia:

- O prestador obrigatoriamente deve possuir cadastro junto ao CNES habilitado para esse tipo de atendimento
- Procedimento cirúrgico realizado em caráter eletivo, com tempo de permanência máxima de 12 horas
- Procedimento diagnóstico e/ou terapêutico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas
- Obrigatoriamente para todo paciente, será aberto prontuário em que deve constar: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem e registro de dados vitais durante todo os períodos pré e pós-operatório (em casos cirúrgicos)

- Ultrapassadas as 12 horas e havendo a necessidade de permanência em regime hospitalar, o paciente será internado em um leito disponível, conforme cobertura contratada, sendo cobradas diárias correspondentes àquela acomodação, não podendo ocorrer sobreposição de cobrança das duas modalidades
- Esta modalidade de cobrança não é indicada para atendimento em pronto-socorro cuja demanda inicial tenha sido urgência/emergência. Nestes casos, se o paciente permanecer em observação clínica em pronto atendimento, será atribuída a taxa de observação de acordo com sua permanência
- Nos casos de assistência de saúde mental, deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana, com carga horária de 8 horas diárias para cada paciente (portaria SAS/MS nº 224/1992)
- Quando utilizados os códigos de diárias compactas da ANS, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS

Códigos	Descrição
60000775	Diária de Hospital-Dia apartamento
60000783	Diária de Hospital-Dia enfermaria
60000791	Diária de Hospital-Dia psiquiatria
60034424	Diária de hospital dia, independente de acomodação
60000155	Diária compacta de Hospital-Dia apartamento
60000163	Diária compacta de Hospital-Dia enfermaria

Itens inclusos nas diárias Hospital-Dia:

- Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos das diárias básicas”

Meia Diária

Conceitos e definições

Esta diária é específica para procedimentos realizados em centro cirúrgico e somente poderá ser cobrada uma única vez. Possui regras específicas para cobrança.

Regras

As regras para cobrança da meia diária são:

- É obrigatório para os procedimentos cirúrgicos realizados em Centro Cirúrgico que necessitem de internação por um período menor ou igual a 12 horas para instituições que não possuem CNES para Hospital-dia.
- Não serão criados códigos de meia diária específicos para cada modalidade de cobrança. Os códigos atenderão às instituições que atuam, como por exemplo: global, semiglobal, fee for service, compacta ANS etc.
- Somente poderá ser cobrada uma única vez, na quantidade 01.
- Para os casos previstos em lei, somente poderá ser remunerada taxa de refeição nos seguintes códigos:
 - 60033533 - Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar)
 - 60033541 - Taxa de refeição de acompanhante (café da manhã ou café da tarde)
- Não será permitida cobrança destes códigos concomitante a qualquer outro código de diárias da Tabela 18 Unimed

Códigos	Descrição
1880991238	Meia diária enfermaria
1880991246	Meia diária apartamento

Itens inclusos na Meia Diária:

- Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos das diárias básicas”

Diárias Especiais

Relação de diárias especiais

- Diárias de UTI
- Diárias de Semi UTI
- Diária de isolamento em Enfermaria/UTI/SEMI UTI (conforme deliberado ATA 91CNA)
- Diária de unidade de transplante e de unidade de transplante de medula óssea

Diárias de UTI

Conceitos e definições

O referencial das definições de diárias deverá ser seguido o preconizado pela ANS – Agência Nacional de Saúde

1. Unidade de Terapia Semi-intensiva (UTSI): Acomodação com instalações para mais de um paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente, de acordo com a portaria 3.432 de 12/8/98, do Ministério da Saúde, em vigor.
2. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Unidade destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.
3. Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulto): acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, de acordo com a portaria 3.432 de 12/8/98, do Ministério da Saúde, em vigor, unidade destinada à assistência a pacientes com idade acima de 14 ou acima de 18 anos, sendo este critério definido de acordo com as rotinas hospitalares internas
4. Unidade de Terapia Intensiva (UTI neonatal): acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente destinada à assistência a pacientes com idade de 0 a 28 dias de vida
5. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI pediátrica): acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas hospitalares internas

Códigos	Descrição
60000929	Diária de Semi UTI Adulto Geral
60000937	Diária de Semi UTI Coronariana
60000945	Diária de Semi UTI Infantil/Pediátrica
60000953	Diária de Semi UTI Neonatal
60000970	Diária de Semi UTI Queimados
60001038	Diária de UTI Adulto Geral
60001046	Diária de UTI Coronariana
60001054	Diária de UTI Infantil/Pediátrica
60001062	Diária de UTI Neonatal
60001070	Diária de UTI Neurológica
60001089	Diária de UTI Queimados
60000236	Diária Compacta de Semi UTI Adulto Geral
60000252	Diária Compacta de Unidade Intermediária Geral
60000260	Diária Compacta de UTI Adulto Geral
60000309	Diária Compacta de UTI Infantil/Pediátrica
60000287	Diária Compacta de UTI Neonatal

Itens Inclusos nas diárias de UTI/Semi UTI:

- Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos das diárias básicas”, acrescidos de:

Serviços Profissionais:

Consulta odontológica

Equipamentos:

- Gerador de marcapasso provisório
- Monitorização invasiva contínua (alguns exemplos: pressão invasiva, PVC, PAM, temperatura, PIC), inclui cabos
- Taxa de equipamento CPAP/BIPAP e todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não. Materiais: kits e materiais descartáveis, como circuito, máscara qualquer tipo ou modelo, conexões e gorro
- Suporte ventilatório: inclui cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulização

Diárias de Isolamento

Conceitos e definições

É a modalidade de cobrança de um alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar.

Regras

- Diária de isolamento só poderá ser cobrada para pacientes em acomodação enfermagem ou UTI/ Semi UTI com quarto de isolamento físico, quando indicado pelo médico ou equipe de CCIH

- Os critérios para cobrança de isolamento:
 1. Pacientes com infecção/colonização causada por microrganismos epidemiologicamente importantes / Bactérias multirresistentes (MDR) comprovadas pelo antibiograma ou testes específicos, transcritas abaixo:
 - Enterobactérias produtoras de enzimas carbapenemases tipo KPC (resistente a ertapenem e/ou imipenem e/ou meropenem)
 - Bactérias produtoras de enzimas metalobetalactamases do tipo NDM (New-delhi metalobetalactamase): resistentes aos carbapenêmicos (ertapenem e/ou imipenem e/ou meropenem) e demais betalactâmicos (cefalosporinas de 3ª, 4ª geração e Monobactamicos-Azactam®)
 - Infecções causadas por Enterococcus resistentes à vancomicina (VRE): E. faecalis (mais frequente no Brasil 90%) e E. faecium com 5% a 10%.
 - infecções causadas por Pseudomonas aeruginosa e Acinetobacter baumannii resistentes aos carbapenêmicos
 - Infecções causadas por Clostridioides difficile
 - Burkholderia spp. e Stenotrophomonas spp independente do antibiograma.
 - Infectados por Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA) que apresentam feridas abertas e/ou drenagem de secreção não contida pelo curativo ou quadros de diarreia infecciosa

Deverá ser mantida a precaução de contato/ Diária de Isolamento até a alta hospitalar ou três ou mais culturas de vigilância para o MDR específico, ao longo de duas semanas com intervalo semanal.

2. Portador de imunodeficiência primária / Erro inato da imunidade (EII) ou Imunodepressão classificada em qualquer das 10 tabelas definidas pelo Comitê de Especialistas em EII da União Internacional das Sociedades de Imunologia (International Union of Immunological Societies, IUIS):
 - Tabela 1 - Imunodeficiências combinadas (celular e humoral)
 - Tabela 2 - Imunodeficiências combinadas com características sindrômicas
 - Tabela 3 - Deficiências predominantemente de anticorpos
 - Tabela 4 - Doenças de desregulação imune
 - Tabela 5 - Defeitos congênitos de fagócitos (número e/ou função)
 - Tabela 6 - Defeitos na imunidade intrínseca e inata
 - Tabela 7 - Doenças autoinflamatórias
 - Tabela 8 - Deficiências do complemento
 - Tabela 9 - Falência da medula óssea
 - Tabela 10 - Fenocópias de erros inatos de imunidade
3. Portadores de SIDA/ HIV com contagem de CD4+ para T-linfócitos (células auxiliares) < 200/ mcl OU Percentual de células CD4+ ≤ 14%
4. Imunossuprimido: portador de condição ou uso de fármaco que inibe a resposta celular/ humoral do sistema imunológico e torna o indivíduo vulnerável a infecções oportunistas em qualquer das condições abaixo:
 - Neutropenia moderada (< 1000/ μ L) a grave (< 500/ μ L): decorrentes de agentes citotóxicos para tratamento do câncer ou radioterapia ou infiltrado na medula óssea (por leucemia, mieloma, linfoma ou metástases de tumores sólidos) ou hiperesplenismo;

- Em pós operatório de transplante de órgão sólido ou transplante de célula-tronco hematopoética em uso de imunossupressores.
 - Imunossupressores não biológicos: Metotrexato: $\geq 0,4$ mg/kg/semana • Ciclosporina: $> 2,5$ mg/kg/dia • Tacrolimus: 0,1 a 0,2 mg/kg/dia • Micofenolato de mofetila: 3 g/dia • Azatioprina: 1-3 mg/kg/dia • Ciclofosfamida: 0,5-2,0 mg/kg/dia • Leflunomida: 0,25-0,5 mg/kg/dia • 6-mercaptopurina: 1,5 mg/kg/dia
 - Agentes biológicos (qualquer dose é considerada imunossupressora)
 - Infliximabe (anti-TNF alfa) e outros anti-TNF e Anti interleucinas;
 - Rituximabe (anticélulas B)
 - Muromonab-CD3 (anti CD3)
 - Abatacept (reduz ativação de células T);
 - Tocilizumabe (anti IL-6);
 - Eculizumabe (reduz ativação do complemento)
 - Corticoide: a partir da dose acumulada de 700 mg de prednisona ou equivalentes ou 2mg/Kg de Prednisona ou equivalente por um período maior que 14 dias em crianças.
5. Precaução de gotícula e aerossóis: pacientes com infecção (ou suspeita) causada por microrganismo transmitido pelas vias aéreas, tais como: tuberculose pulmonar, sarampo, Rubéola, Varicela Herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, difteria, coqueluche, doença meningocócica, COVID 19 entre outros, dentro do período de transmissibilidade definidos e com Número da Notificação de caso suspeito/confirmado.

Observações:

É imprescindível comunicar, no caso de transferência intrainstitucional e interinstitucional, se o paciente é infectado ou colonizado por microrganismos multirresistentes.

Não será considerado pertinente o isolamento superior a três dias cujos resultados de culturas, quando solicitados, não sejam comprovados

- Quando utilizados os códigos de diárias compactas da ANS, deverão ser respeitadas as composições descritas na Tabela 18 Matriz ANS

Códigos	Descrição
60001216	Diária de Isolamento de Quarto Privativo/Particular com Banheiro Privativo
60001275	Diária de Isolamento de Semi UTI Adulto Geral
60001283	Diária de Isolamento de Semi UTI Coronariana
60001291	Diária de Isolamento de Semi UTI Infantil/Pediátrica
60001305	Diária de Isolamento de Semi UTI Neonatal
60001313	Diária de Isolamento de Semi UTI Neurológica
60001321	Diária de Isolamento de Semi UTI Queimados
60001330	Diária de Isolamento de UTI Adulto Geral
60001348	Diária de Isolamento de UTI Coronariana
60001356	Diária de Isolamento de UTI Infantil/Pediátrica
60001364	Diária de Isolamento de UTI Neonatal
60001372	Diária de Isolamento de UTI Neurológica
60001380	Diária de Isolamento de UTI Queimados
60000201	Diária Compacta de Isolamento de Quarto Privativo/Particular com Banheiro Privativo

60000244	DIÁRIA COMPACTA DE ISOLAMENTO DE SEMI UTI ADULTO GERAL
60000279	DIÁRIA COMPACTA DE ISOLAMENTO DE UTI ADULTO GERAL
60000317	DIÁRIA COMPACTA DE ISOLAMENTO DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
60000295	DIÁRIA COMPACTA DE ISOLAMENTO DE UTI NEONATAL

Itens inclusos nas diárias de isolamento básico:

Os códigos 60001216 Diária De Isolamento De Quarto Privativo/Particular Com Banheiro Privativo e 60000201 Diária Compacta De Isolamento De Quarto Privativo/Particular Com Banheiro Privativo são classificados como isolamento básico.

Os itens inclusos estão descritos na relação de “itens inclusos das diárias básicas”, acrescidos de:

Estrutura:

Itens permanentes da acomodação (estrutura física), como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz

Itens inclusos nas diárias de isolamento especial:

- Os códigos de isolamentos de UTI/UTI-Semi, são classificados como isolamento especial.
- Os itens inclusos estão descritos na relação de “itens inclusos referentes às diárias UTI/Semi UTI”, acrescidos de:

Estrutura:

- Itens permanentes da acomodação (estrutura física), como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz

Diária de Unidade de Tratamento Radioativo

Conceitos e definições

Acomodação exclusiva para pacientes que são submetidos às terapias com radioisótopos, utilizados para diagnóstico e terapia, podendo ser administrados de forma oral ou endovenosa, associados ou não a fármacos específicos para o órgão ou função a ser analisada ou tratada. Quarto constituído por antessala, sanitário e leito exclusivo.

Itens inclusos:

Os itens inclusos estão descritos na relação de “itens inclusos das diárias básicas”, acrescidos de:

Estrutura:

Itens permanentes da acomodação (estrutura física), como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

Códigos	Descrição
60001020	Diária de unidade para tratamento radioativo

Orientações gerais

- Trata-se de área controlada, sujeita a regras especiais de proteção e segurança, com a finalidade de controlar as exposições normais, prevenir a disseminação de contaminação radioativa e prevenir ou limitar a amplitude de exposições potenciais

- A infraestrutura física dos Serviços de Medicina Nuclear deve atender à RDC Anvisa nº 50/02, normas CNEN-NE-3.05 e CNEN-NE-6.02, e legislação sanitária local
- O uso do quarto para internação com banheiro exclusivo ocorrerá quando aplicada dose de iodo - 131 acima de 1,11 GBq (30 mCi). Quando esse ambiente for usado para procedimentos com radioisótopos, as portas de acesso devem estar sinalizadas com o símbolo internacional da radiação ionizante
- Roupas, toucas, propés e toalhas de banho utilizadas pelo paciente deverão ser fornecidas pelo hospital
- A enfermagem atende o paciente pela antessala, sem paramentação a ser utilizada
- Geralmente o tempo de permanência é de 24 a 48 horas e o índice de radiação será medido diariamente
- Grande parte dos radioisótopos é eliminada pela urina e parte pelas fezes e pelo suor. Medidas de higiene minimizam a possibilidade de contaminação

Diária de Unidade de Transplantes

Conceitos e definições

É a modalidade de cobrança de um alojamento especial para acomodação de pacientes em situação pré-trans-pós procedimento de transplante. Conforme Lei 9.434/1997, Art. 2º, a realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizadas pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Códigos	Descrição
60000988	Diária de unidade de transplante de medula óssea
60000996	Diária de unidade de transplante em geral

Itens inclusos nas diárias de unidade de transplantes:

- Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos referentes às diárias básicas”, acrescidos de:

Estrutura:

Itens permanentes de acomodação (estrutura física), como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz

Diária Global

Conceitos e definições

É a modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar caracterizada por precificação única, que inclui um conjunto de serviços e itens hospitalares descritos a seguir:

Itens inclusos na diária global:

- Hotelaria (leito; troca de roupa de cama e banho do paciente; cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental e demais itens relacionados)
- Despesas com acompanhantes, nos casos previstos em contrato e em lei, de acordo com a legislação RN vigente da ANS
- Despesas com diária de berçário

- Dieta do paciente (enterais e/ou parenterais), inclusive as consideradas especiais, seu preparo e administração
- Todos os cuidados e atos de competência da enfermagem
- Custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não
- Materiais de consumo e EPI'S
- Contrastes
- Procedimentos à beira-leito incluindo insumos utilizados
- Todos os medicamentos utilizados, exceto os casos previstos abaixo
- Serviços auxiliares diagnósticos
- Taxas diversas referente ao atendimento na acomodação, fora do centro cirúrgico.
- Gases medicinais
- Serviços próprios ou de terceiros estão inclusos nas diárias
- Honorário de equipe nutrição
- Consulta odontológica
- Honorários Médicos (incluindo nutrólogo e demais especialistas) e honorário de equipe multidisciplinar (fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia) (poderá ou não estar incluso)
- Honorários médicos e insumos de Quimioterapia e imunoterapia (poderá ou não estar incluso)
- Honorários médicos e insumos da Oxigenioterapia hiperbárica (poderá ou não estar incluso);
- Remoções (poderá ou não estar incluso)
- Honorários médicos e insumos da Hemodinâmica (poderá ou não estar incluso)
- Honorários médicos e insumos das terapias de Hemodiálise, Hemofiltração e/ou Hemoterapia) (poderá ou não estar incluso)
- Órteses, Próteses e Materiais especiais (poderá ou não estar incluso)

Regras

- Não inclui procedimentos, insumos e taxas em centro cirúrgico; para casos onde houver itens referentes a gastos com centro cirúrgico, a cobrança dos mesmos ocorrerá à parte da diária global
- Podendo ser utilizada para internações clínicas e cirúrgicas
- Não cabe a cobrança concomitante de nenhum código de diárias da Tabela 18 Unimed para a mesma data
- Em casos onde paciente estiver internado e for transferido de acomodação, prevalece à diária de destino.
- O modelo de diária global será aplicado para casos que tenham média de permanência compatível para a doença que motivou a internação.
- As diárias globais são diferenciadas por tipo de acomodação (apartamento, enfermaria, hospital-dia, semi-intensiva, uti coronariana, uti adulto, uti neonatal, uti pediátrica, psiquiatria e isolamento). Nesta modalidade de remuneração, cobra-se o número de diárias de acordo com a permanência do paciente e a acomodação utilizada.
- No momento da solicitação da autorização deve ser informado, via campo de observação do PTU online ou via chat, os itens que NÃO estão inclusos na diária global (em conformidade com o cadastro realizado no Software de Rede).

Diária Semiglobal

Conceitos e definições

É a modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar caracterizada por precificação única, que inclui um conjunto de serviços e itens hospitalares e não inclui diversos itens conforme descritos a seguir:

Itens inclusos na diária Semiglobal:

- Hotelaria (leito; troca de roupa de cama e banho do paciente; cuidados e materiais de higiene e desinfecção ambiental e demais itens relacionados)
- Despesas com acompanhantes, nos casos previstos em contrato e em lei, de acordo com a legislação RN vigente da ANS)
- Despesas com diária de berçário
- Dieta do paciente (enterais e/ou parenterais), inclusive as consideradas especiais, seu preparo e administração
- Todos os cuidados e atos de competência da enfermagem
- Custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não
- Todos os materiais de consumo e EPI;
- Insumos utilizados para a realização de procedimentos à beira-leito
- Todos os medicamentos utilizados, com exceção dos quimioterápicos e imunoterapia
- Taxas diversas referente ao atendimento na acomodação, fora do centro cirúrgico
- Gases medicinais
- Honorário de equipe nutrição
- Consulta odontológica
- Honorário de equipe multidisciplinar (fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia) (poderá ou não estar incluso)
- Honorários médicos e Insumos das Terapias (hemodiálise, hemofiltração e/ou hemoterapia) (poderá ou não estar incluso)
- Honorários médicos e Insumos das Terapias da Oxigenioterapia hiperbárica (poderá ou não estar incluso)
- Materiais especiais (poderá ou não estar incluso)

Itens não inclusos nas diárias semiglobais:

- Quimioterapia e imunoterapia;
- Hemodinâmica;
- Órteses e próteses
- Honorários médicos (incluindo nutrólogo e demais especialistas).
- Remoções
- Serviços auxiliares diagnósticos

Regras

- Não inclui procedimentos, insumos e taxas em centro cirúrgico; para casos onde houver itens referentes a gastos com centro cirúrgico, a cobrança dos mesmos ocorrerá à parte da diária Semiglobal
- Podendo ser utilizada para internações clínicas e cirúrgicas

- Não cabe a cobrança concomitante de nenhum código de diárias da Tabela 18 Unimed para a mesma data
- Em casos onde paciente estiver internado e for transferido de acomodação, prevalece à diária de destino.
- O modelo de diária Semiglobal será aplicado para casos que tenham média de permanência compatível para a doença que motivou a internação.
- As diárias semiglobais são diferenciadas por tipo de acomodação (apartamento, enfermaria, hospital-dia, semi-intensiva, uti coronariana, uti adulto, uti neonatal, uti pediátrica, psiquiatria e isolamento). Nesta modalidade de remuneração, cobra-se o número de diárias de acordo com a permanência do paciente e a acomodação utilizada.
- No momento da solicitação da autorização deve ser informado, via campo de observação do PTU online ou via chat, os itens que podem ou não estar inclusos na diária Semiglobal (em conformidade com o cadastro realizado no Software de Rede).

Códigos	Descrição
60036311	DIÁRIA SEMI-GLOBAL DE HOSPITAL DIA PSQUIIATRIA
60036320	DIÁRIA GLOBAL APARTAMENTO
60036338	DIÁRIA GLOBAL APARTAMENTO EM PSQUIIATRIA
60036346	DIÁRIA GLOBAL DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO
60036354	DIÁRIA GLOBAL DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA
60036362	DIÁRIA GLOBAL DE HOSPITAL DIA PSQUIIATRIA
60036370	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI ADULTO GERAL
60036389	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI CORONARIANA
60036397	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA
60036400	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI NEONATAL
60036419	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI NEUROLÓGICA
60036427	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI QUEIMADOS
60036435	DIÁRIA GLOBAL DE ISOLAMENTO QUARTO PRIVATIVO COM BANHEIRO
60036443	DIÁRIA GLOBAL ENFERMARIA
60036451	DIÁRIA GLOBAL ENFERMARIA EM PSQUIIATRIA
60036460	DIÁRIA GLOBAL SEMI-UTI ADULTO / GERAL
60036478	DIÁRIA GLOBAL SEMI-UTI CARDIOLÓGICA
60036486	DIÁRIA GLOBAL SEMI-UTI INFANTIL / PEDIÁTRICA
60036494	DIARIA GLOBAL SEMI-UTI NEONATAL
60036508	DIÁRIA GLOBAL UTI ADULTO / GERAL
60036516	DIÁRIA GLOBAL UTI CARDIOLÓGICA
60036524	DIÁRIA GLOBAL UTI INFANTIL / PEDIÁTRICA
60036532	DIÁRIA GLOBAL UTI NEONATAL
60036540	DIÁRIA SEMI GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI ADULTO GERAL
60036559	DIÁRIA SEMI GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI CORONARIANA
60036567	DIÁRIA SEMI GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI INFANTIL/PEDIÁTRICA

60036575	DIÁRIA SEMI GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI NEONATAL
60036583	DIÁRIA SEMI GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI NEUROLÓGICA
60036591	DIÁRIA SEMI GLOBAL DE ISOLAMENTO DE UTI QUEIMADOS
60036605	DIÁRIA SEMIGLOBAL APARTAMENTO
60036613	DIÁRIA SEMI-GLOBAL APARTAMENTO EM PSIQUIATRIA
60036621	DIÁRIA SEMI-GLOBAL DE HOSPITAL DIA APARTAMENTO
60036630	DIÁRIA SEMI-GLOBAL DE HOSPITAL DIA ENFERMARIA
60036648	DIÁRIA SEMI-GLOBAL DE ISOLAMENTO QUARTO PRIVATIVO COM BANHEIRO
60036656	DIÁRIA SEMIGLOBAL ENFERMARIA
60036664	DIÁRIA SEMI-GLOBAL ENFERMARIA EM PSIQUIATRIA
60036672	DIÁRIA SEMIGLOBAL SEMI UTI ADULTO / GERAL
60036680	DIÁRIA SEMIGLOBAL SEMI UTI CARDIOLÓGICA
60036699	DIÁRIA SEMIGLOBAL SEMI UTI INFANTIL / PEDIÁTRICA
60036702	DIÁRIA SEMIGLOBAL SEMI UTI NEONATAL
60036710	DIÁRIA SEMIGLOBAL UTI ADULTO / GERAL
60036729	DIÁRIA SEMIGLOBAL UTI CARDIOLÓGICA
60036737	DIÁRIA SEMIGLOBAL UTI INFANTIL / PEDIÁTRICA
60036745	DIÁRIA SEMIGLOBAL UTI NEONATAL

Taxa Semiglobal Pronto-Socorro

Conceitos e definições

Taxa destinada a atender a demanda de casos em que o paciente realize atendimento em pronto-socorro/pronto-atendimento na modalidade Semiglobal, que inclui um conjunto de serviços hospitalares.

Códigos	Descrição
60036761	Taxa de atendimento semiglobal em PS

Itens inclusos:

- Hotelaria (leito, troca de roupa de cama e banho do paciente; cuidados e materiais de higiene e desinfecção ambiental e demais itens relacionados)
- Dieta do paciente (enterais e/ou parenterais), inclusive as especiais, seu preparo e administração
- Instalações da sala de atendimento em pronto-socorro
- Equipamentos para o atendimento em pronto-socorro, incluindo custo e manutenção
- Todos os cuidados e atos de competência da enfermagem
- Materiais de consumo, inclusive EPI
- Todos os medicamentos utilizados, com exceção dos quimioterápicos e imunoterapia
- Gases medicinais
- Taxas diversas (administrativas, serviços, equipamentos, salas)

Itens não inclusos:

- Honorários médicos
- OPME

- Quimioterápicos e imunoterápicos
- Curativos especiais
- SADT

Regras

- Os insumos dos itens não inclusos poderão ser cobrados além da taxa de atendimento semiglobal em pronto-socorro
- Somente deve ser cobrada decorrente de uma consulta médica de pronto-socorro (10101039)
- Cobrança na mesma guia/nota ou através de vínculo com consulta em pronto-socorro.
- Não necessita de autorização prévia
- Não poderá haver concomitância com nenhuma outra taxa da Tabela 18 Unimed
- A taxa não será aplicada para procedimentos de enfermagem ambulatoriais (troca de sondas, curativos, aplicação de medicamentos, inalação, entre outros)
- Taxa específica para cobrança de atendimento semiglobal em pronto-socorro. Não será permitida a cobrança do código 60000325 - TAXA COMPACTA DE REPOUSO EM PRONTO-SOCORRO para atendimento semiglobal em PS

Taxas de Salas Cirúrgicas

Conceitos e definições

Taxa de sala por Porte e Tempo: Taxas de salas cirúrgicas visam remunerar os custos com espaço físico, acomodação, recursos humanos, preparo, manipulação e administração de medicações em clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, além de limpeza, esterilização, desgaste, depreciação e manutenção dos equipamentos durante a efetiva utilização dos recursos em sala cirúrgica.

Taxa semiglobal de Centro Cirúrgico: Taxa destinada a atender a demanda de casos em que o paciente realize procedimentos cirúrgicos em centro cirúrgico/centro obstétrico na modalidade semiglobal, que inclui um conjunto de serviços hospitalares.

Observação: Para a cobrança do código 60023350 - Taxa por Uso/Sessão de Sala de Litotripsia Extracorpórea, deverá ser respeitada a composição de taxa de sala cirúrgica acrescido do equipamento de litotriptor.

Formas de remuneração de taxas de salas cirúrgicas:

1. Por porte anestésico (de 0 a 8)
2. Por tempo cirúrgico (de 1 a 11), conforme “Tabela de tempo cirúrgico” deliberada pelo CNA
3. Taxa compacta de sala cirúrgica ANS
4. Taxa Semiglobal de Centro Cirúrgico por Porte Anestésico
5. Taxa Semiglobal de Centro Cirúrgico por Tempo

Instruções gerais para cobrança de taxa de sala no Intercâmbio Nacional conforme o tipo:

1. Por porte:

- a) Quando o procedimento for realizado em centro cirúrgico, o porte da taxa de sala corresponde ao porte anestésico original previsto no ROL de procedimentos Unimed, independente da presença do anestesista.
- b) Para procedimentos com porte anestésico previsto em ROL, sem a participação do anestesista e realizados em ambulatório, cabe a cobrança de taxa de sala ambulatorial.

- c) Taxa de sala porte 0 a 8 somente poderá ser cobrada quando o procedimento for efetivamente realizado nas dependências do centro cirúrgico.
- d) Taxa de sala para cirurgias múltiplas:
- Para cirurgias múltiplas realizadas pela mesma equipe, paga-se somente 100% de uma taxa de sala.
 - Para cirurgias múltiplas realizadas por equipes distintas:
 - » Para regiões anatômicas distintas paga-se 100% da maior taxa acrescida de 50% da segunda maior taxa, limitada à cobrança de duas taxas de sala no máximo.
 - » Para a mesma região anatômica paga-se 100% da maior taxa.
- e) Para procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia cabe a cobrança de taxa de sala de procedimentos endoscópicos, independentemente do local de realização (centro cirúrgico ou ambulatorial).
- f) Quando em procedimentos de porte anestésico 0 (zero) há participação do anestesista, deve ser mantida a remuneração de taxa de sala correspondente ao porte anestésico original do procedimento.
- g) Na realização de procedimentos que não possuam porte anestésico (em branco) e são realizados em centro cirúrgico com a participação do anestesista, deverá ser cobrada a taxa de sala Porte 0 ou Tempo 1 (tabela de tempo cirúrgico), exceto para os casos de procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia, em que deverá ser cobrada a “Taxa de Sala de Procedimentos Endoscópicos”. Para paciente internado, na presença ou não do anestesista, mantém-se a regra acima.

Códigos	Descrição
60023090	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 0
60023104	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 1
60023112	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 2
60023120	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 3
60023139	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 4
60023147	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 5
60023155	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 6
60023163	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 7
60023171	Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 8

2. Por tempo cirúrgico:

- a) Para o uso da codificação é obrigatório a utilização da TABELA DE TEMPO CIRÚRGICO. A tabela aprovada, que contempla o tempo cirúrgico por cirurgia, consiste no tempo médio atribuído a cada procedimento, não sendo permitida cobrança de “hora adicional” no Intercâmbio.
- b) O valor deve ser fixado a cada 30 minutos, excetuando-se o Tempo T2 que corresponde a 45 minutos.
- c) O procedimento ambulatorial quando realizado em centro cirúrgico (justificado) passa para T1.
- d) A complexidade tecnológica já está prevista no porte de sala.
- e) Sugerimos que o valor referencial da taxa (tempo de 30 minutos) seja negociado conforme o grau de complexidade ou nível de qualificação da instituição hospitalar.
- f) A taxa de sala não varia de acordo com a acomodação do paciente.
- g) Na realização de procedimentos que não possuam porte anestésico (em branco) em centro cirúrgico com a participação do anestesista, deverá ser cobrada a taxa de sala Porte 0 ou Tempo 1 (tabela de tempo cirúrgico), exceto para os casos de procedimentos endoscópicos realizados

sob anestesia, em que deverá ser cobrada a “Taxa de Sala de Procedimentos Endoscópicos”. Para paciente internado, na presença ou não do anestesiológico, mantém-se a regra acima.

h) Taxa de sala para cirurgias múltiplas:

- Para cirurgias múltiplas realizadas pela mesma equipe, paga-se somente 100% de uma taxa de sala.
- Para cirurgias múltiplas realizadas por equipes distintas:
 - » Para regiões anatômicas distintas paga-se 100% da maior taxa acrescida de 50% da segunda maior taxa, limitada à cobrança de duas taxas de sala no máximo.
 - » Para a mesma região anatômica paga-se 100% da maior taxa.

Códigos	Descrição
60023007	Taxa de sala cirúrgica, até 30 Minutos Referência “T1”
60023015	Taxa de sala cirúrgica, até 45 Minutos Referência “T2”
60022973	Taxa de sala cirúrgica, até 1 Hora Referência “T3”
1880029043	Taxa de sala CC “T4” Referência 1:30 horas
60022981	Taxa de sala cirúrgica, até 2 horas Referência “T5”
1880029060	Taxa de sala CC “T6” Referência 2:30 horas
60022990	Taxa de sala cirúrgica, até 3 horas Referência “T7”
1880029086	Taxa de sala CC “T8” Referência 3:30 horas
60035013	Taxa de sala cirúrgica, até 4 horas Referência “T9”
1880029108	Taxa de sala CC “T10” Referência 4:30 horas
1880029116	Taxa de sala CC “T11” Referência 5:00 horas ou maior

Itens inclusos nas taxas de salas cirúrgicas por Porte e por Tempo:

Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos nas diárias básicas”, acrescidos de:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Mobiliários para cirurgia (mesas, hamper, focos cirúrgicos)
- Filtro HEPA, fluxo laminar
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo
- Instrumentador
- Perneiras pneumáticas
- Instrumental/equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização
- Instrumental para realização de curativos; inclui desinfecção e esterilização
- Mesa operatória
- Bomba de circulação extracorpórea
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório, incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador; traqueias, conexões, descartáveis ou não
- Monitor de vídeo
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação
- Gerador de marca-passo (provisório)

- Faixa de smarch
- Instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, lavagem pulsátil e bico de aspirador; fresas, brocas, serras, lâminas de serras permanentes
 - Trépano descartável para oftalmologia: para cirurgias de transplantes de córneas serão na quantidade 2 no Intercâmbio Nacional
 - Brocas e fresas descartáveis serão remuneradas conforme as regras para utilização de brocas e fresas no Intercâmbio Nacional, anexas a este manual
- Monitorização invasiva contínua do paciente (exemplos: pressão-invasiva, PVC, PAM, temperatura, pressão intracraniana), inclui cabos
- Faca de sacks
- Sensor BIS e acessórios
- Prendedor clamp estéril para cordão umbilical

3. Taxa compacta de sala cirúrgica ANS:

Quando utilizada a taxa compacta de sala de centro cirúrgico ou centro obstétrico, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Códigos	Descrição
60000333	Taxa compacta de sala centro cirúrgico
60000341	Taxa compacta de sala centro obstétrico

4. Semiglobal de Centro Cirúrgico por Porte Anestésico:

- Quando o procedimento for realizado em centro cirúrgico, o porte da taxa de sala corresponde ao porte anestésico original previsto no ROL de procedimentos Unimed, independente da presença do anestesista.
- Para procedimentos com porte anestésico previsto em ROL, sem a participação do anestesista e realizados em ambulatório, cabe a cobrança de taxa de sala ambulatorial.
- Taxa de sala porte 0 a 8 somente poderá ser cobrada quando o procedimento for efetivamente realizado nas dependências do centro cirúrgico.
- Taxa de sala para cirurgias múltiplas:
 - Para cirurgias múltiplas realizadas pela mesma equipe, paga-se somente 100% de uma taxa de sala.
 - Para cirurgias múltiplas realizadas por equipes distintas:
 - » Para regiões anatômicas distintas paga-se 100% da maior taxa acrescida de 20% da segunda maior taxa, limitada à cobrança de duas taxas de sala no máximo.
 - » Para a mesma região anatômica paga-se 100% da maior taxa.
- Para procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia cabe a cobrança de taxa de sala de procedimentos endoscópicos, independentemente do local de realização (centro cirúrgico ou ambulatorial).
- Quando em procedimentos de porte anestésico 0 (zero) há participação do anestesista, deve ser mantida a remuneração de taxa de sala correspondente ao porte anestésico original do procedimento.
- Na realização de procedimentos que não possuam porte anestésico (em branco) e são realizados em centro cirúrgico com a participação do anestesista, deverá ser cobrada a taxa de sala Porte 0 ou Tempo 1 (tabela de tempo cirúrgico), exceto para os casos de procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia, em que deverá ser cobrada a “Taxa de Sala de Procedimentos Endoscópicos”. Para paciente internado, na presença ou não do anestesista, mantém-se a regra acima.
- A composição da taxa de sala é mínima, poderá contemplar mais itens.

Códigos	Descrição
1889999606	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 0
1889999614	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 1
1889999622	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 2
1889999630	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 3
1889999649	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 4
1889999657	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 5
1889999665	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 6
1889999673	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 7
1889999681	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal, Porte Anestésico 8

5. Semiglobal de Centro Cirúrgico por Tempo:

- a) Para o uso da codificação é obrigatório a utilização da TABELA DE TEMPO CIRÚRGICO. A tabela aprovada, que contempla o tempo cirúrgico por cirurgia, consiste no tempo médio atribuído a cada procedimento, não sendo permitida cobrança de “hora adicional” no Intercâmbio.
- b) O valor deve ser fixado a cada 30 minutos, excetuando-se o Tempo T2 que corresponde a 45 minutos.
- c) O procedimento ambulatorial quando realizado em centro cirúrgico (justificado) passa para T1.
- d) A complexidade tecnológica já está prevista no porte de sala.
- e) Sugerimos que o valor referencial da taxa (tempo de 30 minutos) seja negociado conforme o grau de complexidade ou nível de qualificação da instituição hospitalar.
- f) A taxa de sala não varia de acordo com a acomodação do paciente.
- g) Na realização de procedimentos que não possuam porte anestésico (em branco) em centro cirúrgico com a participação do anestesiológico, deverá ser cobrada a taxa de sala Porte 0 ou Tempo 1 (tabela de tempo cirúrgico), exceto para os casos de procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia, em que deverá ser cobrada a “Taxa de Sala de Procedimentos Endoscópicos”. Para paciente internado, na presença ou não do anestesiológico, mantém-se a regra acima.
- h) Taxa de sala para cirurgias múltiplas:
 - Para cirurgias múltiplas realizadas pela mesma equipe, paga-se somente 100% de uma taxa de sala.
 - Para cirurgias múltiplas realizadas por equipes distintas:
 - » Para regiões anatômicas distintas paga-se 100% da maior taxa acrescida de 20% da segunda maior taxa, limitada à cobrança de duas taxas de sala no máximo.
 - » Para a mesma região anatômica paga-se 100% da maior taxa.
- i) A composição da taxa de sala é mínima, poderá contemplar mais itens.

Códigos	Descrição
1889999690	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T1
1889999703	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T2
1889999711	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T3
1889999720	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T4
1889999738	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T5
1889999746	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T6
1889999754	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T7

1889999762	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T8
1889999770	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T9
1889999789	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T10
1889999797	Taxa de Sala Cirúrgica Semiglobal T11

Itens inclusos na Taxa de Sala Semiglobal de Centro Cirúrgico por Porte Anestésico e por Tempo:

As Taxas de salas Semiglobal DE CENTRO CIRÚRGICO POR PORTE ANESTÉSICO E POR TEMPO incluem todos os itens descritos para “Taxa de sala cirúrgica por porte ou tempo”, acrescidos de:

- Todos os materiais classificados na TNUMM como “materiais de consumo”
- Todos os medicamentos utilizados, com exceção dos quimioterápicos e imunoterapia
- Gases medicinais
- Arco cirúrgico/intensificador de imagem
- Microscópio de qualquer tipo ou modelo
- Instrumental/equipamentos /materiais/medicamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização
- Vídeo (taxa e equipamento)
- Taxa de Sala de Recuperação pós-anestésica, todos os insumos, medicamentos e cuidados de enfermagem
- 60021535 - Taxa de acompanhante em Centro Obstétrico
- Manta térmica
- Sensor bis e acessórios
- Perneira

Itens não inclusos na Taxa de Sala Semiglobal de Centro Cirúrgico por Porte Anestésico e por Tempo:

- Honorários Médicos
- SADT
- OPME
- Curativos Especiais
- Hemoderivados
- Quimioterápicos
- Imunobiológicos
- Imunoglobulina
- Equipamentos para robótica
- Taxa/Equipamento para monitorização neurofisiológica intra-operatória
- Insumos Radioativos
- Medicamentos ACTILYSE – ALTEPLASE
- Serviços auxiliares diagnósticos
- Bomba elastomérica
- Remoção

Taxa de Recuperação Pós-Anestésica

Conceitos e definições

Taxa específica para cobrança de RPA caracterizada por espaço destinado à recuperação das funções vitais comprometidas pela ação dos anestésicos, exceto para anestesia local. Aposento composto por um ou mais leitos, situado no centro cirúrgico ou obstétrico, exclusivo para pacientes em observação após ato cirúrgico ou diagnóstico realizado sob anestesia até sua transferência para o alojamento reservado ou alta hospitalar.

Conforme resolução CFM 2174/2017:

Art. 4º Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 3º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesiológico.

Regras

- Taxa única, independentemente do número de procedimentos realizados
- A taxa de recuperação anestésica é devida para procedimentos endoscópicos nos quais o paciente foi atendido por anestesiológico e permaneceu em ambiente adequado para recuperação anestésica, de acordo com critérios de admissão em SRPA preconizados pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
- É devida a remuneração para o procedimento de facectomia realizados em nível ambulatorial.
- Cobrada por uso
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para realização do procedimento
- Não é pertinente a cobrança da taxa de RPA para pacientes sedados para exames de imagens.

Códigos	Descrição
60023180	Taxa de sala cirúrgica, recuperação pós-anestésica

Itens inclusos na taxa de recuperação pós-anestésica:

- Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos referentes às taxas de sala cirúrgica”

Taxa de Vídeo e Taxas de Equipamentos

1. Taxa de Vídeo

Conceitos e definições

Vídeo se trata de equipamento não incluso em taxa de sala cirúrgica que pode ser remunerado a parte. Se utiliza para procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos com capacidade de capturar, armazenar e direcionar imagens e vídeos.

Regras

Para cobrança da taxa de vídeo no Intercâmbio Nacional:

- a. Para procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos realizados por vídeo, a descrição do código no ROL deve contemplar a execução por vídeo.

- b. Para procedimentos únicos, o limite para remuneração das taxas de equipamentos e vídeo em conjunto, é a somatória de 50% do valor da UCO do procedimento.
- c. A quantidade da UCO encontra-se disponível no ROL Unimed, planilha HM, e deve ser respeitado o balizamento ao teto máximo de 50% do valor total da UCO, ou seja, 5,75.
- d. No Rol Unimed, planilha SADT, consta o valor integral a ser pago referente à taxa de vídeo no Intercâmbio Nacional.
- e. Para procedimentos múltiplos, paga-se 100% para a primeira taxa de vídeo e 50% para o segundo procedimento (regiões anatômicas diferentes), limitadas a duas taxas.
- f. A capa de vídeo cirurgia/luva de proteção (LTVA) no Intercâmbio Nacional está inclusa na taxa de vídeo/equipamento NÃO podendo ser cobrada separadamente.
- g. Nos casos abaixo, poderão ser cobradas taxas de vídeo (mesmo que não contenham a referência à técnica “vídeo” em sua descrição ROL), desde que respeitado o balizamento ao teto máximo, citado na letra “c”, e que não haja cobrança concomitante com taxa de equipamento:
- Procedimentos endoscópicos do Capítulo IV da CBHPM (seção 40200000), com exceção **40201341 Enteroscopia do Intestino Delgado com cápsula endoscópica**
 - Conforme tabela por similaridade dos procedimentos por vídeo sem UCO (tabela de similaridade):

TUSS	PROCEDIMENTO	PORTE	PROCEDIMENTO CORRELATO	UCO
30206065	Exérese de tumor por via endoscópica (laringe)	6A	30205280 - Ressecção de nasofibroma por via endoscópica em faringe	38,500
30502209	Sinusectomia maxilar - via endonasal	8A	30502322 - Sinusectomia maxilar via endonasal por videoendoscopia	33,800
30713153	Artroscopia para diagnóstico, com ou sem biópsia sinovial	5C	30733006 - UCO dos procedimentos video-artroscópicos	33,800
31005195	Coledocoscopia intraoperatória	3C	Remunerar UCO do procedimento principal	Remunerar UCO do procedimento principal
31307060	Laparoscopia ginecológica, com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem)	8A	40201163 - Laparoscopia	30,410
40202410	Laringoscopia/ traqueoscopia com retirada de corpo estranho (tubo rígido)	6A	40202372 - Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe/faringe (tubo flexível)	13,000
30205212	Ressecção de tumor de nasofaringe por via endoscópica	5B	30205280 - Ressecção de nasofibroma por via endoscópica em faringe	38,500
30502101	Exérese de tumor de seios paranasais por via endoscópica	5B	30502292 - Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia	33,800
30501199	Exérese de tumor nasal por via endoscópica	5B	31102026 - Biópsia endoscópica de ureter unilateral	16,680
30501210	Fístula líquórica - tratamento cirúrgico endoscópico intranasal	8B	31303188 - Histeroscopia com ressectoscópio para polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias	24,330
30801010	Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica (tubo de silicone ou metálico)	8A	31303307 - Retirada de DIU por histeroscopia	24,330
31401341	Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar	8A	31303307 - Retirada de DIU por histeroscopia	24,330

40202011	Aritenoidectomia microcirúrgica endoscópica	8B	31303188 – Histeroscopia com ressectoscópio para polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias	24,330
40202240	Ecoendoscopia com punção por agulha	9C	40202038 – Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	15,450
40201104	Ecoendoscopia alta	0,01	40202038 – Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	15,450
40201112	Ecoendoscopia baixa	0,01	40202038 – Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	15,45

h. Conforme deliberado na 111ª Reunião do Colégio Nacional de Auditores Médicos, para os procedimentos abaixo, não é pertinente a remuneração de vídeo:

30715059 – Cirurgia de coluna por via endoscópica

31401031 – Cirurgia intracraniana por via endoscópica

2. Taxas de Equipamentos

Conceitos e definições

Equipamento de uso comum e contínuo: equipamento que está incluso na composição de diárias e taxas de salas em Centro Cirúrgico, salas fora do centro cirúrgico ou de exames de diagnósticos.

Equipamento de uso específico: equipamento que não faz parte da taxa de sala cirúrgica e é inerente para realização de um procedimento cirúrgico específico.

Equipamento de uso não contínuo: equipamento não incluso em taxa de sala cirúrgica que pode ser remunerado a parte. Entretanto não é específico para um único procedimento. Se trata de uso eventual para vários tipos de procedimentos e especialidades distintas.

Regras

- a. Equipamentos de uso comum e contínuo no tratamento de pacientes estão inclusos na composição dos valores das diárias, taxas de sala em centro cirúrgico, salas fora do centro cirúrgico ou de exames de diagnósticos
- b. Equipamentos de uso específico ou não contínuo serão cobrados de forma independente, baseados na tabela 18 TUSS Unimed aba taxa de equipamentos e deliberações pelo Colégio Nacional de Auditores
- c. Para procedimentos únicos, o limite para remuneração das taxas de equipamentos e vídeo em conjunto, é a somatória de 50% do valor da UCO do procedimento.
- d. Procedimentos que não possuem UCO e utilizam equipamentos, deverão seguir a regra de remuneração descrita abaixo:
 - a. EQUIPAMENTOS NÃO CONTÍNUOS- Definido valor fixo para UCO: Planilha SADT: R\$ 97,57 Planilha HM: R\$ 202,00 *Com exceção para os equipamentos de monitorização neurofisiológica (código TUSS 60027487- ALUGUEL / TAXA DE NEUROESTIMULADOR, POR USO)
 - b. EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS- CNA definirá UCO para cada procedimento conforme similaridade. Até a definição da UCO, deverá ser seguida a regra de remuneração de equipamentos não contínuos.

- e. Intensificador de imagem/arco cirúrgico se trata de equipamento não contínuo e poderá ser cobrado sempre que houver pertinência técnica para o procedimento realizado, independente se houver taxa de vídeo na cobrança.
- Quando tecnicamente indicada a utilização do intensificador de imagem/arco cirúrgico, serão remunerados os valores a seguir:
 - » Código da planilha SADT: R\$ 97,57
 - » Código da Planilha HM: R\$ 202,00
- f. O Respirador será remunerado no Intercâmbio Nacional somente com justificativa técnica nas acomodações apartamento ou enfermaria, com precificação conforme a negociação com o Prestador. Estão inclusos nas diárias de UTI e semi UTI e taxas de sala Centro Cirúrgico, portanto, não são remunerados à parte.
- g. Não cabe cobrança de taxa de laser para os seguintes procedimentos:
- 30312043 - Fotocoagulação (laser) por sessão - monocular
 30304091 - Fotoablação de superfície convencional (PRK)
 30304105 - Delaminação corneana com fotoablação estromal - LASIK

Códigos	Descrição
60024151	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para artroscopia para cirurgia, por uso
60024160	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para artroscopia para diagnóstico, por uso
60024178	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para broncoscopia com vídeo, por uso
60024194	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para broncoscopia flexível sem vídeo, por uso
60024208	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para broncoscopia sem vídeo, por uso
60024232	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para cistoureteroscopia com vídeo, por uso
60024240	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para cistoureteroscopia sem vídeo, por uso
60024267	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para coledoscopia sem vídeo, por uso
60024275	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para colonoscopia com vídeo, por uso
60024283	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para colonoscopia sem vídeo, por uso
60024305	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para colposcopia sem vídeo, por uso
60024291	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para colposcopia com vídeo, por uso
60024313	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para ecoendoscopia com vídeo, por uso
60024321	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para ecoendoscopia sem vídeo, por uso
60024330	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para endoscopia digestiva alta com vídeo, por uso
60024348	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para endoscopia digestiva alta sem vídeo, por uso
60024356	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para histeroscopia com vídeo, por uso
60024364	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para histeroscopia sem vídeo, por uso
60024380	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para laparoscopia para cirurgia, por uso
60024399	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para laparoscopia para diagnóstico, por uso
60024402	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para laringoscopia com vídeo, por uso
60024410	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para laringoscopia sem vídeo, por uso
60024437	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para mediastinoscopia para cirurgia, por uso

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60024445	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para mediastinoscopia para diagnóstico, por uso
60024453	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para nasolaringoscopia com vídeo, por uso
60024461	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para nasolaringoscopia sem vídeo, por uso
60024526	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para papilotomia sem vídeo, por uso
60024550	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para retosigmoidoscopia com vídeo, por uso
60024569	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para retosigmoidoscopia sem vídeo, por uso
60024585	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para sinusoscopia sem vídeo, por uso
60024607	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para toracoscopia para cirurgia, por uso
60024615	Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para toracoscopia para diagnóstico, por uso
60024801	Aluguel/taxa de aparelho de radiofrequência, por uso
60024836	Aluguel/taxa de aparelho de radiofrequência neurológica, por uso
60024852	Aluguel/taxa de aparelho de RTU, por uso
60024887	Aluguel/taxa de aparelho de urodinâmica, por uso
60024976	Taxa de aparelho para fototerapia, por dia
60025182	Aluguel/taxa de aspirador de catarata/facoemulsificador, por uso
60025239	Aluguel/taxa de aspirador ultrasônico, por uso
60026642	Aluguel/taxa de equipamento de cirurgia estereotáxica, por uso
60027169	Aluguel/taxa de intensificador de imagem, por uso
60027240	Aluguel/taxa de litotripsor ultrassônico, por uso
60027258	Aluguel/taxa de litotriptor pneumático, por uso
60027266	Aluguel/taxa de litotriptor eletro-hidráulico, por uso
60027363	Aluguel/taxa de microscópio cirúrgico de fibra ótica, por uso
60027371	Aluguel/taxa de microscópio neurológico de fibra ótica, por uso
60027428	Aluguel/taxa de microscópio cirúrgico, por uso
60027436	Taxa de microscópio oftalmológico, por uso
60027444	Aluguel/taxa de microscópio de otorrinolaringologia, por uso
60036290	Aluguel/taxa de monitor de vídeo cirúrgico, por uso
60036303	Aluguel/taxa de monitor de vídeo para diagnóstico, por uso
60027835	Respirador, por dia
60027843	Respirador, por hora
60027860	Aluguel/taxa de ressector urológico, por uso
60027894	Aluguel/taxa de retosigmoidoscópio, por uso
60028149	Aluguel/taxa de uso do aparelho de vídeo ureteroscópio
60028300	Aluguel/taxa do vitreógrafo, por uso
60033843	Taxa de uso de aparelho de endoscopia respiratória, por uso
60033860	Taxa de uso de aparelho de endoscopia urológica, por uso

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60033878	Taxa de uso de aparelho/equipamento de vitrectomia
60033916	Taxa de uso de craniótomo
60033959	Taxa do laser cirúrgico, por uso
1880991220	Aluguel/taxa de luz ultravioleta a para cross linking corneano

Taxa de Comercialização

Conceitos e definições

Taxa prevista para cobrança no Intercâmbio Nacional, visando atender a taxa de comercialização de OPME (teto máximo 15%) sobre o valor da OPME, devendo ser cobrada somente sobre material efetivamente utilizado em qualquer procedimento efetuado.

Códigos	Descrição
60033487	Taxa de serviços de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição de OPME

Regras

- Essa taxa não pode ser remunerada para reprocessamento de materiais, sendo específica para comercialização de OPME
- Deve ser cobrada somente sobre o OPME efetivamente utilizado em centro cirúrgico, sala cirúrgica ambulatorial e hemodinâmica
- Essa taxa só cabe para materiais de uso único não reprocessáveis, desde que efetivamente utilizados mediante apresentação da etiqueta de rastreabilidade
- Conforme a RDC 556/2021 da Anvisa, para implantáveis permanentes, deve ser apresentado etiqueta de rastreabilidade à Unimed Executora, ou seja, é de responsabilidade da auditoria da Unimed Executora a conferência e validação dos produtos utilizados. Não é pertinente a solicitação das etiquetas de rastreabilidade pela Unimed Origem para pagamento da taxa de comercialização.
- 80990045 TAXA DE CUSTEIO ADMINISTRATIVO PARA OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS) ADQUIRIDOS PELA UNIMED DE ORIGEM: refere-se à taxa de custeio administrativo (5%), ou seja, taxa administrativa para OPME adquiridos pela Unimed Origem, vide ata 67ª Colégio Nacional de Médicos Auditores/Conforme RN 305 em seu artº 13, estes códigos podem trafegar até a criação do código TUSS pela ANS

Taxa de Angiografia e Hemodinâmica

Conceitos e definições

Taxa destinada a atender os procedimentos de hemodinâmica e angiografias.

Códigos	Descrição
60023210	Taxa por uso/sessão de sala de angiografia
60023325	Taxa por uso/sessão de sala de hemodinâmica
60000350	Taxa compacta de sala de angiografia
60000406	Taxa compacta de sala de hemodinâmica

Regras

- Filme será remunerado conforme ROL Unimed
- Produtos médicos utilizados em procedimentos de hemodinâmica/angiografia deverão seguir os critérios descritos na resolução vigente
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para realização do procedimento, desde que realizados exames exclusivamente para diagnóstico
- Quando utilizados os códigos de taxas compactas da ANS, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Itens inclusos na taxa de angiografia e hemodinâmica:

Todos os itens descritos na relação de “itens inclusos das taxas de salas cirúrgicas”, acrescidos de:

- Arco cirúrgico/intensificador de imagem

Taxa de Nebulização

Conceitos e definições

Taxa destinada à realização do procedimento de inalação/nebulização dentro ou fora de internação hospitalar.

Códigos	Descrição
60022965	Taxa de sala/sessão de inalação/nebulização
60000490	Taxa compacta de sala/sessão de inalação/nebulização

Itens incluídos na taxa de nebulização:

- SF 0,9%, independente do volume
- Água destilada, independente do volume
- Broncodilatadores inalatórios (bromidrato de fenoterol e brometo de ipratrópio)
- Gases (ar comprimido, oxigênio e misturas)
- Espaço físico para realização do procedimento
- Materiais descartáveis inerentes ao procedimento
- Serviços de enfermagem
- Aparelho inalador, nebulizador e espaçador

Regras

- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para realização do procedimento
- Todas as outras medicações, exceto as descritas, poderão ser cobradas separadamente
- Este código se refere a cada sessão do procedimento e a cobrança deverá ser feita de acordo com a quantidade de sessões realizadas
- Esta regra se aplica para cobrança em paciente internado e ambulatorial
- Não cabe cobrança dos itens inclusos e de materiais e medicamentos separadamente, somente a taxa
- Quando utilizados os códigos de taxas compactas da ANS, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Taxa de Sala de Observação

Conceitos e definições

Compreende o período entre a solicitação e o término da observação médica em leito destinado nas unidades de pronto atendimento a pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem com as devidas evoluções em prontuário (de acordo com resolução CFM nº 1.638/2002 e resolução COFEN nº 0514/2016) e anotações de enfermagem para fins diagnósticos e/ou terapêuticos, por período de até 12 horas.

No Intercâmbio Nacional, a taxa será pertinente para pagamento, baseada em análise da indicação médica, diagnóstico, medicamentos administrados e justificativa técnica para a permanência em observação.

Notas técnicas: O limite de 12 horas é o período máximo para a observação hospitalar. Idealmente, um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário. Por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento, ou seja, tomada uma decisão sobre a sua internação ou não.

O leito de observação não deve ser considerado leito hospitalar de internação.

Códigos	Descrição
60033681	Taxa de sala de observação, até 6 horas: taxa destinada para atendimentos em pronto-socorro com utilização de sala de observação por até 6 horas.
60033665	Taxa de sala de observação, até 12 horas: taxa destinada para atendimentos em pronto-socorro com utilização de sala de observação por mais de 6 horas. Excludente com a taxa 60033681.
60000325	Taxa compacta de pronto-socorro

Regras

- A taxa de observação deverá ser validada tecnicamente pela auditoria da Unimed Executora
- Fatores como pertinência técnica e indicação deverão ser avaliados pelo auditor médico da Unimed Executora que tem acesso ao prontuário
- Não cabe acréscimo de valor sobre a taxa de sala de observação referente ao horário de atendimento ao paciente (horários especiais)
- A taxa não será aplicada para os procedimentos de enfermagem ambulatoriais (Ex: troca de sondas, curativos, aplicação de medicamentos, entre outros) ou quando não atender aos critérios mencionados acima
- Ultrapassados as 12h01, independente do horário de admissão, a remuneração será aquela atribuída à internação hospitalar
- Em caso de internação, a taxa de sala de observação poderá ser remunerada, ficando como responsabilidade da Unimed Executora a análise técnica junto ao prestador
- O código 60000325 Taxa Compacta De Pronto-Socorro, deve ser cobrado para atender os hospitais que seguem a composição que consta na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar. Para os hospitais com modalidade Semiglobal, deve ser cobrado o código 89999940 - Taxa Semiglobal em pronto-socorro. Não será pertinente no intercâmbio nacional, a remuneração de atendimento global em pronto socorro.

Itens inclusos na taxa de sala de observação:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum ou especial (maca; cama; berço/berço aquecido/incubadoras, qualquer tipo ou modelo; sensor de temperatura)

- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Dieta via oral, de acordo com a prescrição médica e fórmulas infantis (consultar capítulo de nutrição)
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas, etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico, de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços Profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem.

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta

Equipamentos:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclusive todos os equipamentos o que compõe: CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG, inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame
- Kits e materiais descartáveis para CPAP/BIPAP, como: circuito; máscara, qualquer tipo ou modelo; e conexões, inclui todos os materiais reprocessáveis descartáveis ou não

Taxa de Curativo Ambulatorial

Conceitos e definições

Taxa para procedimentos de curativos ambulatoriais.

Códigos	Descrição
60034009/ 60033975	Taxa por unidade de curativo grande: curativos grandes variando de 36 a 80 cm ² e extragrandes com mais de 80 cm ² .
60034017/ 60033983	Taxa por unidade de curativo médio: curativos médios variando de 16 a 36 cm ² .
60034025/ 60033991	Taxa por unidade de curativo pequeno: curativos pequenos variando de até 16 cm ² (+/- 4 x 4 cm).
60000376	Taxa Compacta de Sala de Curativos Ambulatoriais

Códigos 60033975/60033983/60033991 Taxa por unidade de curativo de queimados pequeno/ médio e grande:

- Aplicado para atender a curativos ambulatoriais de queimados
- Não há obrigatoriedade de vínculo com honorário médico
- Regra não aplicada para curativos em pacientes internados

Itens inclusos em todos os códigos descritos acima:

- SF 0,9%, independente do volume
- Atadura de crepe/crepom
- Gazes, qualquer quantidade
- Fitas adesivas, qualquer tipo ou modelo
- Espaço físico para a realização do procedimento
- Serviços de enfermagem

Observação: Coberturas especiais, pomadas e Ácidos Graxos Essenciais (AGE) poderão ser remunerados separadamente

Regras

- Não será pertinente a cobrança concomitante de taxa de sala ambulatorial, ou qualquer outra taxa, para a realização do procedimento
- Na ocasião de realização de procedimento ambulatorial que necessite de curativo, a cobrança dos insumos desse curativo deve ser lançada de forma aberta, não sendo pertinente a cobrança de taxa de curativo associada a taxa de sala de procedimento ambulatorial (conforme previsto).
- Para lesões múltiplas, pode-se considerar o somatório da extensão das lesões para o pagamento do tamanho do curativo (limitado a uma taxa).
- Não é necessário o vínculo com o honorário médico ou autorização prévia para esta cobrança
- Não há pertinência na cobrança de forma aberta de curativos ambulatoriais, ou seja, não cabe a cobrança item a item
- Pertinente o pagamento de apenas uma taxa, independentemente do número de curativos realizados
- Regra não se aplica para pacientes internados. Nestes casos, deverá haver cobrança de forma aberta de materiais e medicamentos
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento

- Regra não se aplica para cobrança em atendimento domiciliar
- Quando utilizados os códigos de taxas compactas da ANS, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial

Conceitos e definições

Compreende a utilização de sala destinada à realização de procedimentos ambulatoriais, executados por profissional médico e de enfermagem e que não demandem internação hospitalar, realizadas fora do centro cirúrgico.

Refere-se a terapias e procedimentos médicos ou de enfermagem realizados em ambulatório, desde que não haja outra taxa específica.

A referida taxa NÃO deve ser cobrada associada a nenhuma outra taxa, conforme exemplos a seguir:

- Taxa de Sala de Procedimento em Ambulatório + Taxa de Sala Cirúrgica
- Taxa de Sala de Procedimento em Ambulatório + Taxa de Sala de Observação
- Taxa de Sala de Procedimento em Ambulatório + 60023090 Taxa de Sala Cirúrgica, Porte Anestésico 0
- Taxa de Sala de Procedimento em Ambulatório + 60000465 Taxa de Sala Compacta de Pequenos Procedimentos
- Taxa de Sala de Procedimento em Ambulatório + 60000457 Taxa Compacta de Sala de Pequenas Cirurgias

Taxa pertinente na cobrança dos seguintes procedimentos:

- Procedimentos classificados no ROL Porte 0 (ex: 30101484 - Exérese de unha, 30101492 - Exérese e sutura simples de pequenas lesões (por grupo de até 5 lesões), 30101620 - Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício, 30101638 - Incisão e drenagem de flegmão, 30101735 - Retirada de corpo estranho subcutâneo, 30101930 - Abscesso de unha (drenagem) - tratamento cirúrgico etc.)
- Procedimentos de enfermagem, como exemplos: passagem ou troca de sondas, fleet enema, cuidados com ostomias, lavagens, entre outros, realizados ambulatoriamente fora da internação hospitalar. Não é necessário vínculo com honorário médico ou autorização prévia
- Procedimentos com previsão de porte anestésico, sem a presença do anestesista
- Procedimentos diagnósticos intervencionistas realizados a nível ambulatorial, exceto na existência de taxa específica
- Para procedimentos terapêuticos e diagnósticos intervencionistas realizados a nível ambulatorial, será passível a cobrança de uma única taxa de sala ambulatorial, não podendo ser cobrada 100% e 50%
- Infiltração: 30713137 - Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração), orientada ou não por método de imagem e 30713145 - Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco), orientada ou não por método de imagem
- Pulsoterapia: 20104383 - Pulsoterapia intravenosa (por sessão) ambulatorial
- Procedimentos em urodinâmica
- Não há necessidade de vínculo com honorários médicos quando for específica para a realização dos procedimentos de enfermagem citados acima
- Na realização de procedimentos que não possuam porte anestésico (em branco) e são realizados em centro cirúrgico com a participação do anestesiológico, deverá ser cobrado de sala Porte 0

ou Tempo 1 (tabela de tempo cirúrgico), exceto para os casos de realização de procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia, em que deverá ser cobrada a “Taxa de Sala de Procedimentos Endoscópicos”. Quando o paciente for internado, na presença ou não do anestesiológico, mantém-se a regra acima

Códigos	Descrição
60023384	Taxa por uso/sessão de sala de procedimento ambulatorial
60000457	Taxa compacta de sala de pequenas cirurgias
60000465	Taxa compacta de sala de pequenos procedimentos

Regras

- Não se aplica para cobrança em paciente internado
- Pertinente o pagamento de apenas 1(uma) taxa de sala, independentemente do número de procedimentos realizados, vias de acesso ou codificação utilizada para cobrança
- Para o caso de aplicação do medicamento IMUNO BCG (terapia imunobiológica) é pertinente a remuneração da Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial
- Taxa pertinente para realização do teste de provocação de oral a alimentos (20101368), realizados em nível hospitalar, ambulatorial ou no Centro de Promoção da Saúde Unimed.
- Quando utilizados os códigos de taxas compactas da ANS, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Itens inclusos na Taxa de sala de procedimento ambulatorial:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca ou cama)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexedina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico, de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços Profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo
- Bisturi elétrico: entendendo como parte do bisturi elétrico a placa, eletrodo eletrocirúrgico em caneta de mão, caneta e prolongador qualquer modelo, incluindo gel
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo
- Marcador cirúrgico tipo caneta (exceto azul de metileno) estéril, qualquer tipo ou modelo
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG, inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame

Taxa de sala para procedimentos realizados em consultório (pessoa física)

Conceito

Compreende a utilização de sala para realização de procedimentos em consultório.

Códigos	Descrição
60036800	Taxa de sala para procedimentos realizados em consultório (pessoa física)

Itens inclusos

- Instalações da sala de atendimento em consultório;
- Equipamentos para o atendimento em consultório, incluindo custo e manutenção.
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas, etc.) do paciente e da equipe Médica e Multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, polivinil-pirrolidona-iodo (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, Iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, des–cartáveis ou não descartáveis;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);

- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32;
- Esterilização/desinfecção de instrumentais;
- Taxas diversas (administrativas, serviços, equipamentos, salas).

Itens não inclusos

- Honorários Médicos;
- OPME;
- Materiais e medicamentos que serão remunerados conforme LPM.
- Curativos especiais;
- SADT.

Regras

- Não há necessidade de autorização prévia;
- Cobrança na mesma guia ou por meio de vínculo com o procedimento realizado em consultório.
- Não será permitida a cobrança concomitante de qualquer outra taxa;
- Pertinente o pagamento de apenas 1 taxa de sala, independentemente do número de procedimentos realizados, vias de acesso ou codificação utilizada para cobrança.
- Não se aplica a cobrança para pacientes em atendimento em Pronto Socorro e Internados.
- Taxa precificada no Intercâmbio Nacional conforme publicado na TB.041 – Tabela 18 Unimed TUSS Diárias Taxas e Gases Medicinais.
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização de procedimentos realizados em consultório por prestador pessoa física.
- Para utilização desta taxa, deve ser utilizada a “Planilha de Controle” com a sinalização dos códigos passíveis ou não de cobrança da referida taxa.

Taxa de Sala de Hemoterapia

Conceitos e definições

Taxa parametrizada para a realização de atendimento ambulatorial para procedimentos de hemoterapia transfusional e sangria terapêutica.

Códigos	Descrição
60023333	Taxa por uso/Sessão de sala de hemoterapia

Regras

- Não se aplica para cobrança em paciente internado, coleta e reserva de sangue
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- Quando não houver disponível sala de hemoterapia, permite-se a cobrança da taxa de sala de procedimento ambulatorial para sangria terapêutica

- No processamento, não estão incluídos os valores de bolsa plástica utilizada por hemocomponente e materiais descartáveis para aplicação. Portanto, podem ser cobrados como taxas. Outros materiais descartáveis necessários para a hemoterapia não devem ser pagos

Codificação para bolsa plástica e kit de descartáveis com valores definidos pelo Colégio Nacional de Auditores (CNA):

Códigos	Descrição
89999932	Taxa de utilização de bolsa plástica por unidade hemoterápica
89999916	Taxa de utilização de descartáveis para aplicação de cada unidade hemoterápica

Itens inclusos na Taxa de Sala de Hemoterapia:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, berço, poltrona)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico, de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo

- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG: inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame

Taxa de Sala de Quimioterapia

Conceitos e definições

Taxa de sala destinada para a realização de quimioterapia em ambulatório, ou seja, em local especializado fora da acomodação hospitalar.

Neste conceito se enquadram medicamentos que estejam classificados com Grupo Farmacológico AGENTE ANTINEOPLÁSICO E IMUNOMODULADORES e Classe Farmacológica como AGENTE ANTINEOPLÁSICO da TNUMM.

Visa cobrir o custo do preparo e da manipulação de produtos quimioterápicos que requeiram ambiente e técnicas especiais, espaço físico e acomodação.

Códigos	Descrição
60023406	Taxa por uso/sessão de sala de quimioterapia (ambulatorial)
60000481	Taxa compacta de sala de sessão de quimioterapia ambulatorial

Regras

- Não se aplica para cobrança em paciente internado, devendo ser cobrados apenas materiais e medicamentos
- Não poderá ser cobrada qualquer outra taxa concomitantemente para a realização do procedimento
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- Quando utilizado o código 60000481 Taxa Compacta De Sala De Sessão De Quimioterapia Ambulatorial, deverá ser respeitada a composição que consta na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Observações:

- Para administração dos medicamentos hormonioterápicos e bifosfonados, não cabe remuneração de taxa de sala de quimioterapia ou taxa de sala de observação. Para estes casos, cabe a taxa de aplicação (60015292 ou 60015357)
- Bomba elastomérica: cabe remuneração da bomba elastomérica descartável, para infusão de medicamentos quimioterápicos, de acordo com a indicação. Para retirada da bomba elastomérica é pertinente a remuneração da taxa de permeabilização de cateter no código 60018607 – Taxa de permeabilização de cateter de longa permanência – por uso.

60018623 Taxa de preparo de quimioterápicos, por uso, essa taxa é destinada apenas para preparo de quimioterápicos onde o serviço seja terceirizado (paciente internado).

Itens inclusos na Taxa de Sala de Quimioterapia:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona, berço)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Dieta via oral, de acordo com prescrição médica e fórmulas infantis (consultar capítulo de nutrição)
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta

Equipamentos:

- Capela fluxo laminar
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú

- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG: inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame

As próximas duas taxas abaixo (taxa de aplicação de quimioterapia e taxa de aplicação de imunobiológicos), são específicas para as UNIMEDS QUE NEGOCIARAM LPM+15% PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS E IMUNOBIOLÓGICOS:

- Para utilização das taxas precificadas no Intercâmbio Nacional, deve-se obrigatoriamente, cobrar os medicamentos conforme negociação com o prestador e no máximo conforme valor constante na tabela auxiliar publicada no portal Unimed (LPM +15%).

Taxa de Aplicação de Quimioterapia

Conceitos e definições:

Taxa destinada para a realização de quimioterapia em ambulatório, ou seja, em local especializado fora da acomodação hospitalar. Aplicação de quimioterapia por diferentes vias que visa cobrir o custo do preparo e da manipulação de produtos quimioterápicos que requeiram ambiente e técnicas especiais, espaço físico e acomodação.

Neste conceito se enquadram medicamentos que estejam classificados com Grupo Farmacológico AGENTE ANTINEOPLÁSICO E IMUNOMODULADORES e Classe Farmacológica como AGENTE ANTINEOPLÁSICO da TNUMM.

Códigos

Códigos	Descrição
1889999908	Taxa para aplicação de quimioterapia ev, por uso/sessão
1889999959	Taxa para aplicação de quimioterapia im/sc, por uso/sessão
1889999967	Taxa para aplicação de quimioterapia intra-tecal, por uso/sessão
1889999860	Taxa para aplicação de quimioterapia vesical, por uso/sessão

Regras

- Não se aplica para cobrança em paciente internado, devendo ser cobrados apenas materiais e medicamentos;
- Não poderá ser cobrada qualquer outra taxa concomitantemente para a realização do procedimento;
- Taxa com código específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento;
- Não é permitido para o mesmo atendimento, a cobrança de taxas de diferentes vias para aplicação de quimioterapia. Prevalecerá a taxa de maior valor. Taxa única, limitada a uma cobrança por atendimento.

Em caso de aplicação em um mesmo atendimento, das taxas por via EV e Intratecal, será remunerado 100% da taxa de maior valor e 50% da taxa de menor valor. Limitado à cobrança de 2 taxas.

- Não é permitido a cobrança concomitante de nenhuma outra taxa da Tabela 18 Unimed.

- Valor máximo para esta taxa no intercâmbio nacional é definido pelo Conselho Confederativo. Valores divulgados na Tabela 18 Unimed TUSS Diárias Taxas e Gases Medicinais.

Observações:

- Para administração dos medicamentos hormonioterápicos e bifosfonados, não cabe remuneração de taxa de sala de quimioterapia ou taxa de sala de observação. Para estes casos, cabe a taxa de aplicação (60015292 ou 60015357);
- Bomba elastomérica: cabe remuneração da bomba elastomérica descartável, para infusão de medicamentos quimioterápicos, de acordo com a indicação;
- 60018623 Taxa de preparo de quimioterápicos, por uso, essa taxa é destinada apenas para preparo de quimioterápicos onde o serviço seja terceirizado (paciente internado).

Itens inclusos na Taxa de aplicação de Quimioterapia:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa);
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona, berço);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente;
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não;
- Dieta via oral, de acordo com prescrição médica e fórmulas infantis (consultar capítulo de nutrição);
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas);
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32;
- Esterilização/desinfecção de instrumentais e;
- Taxa administrativa do hospital.

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem.

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito e;
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta.

Equipamentos:

- Capela fluxo laminar;
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo;
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos;
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO2 em grânulo (cal so-dada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel e;
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG: inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame.

Taxa de Aplicação de Imunobiológicos

Conceitos e definições:

Taxa destinada para atender a demanda de casos em que o paciente realize atendimento de aplicação de medicamentos “IMUNOBIOLÓGICOS” por diferentes vias, sem indicação de observação hospitalar e/ou internação.

Códigos

Códigos	Descrição
1889999878	Taxa para aplicação de imunobiológico EV, por uso/sessão
1889999886	Taxa para aplicação de imunobiológico IM/SC, por uso/sessão
1889999894	Taxa para aplicação de imunobiológico vesical, por uso/sessão

Regras:

- Não se aplica a atendimento do paciente/cliente internado.
- Taxa única, limitada a uma cobrança por atendimento, independentemente da codificação utilizada na cobrança ou do número de medicações e utilizada EXCLUSIVAMENTE para as vias de acesso IM/SC, EV e VESICAL.
- Taxa com código específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento;
- Não poderá ser cobrada em conjunto com taxa de repouso, observação, aplicação ou qualquer outra taxa de sala ou serviço.
- Não há obrigatoriedade de vínculo com HM.

- Valor máximo para esta taxa para o intercâmbio nacional é definido pelo Conselho Confederativo. Valores divulgados na Tabela 18 Unimed TUSSDiárias Taxas e Gases Medicinais.

Itens inclusos na taxa de aplicação de imunobiológicos:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona, berço);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não;
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 e,
- Taxa administrativa do hospital.

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem Equipe multiprofissional:
- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo;
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos;
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe):
 - » CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú e,
 - » Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel.

Taxa de Sala de Hemodiálise

Conceitos e definições

Taxa destinada para a realização de procedimentos de hemodiálise ambulatorial (pacientes crônicos e agudos).

Visa cobrir os custos de espaço físico, acomodação para o paciente, preparo, manipulação, administração de produtos e medicações, bem como limpeza, esterilização, desgaste, depreciação e manutenção dos equipamentos.

Códigos	Descrição
60023317	Taxa por uso/sessão de sala de hemodiálise
60000392	Taxa compacta de sala de hemodiálise

Regras

- A taxa de sala de hemodiálise não será remunerada no Intercâmbio Nacional em casos de internação (Enf/Apt./UTI), exceto nas situações em que o cliente seja deslocado ao serviço especializado (outro ambiente no mesmo serviço ou terceiro), para realização do procedimento fora do leito hospitalar
- Quando a cobrança ocorrer em forma de pacote, a referida taxa não será remunerada separadamente
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- Quando utilizado o CÓDIGO 60000392 Taxa Compacta De Sala De Hemodiálise, deverá ser respeitada a composição que consta na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar.

Kit Prisma e Kit Genius:

- Segundo a própria sociedade da especialidade, não existe superioridade entre procedimentos especiais e convencionais no desfecho final dos casos. Assim sendo, foi aceita a proposta de não pagar os referidos kits para procedimentos especiais em Intercâmbio Nacional, embasado na diretriz da Sociedade de Nefrologia. Independente da técnica utilizada, paga-se o procedimento convencional da hemodiálise.

Itens inclusos na Taxa de Sala de Hemodiálise:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona, berço)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não

- Dieta via oral
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta

Equipamentos:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Máquina dialisadora e insumos necessários para sua limpeza e manutenção
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG: inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame

Taxa de Sala de Endoscopia/Colonoscopia

Conceitos e definições

Esta taxa se refere à parametrização de cobrança por utilização de sala apropriada para realização de procedimentos endoscópicos diagnósticos e intervencionistas, independente da via de acesso.

Códigos	Descrição
60023244	Taxa por uso/sessão de sala de colonoscopia
60023287	Taxa por uso/sessão de sala de endoscopia digestiva alta
60023295	Taxa por uso/sessão de sala de endoscopia ginecológica
60023309	Taxa por uso/sessão de sala de endoscopia urológica
60023228	Taxa por uso/sessão de sala de broncoscopia

Regras

- Apropriada para a cobrança de taxas de sala de endoscopias (alta, baixa, urológica, respiratória, ginecológica), reto/colonoscopia/retossigmoidoscopia ou broncoscopia
- Em casos de realização de procedimento de endoscopia e colonoscopia no mesmo momento, deverão ser cobradas/remuneradas as taxas de sala como 100% para a maior e 50% para a menor taxa de sala
- Taxa com códigos específicos para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento, sendo:
 1. Taxa de sala de endoscopia
 2. Taxa de sala para procedimentos realizados em consultório.

Não sendo pertinente a remuneração concomitante destas taxas.
- Pertinente à cobrança de taxa de sala e de taxa de equipamento, com ou sem vídeo, para os procedimentos endoscópicos
- Para procedimentos endoscópicos realizados sob anestesia, cabe a cobrança de taxa de sala de procedimentos endoscópicos, independentemente do local de realização (centro cirúrgico ou ambulatorial)
- A taxa de recuperação anestésica é devida para procedimentos endoscópicos nos quais o paciente foi atendido por anestesiolista e permaneceu em ambiente adequado para recuperação anestésica, de acordo com critérios de admissão em SRPA preconizados pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Itens inclusos na Taxa de Sala de Endoscopia/Colonoscopia:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos

- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Bisturi elétrico: entendendo como parte do bisturi elétrico a placa, eletrodo eletrocirúrgico em caneta de mão, caneta e prolongador qualquer modelo, incluindo gel
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (incluso todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG: inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame

Taxa para ventilação não invasiva de pressão positiva (Capacete respirador e Cateter Nasal de alto Fluxo)

Conceitos e definições

Taxa destinada para a remuneração do uso dos equipamentos e materiais para ventilação não invasiva de pressão positiva por Capacete respirador ou Cateter Nasal de alto Fluxo, no tratamento dos pacientes com Covid.

Códigos	Descrição
60036842	Taxa para Ventilação não Invasiva de Pressão Positiva

Itens inclusos na taxa para ventilação não invasiva de pressão positiva:

- Todos os insumos, inclusive o cateter de alto fluxo e o capacete respirador;
- Todos os equipamentos/circuitos.

Itens não inclusos na taxa para ventilação não invasiva de pressão positiva:

- Gases medicinais

Regras

- Pode ser cobrada até 1 (uma) por internação.
- A remuneração da taxa de VNIPP é permitida para os modelos de remuneração Compacta ANS, conta aberta, diárias globais e semiglobais.
- Permitido apenas a cobrança da taxa definida, não sendo pertinente a cobrança dos itens de forma aberta.
- Não pode ser cobrada concomitantemente com taxa de BIPAP e nem com nenhuma outra taxa de ventilação, no mesmo período de utilização (dia e hora).
- O uso dessa taxa é exclusivo para paciente com Covid.
- Valorização com teto máximo de R\$1.000,00.

Critérios:

- Remunerado para paciente internado, independente da acomodação, desde que atenda os critérios estabelecidos abaixo:
- Pacientes dispneicos e hipoxêmicos que, apesar do uso de oxigênio a 5 litros/minuto, apresentam saturação menor ou igual a 93%.

Taxa de Equipamento CPAP/BIPAP

Conceitos e definições

Taxa destinada para a remuneração do uso dos equipamentos CPAP e BIPAP, para o tratamento da apneia do sono e doenças respiratórias com restrição da expansão pulmonar.

Códigos	Descrição
60027738	Taxa de respirador BIPAP/CPAP, por dia
60027746	Taxa de respirador BIPAP/CPAP, por hora

Regras

- Não cabe cobrança da taxa em pacientes em acomodações UTI
- A taxa será remunerada em apartamento e enfermaria quando clinicamente justificado
- Para utilização nas acomodações apartamento ou enfermaria com a devida justificativa técnica, a precificação será conforme a negociação com o Prestador.

Itens inclusos na taxa de equipamento CPAP/BIPAP:

- A taxa do equipamento inclui todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não. (kits e materiais descartáveis como: circuito, máscara, qualquer tipo ou modelo, e conexões, gorros, fixadores e presilhas)
- Não cabe cobrança de materiais separadamente, somente a taxa
- Serviços de enfermagem e/ou multiprofissionais

Diária de Acompanhante e Taxa de Refeição

Conceitos e definições

Diária de acompanhante: visa cobrir despesas do acompanhante, como leito (poltrona), roupas de

cama e banho, para casos previstos em lei (RN 167/08), para clientes internados em enfermaria e UTI (humanizada).

Taxa de refeição: visa cobrir despesas relacionadas às refeições oferecidas ao acompanhante. Deverá ser remunerada para atender menores de 18 anos, maiores de 60 anos, portadores de necessidades especiais e de gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto, em acomodação enfermaria ou apartamento.

Códigos	Descrição
60000384	Diária de acompanhante com refeição completa,
60000473	Diária de acompanhante somente com café da manhã
60033533	Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar)
60033541	Taxa de refeição de acompanhante (café da manhã ou café da tarde)
60000368	Diária de acompanhante sem café da manhã e sem refeição

Regras

- Cabe cobrança de diária de acompanhante + taxa de refeição. Na acomodação apartamento, não cabe cobrança de diária de acompanhante, apenas de refeição (nos casos previstos por lei), pois a acomodação apartamento já prevê o acompanhante, conforme composição da diária de apartamento
- Não cabe remuneração de diária de acompanhante ou refeição para atendimento de clientes não internados
- Nos casos de cobrança com CÓDIGO de diária de acompanhante com refeição completa, não poderá haver cobrança de refeições à parte
- Taxa de refeição para acompanhante em UTI - a cobrança será devida em situações de acompanhante em UTI humanizada (a ser verificado pela auditoria da Unimed Executora), desde que preenchidos os critérios definidos por lei

Observações: De acordo com a RN 167/08, a cobertura das despesas relacionadas a acompanhantes (de crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir dos 60 anos de idade, portadores de necessidades especiais e gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto) compreenderá o total daquilo que for oferecido pelo prestador de serviço. Por exemplo: se o hospital A credenciado da Operadora X oferece aos acompanhantes de seus pacientes três refeições por dia, a Operadora X deverá custear as despesas destas refeições. Se o hospital B, também credenciado da Operadora X, oferece aos acompanhantes de seus pacientes apenas uma refeição por dia, a Operadora X deverá custear as despesas referentes a esta refeição. Ou seja, quem define o que é ofertado ao acompanhante é o prestador de serviços, cabendo à operadora apenas custear tais despesas.

Para acompanhante de paciente, nos casos previstos em lei, em acomodação hospital dia, somente poderá ser remunerada taxa de refeição nos seguintes códigos:

Códigos	Descrição
60033533	Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar)
60033541	Taxa de refeição de acompanhante (café da manhã ou café da tarde)

Taxa de Acompanhante em Centro Obstétrico

Conceito

Visa cobrir paramentação (máscara, gorro, propé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante para acompanhamento em centro obstétrico, para atender a legislação Lei nº 11.108 / RN 211/10, que prevê 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto até o 10º dia, conforme RN 387.

Códigos	Descrição
60021535	Taxa de acompanhante em centro obstétrico

Regras

- Segundo a ANS, a existência e o valor dessa taxa deverão ser negociados entre a empresa de planos de saúde e o prestador (hospital ou clínica).
- Essa cobrança não poderá ser repassada à beneficiária, sob pena de descumprimento da lei.

Taxa de Permeabilização de Cateter

Conceitos e definições

Taxa destinada para a realização de procedimentos de permeabilização de cateteres de longa permanência, em local especializado fora da acomodação hospitalar.

Códigos	Descrição
60018607	Taxa de permeabilização de cateter de longa permanência, por uso

Regras

- Não se aplica para cobrança em pacientes internados, devendo ser cobrados apenas materiais e medicamentos
- Não se aplica para cobrança em casos de administração de quimioterapia
- Não poderá ser cobrada taxa de permeabilização de cateter + taxa de sala de quimioterapia ou qualquer outra taxa concomitantemente para a realização do procedimento
- Não há obrigatoriedade de vínculo com HM e não há necessidade de autorização prévia
- Taxa única, independentemente do número de procedimentos realizados
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- Taxa pertinente para retirada da bomba elastomérica.
- Para atendimento ambulatorial é pertinente a remuneração da taxa de permeabilização de cateter e agulha huber, os demais insumos estão contemplados no valor da taxa.

Observações: Agulha de HUBER no Intercâmbio Nacional. Cabe o pagamento da referida agulha tanto para aplicação de medicação de qualquer natureza, quanto para heparinização de cateter totalmente implantável, no valor vigente da TNUMM, independente da marca utilizada.

Itens inclusos na Taxa de Permeabilização de Cateter:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)

- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona, berço)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel

Taxa de Aplicação de Medicamento

Conceitos e definições

Taxa destinada para atender a demanda de casos em que o paciente realize atendimento de aplicação de medicamento sem indicação de observação hospitalar.

Códigos	Descrição
60015292	Taxa de aplicação de injeção EV, fora da UTI/Semi UTI e do centro cirúrgico, por uso/sessão
60015322	Taxa de aplicação de injeção IM, fora da UTI/Semi UTI e do centro cirúrgico, por uso/sessão
60015357	Taxa de aplicação de injeção subcutânea, fora da UTI/Semi UTI e do centro cirúrgico, por uso/sessão
60033746	Taxa de sala para aplicação de medicação
60000449	Taxa compacta de sala de medicamentos via IM ou IV

Regras

- Não se aplica a atendimento do paciente/cliente internado
- Não aplicada para casos de medicações por via oral
- Taxa única, limitada a uma cobrança por atendimento, independentemente da codificação utilizada na cobrança ou do número de medicações e utilizada EXCLUSIVAMENTE para as vias de acesso: EV/ IM /SC/ID/INTRAVÍTEA
- Taxa pertinente para a realização do tratamento ocular quimioterápico com anti-angiogênico.
- Não poderá ser cobrada em conjunto com taxa de repouso, observação ou qualquer outra taxa de sala, exceto em casos de taxas de nebulização e curativo com TUSS específico
- O valor máximo para esta taxa é definido pelo CNA e Conselho Confederativo para o Inter- câmbio Nacional
- Não há obrigatoriedade de vínculo com HM (para casos de prescrição de medicamentos administrados por solicitação do médico assistente ambulatorialmente) nem necessidade de autorização prévia, exceto para casos de medicamentos não cobertos. Nestes casos, caberá autorização da Unimed de Origem
- Quando utilizado o CÓDIGO 60000449 - Taxa compacta de sala de medicamentos via IM ou IV, deverá ser respeitada a composição descrita na Tabela 18 Matriz ANS, independente do tipo de rede hospitalar
- Para os casos em que a taxa de aplicação for decorrente de uma consulta em pronto-socorro (na mesma data), não há necessidade de autorização, porém o vínculo com honorário médico se torna obrigatório
- Para os casos de administração de medicamentos prescritos em consultório, será necessária a autorização da taxa de aplicação, independente se o paciente levar o medicamento/insumos. Não será necessário vínculo com honorário médico
- A seguir, tabela contendo os cenários referentes à prescrição de medicamentos em consultório:

Situações/cenários, conforme deliberação na reunião técnica

Cenários	Autorização medicamento?	Autorização taxa aplicação?	Considerando que foram concedidas todas as autorizações: O que cobrar na conta hospitalar?
Receita: Medicamento coberto (Serviços de enfermagem + estrutura + insumos + medicamento)	Sim	Sim	1. Taxa de aplicação 2. Material 3. Medicamento
Receita: Medicamento não coberto (Serviços de enfermagem + estrutura + insumos + medicamento)	Sim	Sim	1. Taxa de aplicação 2. Material 3. Medicamento
Receita + medicamento em mãos: Medicamento coberto (Serviços de enfermagem + estrutura + insumos)	Não necessita de autorização do medicamento.	Sim (Informar qual medicamento a ser administrado e que se trata de uma medicação externa)	1. Taxa de aplicação 2. Material
Receita + medicamento em mãos: Medicamento não coberto (Serviços de enfermagem + estrutura + insumos)	Não necessita de autorização do medicamento.	Sim (Informar qual medicamento a ser administrado e que se trata de uma medicação externa)	1. Taxa de aplicação 2. Material
Receita + medicamento + materiais em mãos: Medicamento coberto (Somente serviços de enfermagem e estrutura)	Não necessita de autorização do medicamento.	Sim (Informar qual medicamento a ser administrado e que se trata de uma medicação externa)	1. Taxa de aplicação
Receita + medicamento + materiais em mãos: Medicamento não coberto (somente serviços de enfermagem e estrutura)	Não necessita de autorização do medicamento.	Sim (Informar qual medicamento a ser administrado e que se trata de uma medicação externa)	1. Taxa de aplicação

Fonte: 9ª reunião conjunta do grupo consultivo do Colégio Nacional de Auditores Médicos e do Comitê Nacional de Intercâmbio, 2019.

Observações:

Imunobiológicos: A soma do valor do medicamento imunobiológico em conjunto com a taxa de aplicação não pode ultrapassar o valor do medicamento na TNUMM (respeitada a tributação local) acrescido do valor determinado pelo CNA para a referida taxa. Nesta regra é permitida a cobrança de taxa de aplicação com valor diferenciado desde que o valor final da aplicação (medicamento + taxa) não ultrapasse o valor teto estabelecido.

Itens inclusos na Taxa de Aplicação:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona, berço)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32;
- Taxa administrativa do hospital.

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel

Taxa de Retirada de Pontos

Conceitos e definições

Taxa destinada a atender os procedimentos de retirada de pontos em ambiente ambulatorial.

Códigos	Descrição
60023899	Utilização de bandeja para retirada de pontos

Regras

- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- Taxa contempla a totalidade do procedimento, não sendo pertinente cobrança de insumos à parte
- Não há necessidade de vínculo com HM ou autorização prévia
- Não será pertinente a cobrança concomitante de bandeja de retirada de pontos com qualquer outra taxa para a realização do procedimento
- Não há pertinência na cobrança de forma aberta, ou seja, para a cobrança de retirada de pontos não cabe a cobrança item a item + cobrança de TAXAS DE SALA; exceto para clientes internados, em que deverá haver a cobrança de forma aberta de materiais e medicamentos utilizados
- Regra não se aplica para pacientes internados
- O valor máximo para esta taxa é definido pelo CNA e Conselho Confederativo para o Intercâmbio Nacional

Itens inclusos na taxa de retirada de pontos:

- Espaço físico para a realização do procedimento
- Serviços de enfermagem
- Bandeja
- Carro de curativos, mesa auxiliar ou superfície fixa
- Lâmina de bisturi
- Instrumentais permanentes ou descartáveis
- Gaze estéril ou não
- Frasco/ampola de soro fisiológico a 0,9%
- Saco plástico ou forro impermeável
- Agulha 40 x 12 ou acessório de transferência
- Fita adesiva, se necessário (qualquer tipo ou modelo)
- Equipamentos de proteção individual (se necessário): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril, luvas de procedimento e luva estéril
- Antissépticos
- Esterilização/desinfecção de instrumentais

Taxa de Fototerapia Ambulatorial

Conceitos e definições

Esta taxa está prevista para atender pacientes em tratamento de doenças dermatológicas associado com 20104120 – Fototerapia com UVA (PUVA) (por sessão) ambulatorial, somente para prestadores jurídicos que possuam equipamento para fototerapia de corpo inteiro.

Códigos	Descrição
60024976	Taxa de aparelho para fototerapia, por dia

Itens inclusos na taxa de fototerapia ambulatorial:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca, cama, poltrona)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial, segundo NR 32.
- Taxa administrativa

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem.

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico para intercorrências clínicas

Equipamentos:

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (incluso todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Aparelho/equipamento para fototerapia

Regras

- Esta taxa não se refere ao aparelho/equipamento para fototerapia convencional ou tipo Biliberço e Bilispot, que estão inclusos na composição das diárias

- Taxa com preço teto estabelecido no Intercâmbio Nacional. O valor vigente deve ser consultado na tabela 18

Taxa de Sala de Polissonografia

Conceitos e definições

Taxa destinada para a realização de procedimentos de polissonografia.

Códigos	Descrição
60036206	Taxa de sala de polissonografia

Regras

- Códigos de procedimentos que caracterizam cobrança de taxa de sala de polissonografia, de acordo com ROL Unimed vigente:
 - a) 40103528 Polissonografia de noite inteira (PSG) (inclui polissonogramas)
 - b) 40103536 Polissonograma com EEG de noite inteira
 - c) 40103544 Polissonograma com teste de CPAP/BIPAP nasal
 - d) 40103730 Teste de múltiplas latências diurnas do sono pós PSG
- Taxa única com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para realização do procedimento

Observações:

- O CÓDIGO não é honorário médico
- O equipamento Polissonógrafo está incluso na taxa de sala de polissonografia e não será remunerado separadamente
- Gases não inclusos na composição da taxa, devendo ser remunerado separadamente

Itens inclusos na Taxa de Polissonografia:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Acomodação específica
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para

descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32

- Taxa administrativa do hospital
- Materiais e medicamentos

Serviços profissionais:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipamentos:

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Kits e materiais descartáveis para CPAP/BIPAP, como circuito, máscara, qualquer tipo ou modelo, e conexões, inclui todos os materiais reprocessáveis descartáveis ou não
- Polissonógrafo

Taxa de Sala de Imobilização Gessada

Conceitos e definições

Taxa utilizada para procedimento de imobilização gessada.

Códigos	Descrição
6002256	Taxa de imobilização gessada, por uso/sessão
60000414	Taxa compacta de sala de imobilização gessada

Regras

- No Intercâmbio Nacional, a cobrança é pertinente somente para atendimento ambulatorial. Para pacientes internados, não cabe a cobrança desta taxa
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- A taxa de sala de gesso não será remunerada no caso de retirada de gesso
- Observação: Quando utilizado o CÓDIGO 60000414 TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA deverá seguir a composição descrita na Tabela 18 ANS Matriz, independente do tipo de rede hospitalar.

Itens inclusos na Taxa de Sala de Imobilização Gessada:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Mesa operatória
- Instrumental/equipamentos de anestesia
- Iluminação (foco), de qualquer tipo ou modelo
- Instrumental/equipamento básico e permanente na unidade
- Troca de roupa de cama e banho do paciente

- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.)
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Equipe multiprofissional:

- Serviço técnico de gesso

Equipamentos:

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel

Taxa de Sala de Imobilização Não Gessada

Conceitos e definições

Taxa utilizada para realização de imobilização não gessada:

- Descartáveis
- Reutilizáveis
- Plásticas
- Sintéticas
- Esparadrapagem
- Colocação de tala metálica
- Enfaixamentos

Códigos	Descrição
6002264	Taxa de imobilização não gessada, por uso/sessão

Regras

- No Intercâmbio Nacional, a cobrança é pertinente somente para atendimento ambulatorial. Para pacientes internados, não cabe a cobrança desta taxa
- Taxa com TUSS específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento
- O valor máximo para esta taxa é definido pelo CNA e Conselho Confederativo para o Intercâmbio Nacional

Itens inclusos na Taxa de Sala de imobilização não gessada:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Maca
- Iluminação (foco), de qualquer tipo ou modelo
- Instrumental/equipamento básico e permanente na unidade
- Troca de roupa de cama
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação, do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital

Serviços profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Serviço técnico de gesso ou outro profissional habilitado

Equipamento:

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO₂ em grânulo (cal sodada®), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não e ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel

Remoção

Conceitos e definições

A taxa de remoção destina-se ao transporte inter-hospitalar de pacientes de baixa, média e alta complexidade, em âmbito municipal ou intermunicipal.

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) destinado, exclusivamente, ao transporte de pacientes.

Os veículos devem ser equipados em conformidade com o que determina a Portaria 2048/2002, do Ministério da Saúde.

A taxa de chamada de ambulância destina-se à remuneração de solicitação do serviço de remoção que, por motivo de condição clínica do paciente, tenha sua remoção cancelada. No entanto, remunera-se desde que haja deslocamento até o prestador/cliente. A referida taxa (CÓDIGO 60022191) é excluída se ocorrer a remoção

Regras

- O tipo de ambulância a ser utilizado é de acordo com o grau de complexidade do atendimento a ser realizado, podendo ser desde ambulâncias de Suporte Básico (para casos mais simples e sem riscos à vida) a Suporte Avançado (com UTI Móvel e atendimento a casos mais graves)
- A cobrança do tipo de ambulância deve ser compatível com o quadro clínico do paciente no momento da remoção

Itens incluídos na remoção:

- EPI's
- Materiais de consumo
- Medicamentos
- Aparelhos e equipamentos necessários, conforme o tipo de ambulância (portaria 2048/2002, MS)
- Gases medicinais
- Serviços profissionais, conforme o tipo de ambulância (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e motorista/socorrista)
- Gerenciamento de resíduos hospitalares
- Desinfecção/esterilização

Códigos	Descrição
60018658	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60018666	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60018682	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60018690	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60018712	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60018720	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60018747	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por hora
60018755	Remoção em ambulância neonatal, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por km
60018895	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60018909	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60018925	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60018933	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60018950	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60018968	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km
60018984	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para SADT, no município, por hora
60018992	Remoção em ambulância simples adulto, com enfermagem, para SADT, no município, por km
60019131	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60019140	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60019166	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60019174	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60019190	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60019204	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km
60019220	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por hora
60019239	Remoção em ambulância simples adulto, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por km
60019859	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60019867	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60019883	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60019891	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60019913	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60019921	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60019948	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para SADT, no município, por hora
60019956	Remoção em ambulância simples pediátrica, com enfermagem, para SADT, no município, por km
60020091	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60020105	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60020121	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60020130	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60020156	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60020164	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km
60020180	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por hora
60020199	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por km
60020326	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, espera/hora parada
60020334	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60020342	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60020350	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para atendimento de urgência e transferência, no município, espera/hora parada
60020369	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60020377	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60020385	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para SADT, intermunicipal, espera/hora parada
60020393	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para SADT, intermunicipal, por hora
60020407	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para SADT, intermunicipal, por km
60020415	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para SADT, no município, espera / hora parada
60020423	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para SADT, no município, por hora
60020431	Remoção em ambulância simples pediátrica, com médico, para SADT, no município, por km
60020814	Remoção em ambulância uti adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60020822	Remoção em ambulância UTI adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60020849	Remoção em ambulância UTI adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60020857	Remoção em ambulância UTI adulto, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60020873	Remoção em ambulância uti adulto, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60020881	Remoção em ambulância UTI adulto, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km
60020903	Remoção em ambulância UTI adulto, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por hora
60020911	Remoção em ambulância UTI adulto, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por km
60021055	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por hora
60021063	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, intermunicipal, por km
60021080	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por hora
60021098	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para atendimento de urgência e transferência, no município, por km
60021110	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por hora
60021128	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, intermunicipal, por km
60021144	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por hora
60021152	Remoção em ambulância UTI pediátrica, com médico e enfermagem, para SADT, no município, por km
60022191	Taxa de chamada de ambulância, por uso
60018631	Taxa de remoção aérea, por uso
60034777	Remoção em ambulância simples adulto, ida e volta
60034807	Remoção em ambulância simples adulto, por hora parada
60034823	Remoção em ambulância simples pediátrica, ida e volta
60034858	Remoção em ambulância simples pediátrica por hora parada
60034874	Remoção em ambulância UTI adulto, ida e volta
60034904	Remoção em ambulância UTI adulto, por hora parada
60034920	Remoção em ambulância UTI pediátrica, ida e volta
60034939	Remoção em ambulância UTI pediátrica, por hora parada

Taxa de Unidade de Radiofármaco

Conceitos e definições:

A taxa de Unidade de Radiofármaco (UR) tem por finalidade o ressarcimento de insumos radioativos. São utilizados pela medicina nuclear, tanto para diagnósticos como para tratamentos.

Códigos	Descrição
60035480	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA ABSORÇÃO DE GORDURAS - 40702120
60035226	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA ANGIOGRAFIA RADIOISOTÓPICA - 40701018
60035781	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FDG-18 F, EM CÂMARA HÍBRIDA - 40707024
60035862	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA - 40708012
60035870	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67 - 40708020
60035234	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA COM HEMÁCIAS MARCADAS - 40701026
60035889	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS - 40708039
60035900	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA COM MIBG E IODO 123 (METAIODOBENZILGUANIDINA) - 40708047
60035897	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA COM MIBG -E IODO 131 (METAIODOBENZILGUANIDINA) - 40708047
60035501	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 123) - 40703010
60035510	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131) - 40703029
60035528	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC) - 40703037
60035773	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES E OU EXTREMIDADES
60035366	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO - 40702014
60035536	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES - 40703045
60035552	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI -I123) - 40703053
60035544	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI I131) - 40703053
60035919	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DE CORPO TOTAL COM FDG-18 F, EM CÂMARA HÍBRIDA - 40708055
60035927	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) - 40708063
60035803	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL - 40707032
60035790	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL PARA AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE DE DOPAMINA - 40707091
60035382	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO - 40702022
60035390	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES - 40702030
60035242	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM DUPLO ISÓTOPO (PERFUSÃO + VIABILIDADE) - 40701034
60035250	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM FDG-18 F, EM CÂMARA HÍBRIDA - 40701042

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60035269	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO NECROSE (INFARTO AGUDO) - 40701050
60035293	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FARMACOLÓGICO - 40701131
60035285	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FÍSICO - 40701140
60035277	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO - 40701069
60035684	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA) - 40705013
60035757	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL) - 40706010
60035986	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR - 40709019
60035404	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA - 40702049
60035412	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA NÃO ATIVA - 40702057
60035420	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO - 40702065
60035439	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS) - 40702073
60035447	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDOS) - 40702081
60035455	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL - 40702090
60035463	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO - 40702103
60035994	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO) - 40709027
60036001	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO) - 40709035
60035609	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA - 40704017
60035617	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO - 40704025
60035625	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA) - 40704033
60035307	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - ESFORÇO - 40701077
60035315	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CÂMARAS CARDÍACAS - REPOUSO - 40701085
60035633	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL) - 40704041
60035811	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUI ESTUDO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO) - 40707040

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60035820	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FÍSTULA LIQUÓRICA - 40707059
60035641	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA - 40704050
60035650	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA - 40704068
60036168	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DACRIOCINTILOGRAFIA - 40711013
60035935	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS - 40708071
60035692	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DEMONSTRAÇÃO DO SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO - 40705021
60035668	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR - 40704076
60035706	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DETERMINAÇÃO DA SOBREVIDA DE HEMÁCIAS - 40705030
60035749	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DETERMINAÇÃO DE VOLEMIA
60035676	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL - 40704084
60035714	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DETERMINAÇÃO DO VOLUME ERITROCITÁRIO - 40705048
60035722	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA DETERMINAÇÃO DO VOLUME PLASMÁTICO - 40705056
60035838	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL - 40707067
60035323	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES - 40701093
60035471	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO) - 40702111
60035765	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA FLUXO SANGUÍNEO ÓSSEO - 40706028
60036176	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS) - 40711021
60035943	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA LINFOCINTILOGRAFIA - 40708101
60035846	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA MIELOCINTILOGRAFIA - 40707075
60035498	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA PERDAS PROTEICAS - 40702138
60035960	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA PET DEDICADO ONCOLÓGICO - 40708128
60035978	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA PET DEDICADO ONCOLÓGICO COM USO DE ANÁLOGO DA SOMATOSTATINA - 40708128
60035951	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67 - 40708110
60035331	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA - 40701107
60035340	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" PERIFÉRICO - 40701115
60035730	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TESTE DE ABSORÇÃO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING) - 40705064
60035560	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TESTE DE ESTÍMULO COM TSH RECOMBINANTE - 40703061
60035579	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TESTE DE SUPRESSÃO DA TIREÓIDE COM T3 - 40703070
60035587	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TESTE DO PERCLORATO - 40703088

Cont.

Cont.

Códigos	Descrição
60036028	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG) - 40710025
60036036	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA - 40710033
60036044	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE - (ATÉ 150 MCI) - 40710041
60036052	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE (200 MCI) - 40710041
60036060	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE (250 MCI) - 40710041
60036079	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE (300 MCI) - 40710041
60036087	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE (350 MCI) - 40710041
60036095	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE (400 MCI) - 40710041
60036109	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (GRAVES) - 40710050
60036117	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER) - 40710068
60036125	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE METÁSTASES ÓSSEAS (ESTRÔNCIO-90) - 40710076
60036133	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE METÁSTASES ÓSSEAS (SAMÁRIO-153) - 40710084
60036141	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS - 40710092
60035358	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA VENOGRAFIA RADIOISOTÓPICA - 40701123
60035854	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA VENTRÍCULO-CINTILOGRAFIA - 40707083
60036192	TAXA DE UNIDADE RADIOFÁRMACO PARA CINTILOGRAFIA CEREBRAL - 40707016

Itens inclusos:

Para os valores da Unidade de Radiofármaco de cada procedimento consideram-se apenas os custos dos insumos radioativos.

Regras:

- Os valores devem ser consultados na Tabela 18 Unimed TUSS diárias, taxas e gases medicinais, por meio do código do Rol do Procedimento Médicos Unimed.
- A Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN) publica os valores que estão descritos na Tabela 18 e são utilizados como referência para o ressarcimento dos insumos radioativos.

Taxa para Angiofluoresceinografia Monocular

Vigência da taxa em 01 de setembro de 2023

Conceito: Compreende a taxa e insumos destinados para a realização do exame Angiofluoresceinografia Monocular:

Códigos	Descrição
1889999002	TAXA PARA ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA MONOCULAR

Regras:

- Não há necessidade de autorização prévia;
- Não será permitida a cobrança concomitante de qualquer outra taxa;
- Não se aplica a cobrança para pacientes em atendimento em Pronto Socorro e Internados;
- Não será remunerada a cobrança em conta aberta dos insumos utilizados;
- Pertinente remuneração para prestador pessoa física ou prestador pessoa jurídica e;
- Taxa precificada no Intercâmbio Nacional conforme publicado na TB.041 - Tabela 18 Unimed TUSS Diárias Taxas e Gases Medicinais.
- Para procedimentos múltiplos, paga-se 100% para a primeira taxa de angiofluoresceinografia e 50% para a segunda taxa, limitadas a duas taxas para realização do procedimento.

Itens Inclusos:

- Materiais de consumo;
- Medicamentos;
- Taxa de sala para realização do exame e demais taxas diversas (administrativas, serviços e equipamentos);
- Instalações da sala de atendimento;
- Equipamentos para o atendimento, incluindo custo e manutenção;
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação do paciente e da equipe Médica e Multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, polivinil-pirrolidona-iodo (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, Iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não descartáveis;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 e;
- Esterilização/desinfecção de instrumentais.

Itens não inclusos:

- Honorários Médicos e;
- SADT.

Taxa para punção ou infiltração articular ou extra-articular diagnóstica ou terapêutica

Conceitos e definições

Taxa destinada para realização de infiltração articular com ácido hialurônico atrelado aos códigos de procedimento Rol Unimed 30713137 – Punção ou Infiltração Articular Diagnóstica ou Terapêutica, orientada ou não por método de imagem e 30713145 – Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco) – orientada ou não por método de imagem.

Códigos	Descrição
1889999037	TAXA PARA PUNÇÃO OU INFILTRAÇÃO ARTICULAR OU EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA

Regras:

- Não se aplica para cobrança em paciente internado;
- Taxa com código específico para cobrança, não havendo pertinência de outras taxas para a realização do procedimento;
- Não será permitida a cobrança concomitante de qualquer outra taxa da tabela 18.
- Necessário autorização prévia.
- Cobrança na mesma guia ou por meio de vínculo com o procedimento realizado.
- Taxa precificada no Intercambio Nacional conforme publicado na TB.041 – Tabela 18 Unimed TUSS Diárias Taxas e Gases Medicinais.
- Critérios para utilização de ácido hialurônico:
 - » Até 1 ciclo terapêutico por ano;
 - » O ciclo poderá ter até três infiltrações por articulação;
 - » Poderá ser remunerado até duas articulações por ano;
 - » O valor da taxa aprovada no Conselho Confederativo é por infiltração, devendo ser paga integralmente se realizada em articulações diferentes ou bilateralmente. Nessa condição o honorário médico obedecerá a regra de 100% na primeira infiltração e 70% na segunda.
 - » Exames de imagem e contrastes quando utilizados simultaneamente ao tratamento da viscosuplementação estão contemplados na taxa;
 - » Não cabe pagamento adicional a taxa, dos procedimentos como artroscopia diagnóstica e/ou manipulação articular sob anestesia ou bloqueio de nervo quando realizados na mesma data.

Itens inclusos:

Estrutura:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da Anvisa)
- Leito próprio comum (maca ou cama)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante

- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia, de qualquer tipo ou modelo, em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexedina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não
- Fitas adesivas, de qualquer tipo ou modelo.
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico; campo cirúrgico, de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados; escova para assepsia; máscara facial cirúrgica; gorro; propé e botas)
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 32.
- Esterilização/desinfecção de instrumentais
- Taxa administrativa do hospital
- Materiais de consumo
- Material especial
- Medicamentos
- Exames de imagem e contrastes quando utilizados simultaneamente ao tratamento da viscosuplementação

Serviços Profissionais:

Enfermagem:

- Todo e quaisquer serviços e cuidados de enfermagem

Equipe multiprofissional:

- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito

Equipamentos:

- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo
- Bisturi elétrico: entendendo como parte do bisturi elétrico a placa, eletrodo eletrocirúrgico em caneta de mão, caneta e prolongador qualquer modelo, incluindo gel
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo
- Marcador cirúrgico tipo caneta (exceto azul de metileno) estéril, qualquer tipo ou modelo
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo, inclui tubo de silicone/látex
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não

- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo, inclui sensor e cabo
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, inclui cabos
- Carrinho de emergência (inclui todos os equipamentos que o compõe): CO2 em grânulo (cal sodada[®]), circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo, inclui cabos e gel
- Eletrocardiógrafo, o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG, inclui papel e eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para a realização do exame

Itens não inclusos:

- Honorários Médicos

REGRAS GERAIS DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

1. REGRAS GERAIS DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

1. PERNEIRAS DE COMPRESSÃO AUTOMÁTICA:

As perneiras de compressão pneumáticas (equipamento + insumo) estão inclusas nas diárias e taxas hospitalares, conforme manual de auditoria médica e de enfermagem, seguindo a obrigatoriedade da ANS. Não é pertinente a cobrança de quaisquer itens utilizados para este fim.

2. 20106017 MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS:

Para tratamento de distúrbio hidroeletrólítico em paciente oncológico, deverá ser cobrado o código 20106017 junto à taxa de aplicação, mais insumos referentes ao atendimento.

3. 20105053 ANTIBIÓTICO EM REGIME DE AMBULATÓRIO E PRONTO-ATENDIMENTO/PRONTO-SOCORRO QUANDO AUTORIZADO PELA UNIMED ORIGEM:

Aprovada a cobrança deste código para administração ambulatorial e em pronto-atendimento/pronto-socorro de antibioticoterapia injetável, desde que autorizada pela Unimed Origem com o objetivo de diminuir custos associados a internação para os casos de prescrição médica para uso em estabelecimento de saúde. Nestes casos, não cabe glosas no AJIUS.

4. ANTIBIÓTICOS EM PRONTO-ATENDIMENTO/PRONTO-SOCORRO:

A penicilina benzatina é remunerada no pronto atendimento quando corretamente indicada. Nas situações em que o paciente for internado, será permitida a cobrança de antibiótico parenteral ministrada no PA/PS. Nas situações excepcionais em que não haja possibilidade de internação (falta de vaga), desde que tenha justificativa clínica, poderá ser cobrada mais de uma dose do antibiótico parenteral, quando ministrados em PA/PS.

5. INSTRUMENTAIS DESCARTÁVEIS/EVACUADOR DE ELLICK/PINÇAS

A remuneração de instrumentais descartáveis, Evacuador de Ellick e Pinças no Intercâmbio Nacional deve seguir a informação que consta na coluna “Observação” da TNUMM Planilha Materiais, salvo exceção que tenha uma regra específica deliberada pelo Colégio Nacional de Auditores Médico.

6. ALÇA DE POLIPECTOMIA E PINÇA DE BIÓPSIA ENDOSCÓPICA:

Alças de polipectomia descartáveis (rotulagem com as seguintes descrições: PROIBIDO REPROCESSAR, PRODUTO DE USO ÚNICO, O FABRICANTE RECOMENDA USO ÚNICO ou DESTRUIR APÓS O USO) serão remuneradas no Intercâmbio Nacional, conforme negociação do CTNPM. A cobrança está limitada ao maior valor negociado pelo CTNPM. A alça permanente (rotulagem com as seguintes descrições: REUSÁVEL, REUTILIZÁVEL ou REPROCESSADA) não será remunerada no Intercâmbio. A pinça de biópsia endoscópica descartável e/ou permanente não será remunerada no Intercâmbio Nacional.

7. AGULHA DE ESCLEROSE E CLIP DE HEMOSTASIA

Os materiais Agulha de Esclerose e Clip de Hemostasia serão remunerados no Intercâmbio Nacional, conforme negociação do CTNPM disponibilizados na TNUMM.

8. ALÇA DE RESSECÇÃO:

Liberação automática de alça de ressecção para procedimentos de polipectomia (sem necessidade de autorização prévia), necessitando apenas de justificativa em conta para seu uso.

9. ALÇA DE RESSECÇÃO EM TRAQUELECTOMIA:

Não será remunerada no Intercâmbio Nacional.

10. AGULHA DE VERESS:

Agulha de Veress é considerado material permanente, não sendo permitida a cobrança desse material como material descartável no Intercâmbio Nacional.

11. AGULHA TIPO “PONTA ROMBA”

Agulha tipo ponta romba, se trata de uma agulha para aspiração de medicamentos e deve ser remunerada para tal finalidade de acordo com a tabela de preços vigente no Intercâmbio Nacional, exceto com dispositivo de segurança.

12. LUVAS CIRÚRGICAS ESPECIAIS PARA PROFISSIONAL ALÉRGICO:

Serão remuneradas no Intercâmbio Nacional pelo preço de luva estéril comum.

13. MANTA TÉRMICA: Critérios de indicação:

- Cirurgias de porte > ou = 6 para pacientes acima de 60 anos
- Utilização em per e pós-operatório em neonatos
- Pacientes politraumatizados
- Grandes queimados
- CTI – pacientes com hipotermia e com baixo débito com disfunção de múltiplos órgãos (primeiras 72 horas), à exceção de falência orgânica ou quadros de sepse
- Paciente em estado de choque

Critérios de Remuneração:

- A manta térmica será remunerada no Intercâmbio Nacional com o valor integral precificado pela LPM. Para os prestadores que não aderiram a LPM (lista de exceção divulgada pela Unimed do Brasil) será mantido a regra do valor fracionado em 1/10, conforme divulgado na revista de referência de mercado vigente em 12/2020. Itens que não constam nessa revista, deverão ser cobrados conforme valor da TNUMM vigente na data do atendimento.

14. CÂNULAS DE TRAQUEOSTOMIA:

As cânulas de traqueostomia de uso corriqueiro em ambiente hospitalar, descartáveis com ou sem balão, ainda que sejam classificadas como órteses, não demandam autorização prévia e devem ter seu valor constante na TNUMM com preço único, independentemente do tipo e/ou marca, em R\$ 50,00.

Para modelos de longa permanência, deve ser mantido tratamento como órteses sendo, portanto, necessária justificativa para uso e autorização prévia pela Unimed de Origem do cliente para seu uso.

15. AGULHA PARA ASPIRAÇÃO/DILUIÇÃO:

Considerando que a NR 32 (Ministério do Trabalho) não trata de riscos físicos em relação ao uso de materiais pelo profissional de saúde e o posicionamento da Anvisa sobre o assunto, entende-se que a agulha 40x12, ou de qualquer outro calibre, com dispositivo de segurança, quando utilizada para diluição de medicamentos, não deve ser remunerada em Intercâmbio Nacional por não haver risco biológico nestes casos. Não remunerar nenhuma agulha, independente do calibre, com dispositivo de segurança para ASPIRAÇÃO/DILUIÇÃO.

16. MATERIAIS DE ASSEPSIA, FITAS ADESIVAS, DE QUALQUER TIPO OU MODELO, E EPI:

Não devem ser remunerados no Intercâmbio Nacional em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.), independentemente de haver cobrança ou não de taxas.

17. ELETRODOS DESCARTÁVEIS:

Não há previsão de remuneração para eletrodos descartáveis para a realização de teste ergométrico e eletrocardiograma (item incluso no exame).

18. COLAR CERVICAL:

Para Intercâmbio, este material não tem cobertura. Mantida a classificação atual da TNUMM. Não confundir com o código ROL 30712033 – Colar.

19. NITROGÊNIO:

Não cabe a remuneração no Intercâmbio Nacional de nitrogênio utilizado em procedimentos de crioterapia.

20. FILTRO DE LEUCÓCITOS:

Quando cobrada a deleucotização, não deve ser cobrado simultaneamente o filtro de leucócitos.

21. FILTRO UMIDIFICADOR/ANTIBACTERIANO COVID-19:

Aprovado 1 (um) filtro para ventilação por internação para paciente com Covid-19 ou casos suspeitos da doença.

22. FILTRO UMIDIFICADOR/ANTIBACTERIANO PARA VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Definido como preço teto para remuneração no Intercâmbio Nacional de R\$ 68,60, para os casos já previstos e deliberados pelo Colégio Nacional de Auditores.

23. SACO PARA ÓBITO:

O item está incluso na composição de diárias, conforme Manual de Auditoria Médica e de Enfermagem, nos cuidados do preparo do corpo pós-morte.

24. MANIPULADOR UTERINO:

Considerado material de uso permanente

25. MORCELADOR UTERINO:

Não é pertinente a cobrança de morcelador uterino de uso permanente ou descartável no Intercâmbio Nacional, porque é considerado não imprescindível o seu uso por conta de limitações técnicas e dos eventos adversos possíveis de ocorrer.

26. SERINGA DE VIDRO:

Não será remunerada no Intercâmbio Nacional.

27. ESCOVA DE CITOLOGIA:

Não será remunerada como material descartável, ou seja, não será remunerada separadamente no Intercâmbio Nacional.

28. COLPOSCOPIA E CITOLOGIA:

Não devem ser remunerados materiais e medicamentos para os exames em questão quando realizados em consultórios ou clínicas.

É pertinente apenas a remuneração de um dos códigos abaixo com limite de 50% da UCO referência CBHPM 4ª edição (valor teto R\$ 15,98).

Códigos pertinentes:

60024305- Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para colposcopia sem vídeo, por uso.

60024291- Aluguel/taxa de aparelho/equipamento para colposcopia com vídeo, por uso

29. EQUIPO 4 VIAS:

Não há pertinência técnica para uso de equipo quatro vias em procedimentos histeroscópicos.

Sendo passível a cobrança de equipo duas vias no Intercâmbio Nacional.

30. TAXA DE SALA PARA AUDIOMETRIA, IMPEDANCIOMETRIA E EXAMES ELETROFISIOLÓGICOS:

Não será remunerada taxa de sala para serviços auxiliares.

31. CURATIVO REALIZADO AO FINAL DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

Não serão remunerados honorários médicos para curativo(s) realizado(s) ao término da cirurgia.

32. REVELAÇÃO E FILME PARA RETINOGRAFIA CONVENCIONAL:

Não é pertinente a cobrança da taxa de sala ou materiais e medicamentos para o exame de retinografia.

Para a Retinografia Monocular (41301315) somente será remunerado o valor do exame conforme ROL Unimed.

Vigência da regra em 01 de setembro de 2023.

33. DISPOSITIVO UTILIZADO PARA MISTURAS OU RECONSTITUIÇÕES DE MEDICAMENTOS SEM CONTATO COM O MEIO EXTERNO (TRANSOFIX):

Não será incluso nas diárias e taxas hospitalares, mas será remunerado separadamente.

34. TIRAS E LANCETAS:

Cabe o pagamento de tiras e lancetas no Intercâmbio Nacional em ambiente hospitalar, para glicemia capilar.

35. SERINGA DE BOMBA INJETORA PARA CONTRASTE:

Cabe o pagamento no Intercâmbio Nacional de forma fracionada, conforme protocolo apresentado: 1/3 do valor, independente da rotulagem do produto. Bombas injetoras que usam linhas individuais deverão ser pagas da seguinte forma: Soft bags (1/3), Many fill (1/3), e secufill (a linha do paciente é individual não reutilizável), independente da rotulagem do produto. Para prestadores que utilizam KIT para bombas injetoras, deverá ser remunerado 1/3 do valor, independente da rotulagem do produto.

36. TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA OU TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO PARA ÁCIDO ZOLEDRÔNICO OU ACETATO DE GOSSORRELINA:

Não remunerar quando da administração de ácido zoledrônico ou acetato de gossorelina. Para a administração das medicações em questão, remunerar a taxa de aplicação já definida precificação:

- 60015292 Taxa de Aplicação de Injeção EV, fora da UTI/Semi-UTI e do Centro Cirúrgico, por uso/sessão
- 60015357 Taxa de Aplicação de Injeção Subcutânea, fora da UTI/Semi-UTI e do Centro Cirúrgico, por Uso/Sessão

37. HONORÁRIOS DE TERAPIA ONCOLÓGICA:

Não serão remunerados para o uso exclusivo de hormonioterápicos de uso subcutâneo e intramuscular. Deverá ser utilizado o código 20106025 Terapia oncológica para hormonioterápicos e bifosfonados em geral e antineoplásicos e anticorpos monoclonais se aplicados por via subcutânea quando feitos isoladamente, para o tráfego do procedimento.

38. VALORAÇÃO DA TAXA DE SALA:

No Intercâmbio Nacional, será de acordo com a negociação local.

39. TAXA DE SALA PARA EXAMES RADIOLÓGICOS, ULTRASSONOGRAFIAS, TOMOGRAFIAS, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA:

Não existe taxa para os exames em questão, com exceção dos exames de radiologia intervencionista.

40. TROCATER NAS CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS:

Para as cirurgias videolaparoscopias devem ser liberado um trocáter descartável e entende-se que os demais trocateres utilizados deverão ser permanentes. Para cirurgia bariátrica deve ser cobrado kit negociado pelo CTNPM, podendo haver até 2 trocateres em sua composição.

41. TIRA REATIVA DE TROPONINA:

Poderá ser remunerado para o prestador hospitalar nos casos de pacientes atendidos na urgência e emergência, por não ser insumo de exames. Não será remunerada quando o prestador for laboratório.

42. TESOURA ULTRACISION EM TIREOIDECTOMIA:

O parecer do Cremesp nº 171182/10 deve ser considerado como recomendação e delibera que não está recomendado o uso de ultracision no procedimento de tireoidectomia.

43. IV FIX PARA ACESSO VENOSO

Remunerar o fixador estéril (ex.: IV Fix) não transparente para cobertura de acesso venoso em qualquer tipo de acomodação uma vez que atende à normativa ANVISA (2017).

44. FILME TRANSPARENTE PARA ACESSO VENOSO:

INDICAÇÃO:

- Deve ser remunerado nas situações abaixo:

1. Internações

2. Ambulatório: paciente com cateter central parcialmente ou totalmente implantado.

3. Paciente Criança (a idade terá como base o que está descrito no estatuto da criança e adolescente, vide abaixo):

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

4. Atendimento de pacientes em pronto socorro que prosseguirão com internação.

45. EQUIPO PARA MEDICAÇÃO INTERMITENTE:

Deve ser pago um equipo a cada 24 horas por medicação.

46. FIXADOR SEM SUTURA (STATLOCK):

No Intercâmbio Nacional não será remunerado (a parte) o fixador sem sutura (ex. Statlock) para cateter de inserção periférica (PICC), uma vez que esse dispositivo já está contemplado no KIT de punção do cateter. Para cateter venoso central, também não será remunerado, considerando que este é fixado com sutura convencional.

47. ATADURA DE CREPE/ALGODÃO ORTOPÉDICO:

Cabe o pagamento no Intercâmbio Nacional exclusivamente para realização de curativos, aquecimento de membros na insuficiência vascular, imobilizações ortopédicas e terapias compressivas.

48. PRODUTOS DE BARREIRA PROTETOR DE PELE:

Produtos de barreira de proteção de pele, de diferentes marcas, com a mesma indicação, serão remunerados para atender a RN 465 (Anexo IV do Rol - PROUT). Para pacientes em internação hospitalar e atendimento ambulatorial o uso será conforme indicação em bula, em tratamento de lesões e bordas de feridas.

Para prevenção de lesão de pele em internação ou como hidratação não será remunerado no Intercâmbio Nacional.

49. COLA BIOLÓGICA:

Definido o não pagamento no Intercâmbio Nacional quando da realização desse procedimento em cesariana.

50. AGULHAS DE ACUPUNTURA:

Não serão remuneradas no Intercâmbio Nacional, uma vez que o valor da sessão inclui todos os insumos necessários à realização do procedimento.

51. ONDANSETRONA:

Cabe a cobrança de ondansetrona no Intercâmbio para pacientes pediátricos, oncológicos e internados. Está liberado o uso de ondansetrona na urgência/emergência também para adultos, principalmente na sua apresentação sublingual. Fica definido que, para pacientes em internações hospitalares, não cabe glosas em Intercâmbio pela falta de autorização ou uso “off label” do mesmo.

52. NORIPURUM AMBULATORIAL:

Em virtude da não cobertura confirmada pela ANS via parecer, a cobrança sem autorização prévia da Unimed de Origem será motivo de glosa.

53. COMPLEXOS VITAMÍNICOS EM PRONTO-SOCORRO:

Devem ser pagos apenas em situações justificadas clinicamente, como, por exemplo, no tratamento de coma alcoólico.

54. PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA EM PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE QUADRIL, JOELHO E OMBRO:

A ponteira será liberada nas cirurgias artroscópicas de quadril, ombro (principalmente nas cirurgias de lesão do manguito rotador e sinovite nodular) e joelho (somente quando existir o diagnóstico de sinovite nodular).

55. MEDICAMENTO ANTITABAGISMO (BUPIUM, CHAMPIX, CLORIDRATO DE BUPROPIONA, INIP, NICO-RETTE, NICOTINELL, NIQUITIN, NORADOP, ZETRON, ZYBAN) PARA PACIENTES INTERNADOS:

Durante a internação, deve ser remunerado, desde que prescrito pelo médico assistente.

56. BEVACIZUMABE (AVASTIN) E RANIBIZUMABE (LUCENTIS) NO TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO:

Poderão transitar solicitações de bevacizumabe (Avastin), embora considerado uso “off label”, de acordo com o registro na Anvisa, e do ranibizumabe (Lucentis). Fica a critério da Unimed Origem autorizar ou não.

57. APARELHOS AUDITIVOS

Não há cobertura para aparelhos auditivos, bem como para testes e manutenção dos mesmos; exceto no caso de implante coclear e prótese ancorada em osso.

58. SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE NÃO NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO EM PACIENTES INTERNADOS:

Definido que, se um item que não necessita de autorização prévia é encaminhado pela Unimed Executora para a Unimed Origem, a Unimed Origem só poderá negar por dispositivo legal ou cláusula contratual, sendo que esta deve ser informada. Divergência médica assistencial deverá ser tratada por junta médica conforme RN ANS nº 424. O CNA não recomenda o envio de solicitação de autorização, para pacientes internados, de itens não previstos no Manual do Intercâmbio.

59. FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA, UTILIZANDO O CÓDIGO 20105037 E OS FORMULÁRIOS ABAIXO:

- Protocolo de utilização
- Avaliação técnica
- Avaliação técnica de paciente ostomizado ou com sonda de demora
 - Definida a não necessidade do envio do pedido médico na solicitação do referido protocolo, pois já foi padronizado o formulário com informações completas, podendo ser preenchido por médico ou enfermeiro.

60. REGRAMENTO PARA EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO OU BOMBA DE SERINGA:

O protocolo de medicações e terapias em bomba infusora ou bomba de seringa será remunerado na administração de:

- Drogas vasoativas
- Insulina em infusão contínua
- Sedação em infusão contínua
- Heparina em infusão contínua
- Furosemida em infusão contínua
- Bloqueadores neuromusculares em infusão contínua
- Antitrombóticos
- Anestésicos em infusão contínua
- Imunoglobulinas
- Ocitocinas
- Anticonvulsivantes (Fenitoína e Midazolan)
- Sulfato de magnésio nos casos de eclampsia e pré-eclampsia
- Controle rigoroso de volume para pacientes nos seguintes casos:
 - Pacientes: idosos, em qualquer acomodação.
 - Patologias: cardiopatas e insuficiência renal, excluindo a utilização de antibiótico
- Antibioticoterapia: somente na administração de polimixina B
- Antifúngico: somente na administração de anfotericina

Observação: No Intercâmbio Nacional, mantida a regra: não é pertinente o pagamento de taxa de uso/utilização de bomba infusora

- Dietas: nutrição parenteral e nutrição enteral (sistema fechado). Para este critério, a utilização em bomba de seringa somente está prevista para os casos de neonatologia e pediatria.
- Soroterapia ou solução com eletrólitos: Remunerar soro com eletrólitos somente para correção/reposição de eletrólitos
- Corticoides: administração de corticoides em infusão por bomba infusora somente nos casos de
- Pulsoterapia
- Neonatologia em qualquer acomodação.
- Pediatria em UTI
- Pediatria em qualquer acomodação (abaixo de 5kg). Acima de 5 kg seguirão os critérios de utilização definidos acima.

61. COBRANÇA DAS TAXAS 60033959 TAXA DE ALUGUEL DE LASER E 60028300 TAXA DE ALUGUEL DE VITREÓGRAFO, EM CIRURGIAS AMBULATORIAIS DE VITRECTOMIA REALIZADAS POR CLÍNICAS OFTALMOLÓGICAS

São passíveis de cobrança as taxas 60033959 Taxa de aluguel de laser e 60028300 Taxa de aluguel de vitreógrafo, em cirurgias ambulatoriais de vitrectomia realizadas por clínicas oftalmológicas.

62. TERAPIA PARA PRESSÃO NEGATIVA

Cabe cobertura somente para DUT. Não abonar para outras indicações.

63. LUVA DE PROTEÇÃO LTVA: CAPA PARA VÍDEO CIRURGIA

A capa de vídeo cirurgia/luva de proteção (LTVA) no Intercâmbio Nacional está inclusa na taxa de vídeo/equipamento NÃO podendo ser cobrada separadamente.

64. COLETE

Não remunerar no intercâmbio nacional. Órtese não ligada ao ato cirúrgico, sem cobertura contratual.

Para os modelos em que há a necessidade de fixação óssea de uma órtese implantável no ato cirúrgico caberá remuneração.

65. TAXA DE SALA CIRÚRGICA PORTE EM PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CLÍNICAS ESPECIALIZADAS COM CNES CADASTRADO DE CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE.

Para cobrança de taxa de sala cirúrgica por porte anestésico ou tempo cirúrgico, a instituição deve ser cadastrada com CNES hospital ou hospital-dia.

Para procedimentos realizados em clínicas especializadas, com CNES de CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE, é pertinente a taxa de sala de procedimento ambulatorial.

66. MEDIDOR DE PRÓTESE MAMARIA

O material é reprocessável e pode ser reutilizado até 10 vezes, sendo o valor de mercado R\$300,00. Aprovado o pagamento de 10% do valor, sendo esse incluído no valor da prótese mamaria.

67. REMUNERAÇÃO DE FACECTOMIA CONFORME TIPO DE PRESTADOR

A facectomia é considerada procedimento ambulatorial; salvo justificativa médica, libera-se hospital dia ou até internação. Os Honorários Médicos são remunerados sem dobra e de acordo com o tipo de plano do usuário.

A definição dos itens remuneratórios é de acordo com o CNES do prestador de serviços:

CNES CLÍNICA/ESPECIALIDADE	CNES HOSPITAL/HOSPITAL-DIA
Taxa procedimento ambulatorial	Taxa porte/tempo/ semi-global CC
Recuperação pós-anestésica	Recuperação pós-anestésica
Taxas de equipamentos e gases	Taxas de equipamentos e gases
Honorário médico sem dobra	Honorário médico sem dobra
Material	Material
Medicamento	Medicamento
OPME	OPME

A regra acima refere-se a todos os códigos de facectomia que constam no ROL.

A cobrança de meia diária ou diária com dobra de HM em planos superiores para facectomia está restrita aos casos de imperativo clínico, com justificativa técnica adequada.

68. AGULHA DE RAQUI PARA BLOQUEIOS

Não cabe cobrança de agulha/cânula especial no intercâmbio para nenhum tipo de bloqueio.

69. REMUNERAÇÃO DE ENDOSCOPIAS(40202615/40202038) E COLONOSCOPIAS (40201082/40202666) CONFORME TIPO DE PRESTADOR

Segue tabela abaixo com os itens para remuneração nos casos de prestadores com CNES pessoa física ou hospital/hospital dia/clínica de especialidade.

Vigência da regra: 01 de setembro de 2023.

PRESTADOR PESSOA FÍSICA	HOSPITAL/ HOSPITAL DIA/ CLÍNICA DE ESPECIALIDADE
Taxa de sala para procedimentos realizados em consultório OU Taxa de sala de endoscopia/ colonoscopia	Taxa de sala de endoscopia/colonoscopia
Materiais	Materiais
Medicamentos	Medicamentos
Aluguel / taxa de aparelho / equipamento para endoscopia/ equipamento para colonoscopia	Aluguel / taxa de aparelho / equipamento para endoscopia/ equipamento para colonoscopia
Gases	Gases
HM	HM
	Taxa de sala de recuperação anestésica

Regramento para remuneração de diária para realização de Endoscopia e Colonoscopia em paciente internado: A cobrança de diária para a realização dos procedimentos por um prestador hospital/hospital dia, será uma exceção de acordo com o imperativo clínico. Neste caso, a cobrança deverá ser em conta aberta.

Vigência da regra em 01 de setembro de 2023.

70. REMUNERAÇÃO DE POLIPECTOMIA DE CÓLON (40202542) E ESÔFAGO (40202550) CONFORME TIPO DE PRESTADOR

Segue tabela abaixo com os itens para remuneração nos casos de prestadores com CNES pessoa física ou hospital/hospital dia/clínica de especialidade.

Vigência da regra: 01 de setembro de 2023.

PRESTADOR PESSOA FÍSICA	HOSPITAL/ HOSPITAL DIA/ CLÍNICA DE ESPECIALIDADE
Taxa de sala para procedimentos realizados em consultório OU Taxa de sala de colonoscopia OU taxa de sala de endoscopia digestiva alta	Taxa de sala de colonoscopia OU taxa de sala de endoscopia digestiva alta
Materiais	Materiais
Medicamentos	Medicamentos
Aluguel / taxa de aparelho / equipamento para colonoscopia / equipamento para endoscopia digestiva alta	Aluguel / taxa de aparelho / equipamento para colonoscopia / equipamento para endoscopia digestiva alta
Gases	Gases
HM	HM
OPME	OPME
	Taxa de sala de recuperação anestésica

Regramento para remuneração de diária para realização de Polipectomia de Cólon e Esôfago em paciente internado: A cobrança de diária para a realização dos procedimentos por um prestador hospital/hospital dia, será uma exceção de acordo com o imperativo clínico. Neste caso, a cobrança deverá ser em conta aberta.

Vigência da regra em 01 de setembro de 2023.

71. EQUIPO COM SENSOR PARA ARTROSCOPIA DO JOELHO X EQUIPO SIMPLES

Remunerar o equipo simples nas cirurgias artroscópicas de joelho. As artroscopias de joelho são realizadas via de regra com garroteamento do membro, dispensando o uso de fluxor de pressão para diminuir o sangramento intra-articular. Nas reconstruções de pino central (LCA/LCP), a confecção de túnel ósseo possibilita o extravasamento do líquido intra-articular, que será maior com o uso de fluxor de pressão contraindicando seu uso.

2. PROTOCOLO DE TROCA DE DISPOSITIVOS PARA O INTERCÂMBIO NACIONAL

Quadro de troca de dispositivos baseado no Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Anvisa, 2017.

Recomendações gerais

- Os produtos utilizados devem necessariamente ter registro na Anvisa
- Nas referências desta tabela, ocorrem variáveis nos tempos médios de troca de alguns dispositivos. Para fins de normatização, optamos por adotar o Manual da Anvisa 2017
- Nos casos de troca de dispositivos em períodos diferentes aos aqui estabelecidos, devido às divergências entre protocolos institucionais, prevalecerá o manual da Anvisa
- Na ocorrência de evento adverso (EA) ou queixas técnicas envolvendo a utilização dos produtos para saúde, o estabelecimento de saúde deve notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e o fabricante do produto
- As notificações podem ser feitas diretamente ao órgão de vigilância sanitária municipal, estadual ou do Distrito Federal, ou acessando o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária - Notivisa, por meio do portal da Anvisa - www.anvisa.gov.br

Material	Período médio de troca adulto	Período médio de troca neonatologia e pediatria	Observação
Cateter venoso periférico	96 horas	96 horas (verificar observações referente a boas práticas em pediatria e neonatologia)	<p>Para pacientes neonatais e pediátricos, não trocar o cateter rotineiramente. Porém, é imprescindível que os serviços garantam as boas práticas recomendadas neste documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril (Anvisa, 2017)</p> <p>Substituir o cateter imediatamente em casos de sinais de flebite ou obstruções do cateter</p> <p>Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas</p> <p>Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento</p>
Cateter arterial periférico	Não há recomendação de troca programada	Não há recomendação de troca programada	De forma geral, estes cateteres já não representam uma forma eficaz de leitura após 4 dias
Cateter venoso central (independente da forma de inserção)	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca	<p>Retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução</p> <p>Não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não substituí-los exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência (Anvisa, 2017)</p>

Cont.

Cont.

Material	Período médio de troca adulto	Período médio de troca neonatologia e pediatria	Observação
Cateter venoso para hemodiálise	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução
Cateter de longa permanência semi-implantável	Não há recomendação	Não há recomendação de troca pré-programada	Trocar quando sinais de peritonite, obstrução, mau funcionamento ou sinais de infecção
Cateter PICC	Não há indicação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução
Cateter de Tenkoff	Não há recomendação	Não há recomendação de troca pré-programada	Trocar quando sinais de peritonite, obstrução ou mau funcionamento
Cateter umbilical arterial	Não se aplica	Até 5 dias	Remover cateteres umbilicais quando não forem mais necessários ou se ocorrer uma complicação (Anvisa, 2017)
Cateter Umbilical Venoso	Não se aplica	7 a no máximo 14 dias	Remover cateteres umbilicais quando não forem mais necessários ou se ocorrer uma complicação (Anvisa, 2017)
Agulha com ponta de hubber (Surecan)	A cada punção	A cada punção	Para as limpezas de cateter e nas quimioterapias ambulatoriais sistêmicas até 2 dias
Cateter de longa permanência implantável (port-a-cath)	Não há indicação de troca pré-programada	Não há indicação de troca pré-programada	Retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução
Cateter de longa permanência semi-implantável	Não há indicação de troca pré-programada	Não há indicação de troca pré-programada	Retirar em caso de infecção local, febre sem foco definido, exteriorização ou obstrução
Equipo para infusão intermitente	A cada 24 horas e evitar ao máximo a desconexão	A cada 24 horas e evitar ao máximo a desconexão	Trocar equipos de administração intermitente a cada 24 horas (Anvisa, 2017) 1 equipo a cada 24 horas por medicação administrada
Equipo para infusão contínua Comum (Macrogotas/ Microgotas)	96 horas infusão contínua	96 horas infusão contínua	Equipos de infusão contínua não devem ser trocados em intervalos inferiores a 96 horas
Equipo para infusão contínua Comum (Macrogotas/ Microgotas) (Drogas lipídicas)	12 HORAS (infusão lipídicas)	12 horas	Trocar o equipo e dispositivo complementar de infusões lipídicas a cada 12 horas (Anvisa, 2017)
Equipo para bomba de infusão	96 horas – medicamento de uso contínuo 24 horas – soluções lipídicas	96 horas – medicamento de uso contínuo 24 horas – soluções lipídicas	24 horas no caso de administração de soluções lipídicas

Cont.

Cont.

Material	Período médio de troca adulto	Período médio de troca neonatologia e pediatria	Observação
Torneirinha de 3 vias	96 horas	96 horas	Internação: a torneirinha sistema aberto, sistema fechado simples ou valvulado, devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas. Pronto Socorro/Ambulatorial: será remunerada a torneirinha sistema aberto. A exceção (sistema fechado simples ou valvulado) será para pacientes com acesso venoso central e cateter totalmente implantado. Os equipos e dispositivos complementares devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas
Conector	96 horas	96 horas	Internação: O Conector sistema fechado simples ou valvulado deve ser trocado sempre nas trocas dos cateteres venosos (periféricos ou centrais) a cada 96 horas. A quantidade para remuneração deve respeitar o número de vias dos dispositivos utilizados no(s) acesso(s). Remuneração somente para clientes internados. Pronto-Socorro/Ambulatorial: não será remunerado. A exceção (sistema fechado simples ou valvulado) será para pacientes com acesso venoso central e cateter totalmente implantado.
Transdutor de pressão	96 horas	96 horas	Aparato de fluxo contínuo e derivados devem ser trocados juntamente com os transdutores Trocar transdutores a cada 96 horas, juntamente com seus acessórios e soluções para flush (Anvisa, 2017)
Coletor de urina externo(Uropen)	24 horas	24 horas	
Bolsa de colostomia com e sem placa (não descartável)	7 dias	7 dias	Trocar em caso de hiperemia local, secreção no sítio ou vazamento
Tubo orotraqueal	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Quando ocorrer obstrução ou mau funcionamento
Cânula de traqueostomia descartável	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Conforme Prescrição Médica (CPM)
Cateter peridural	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada
Sonda de aspiração sistema fechado	72 horas	72 horas	Recomenda-se a troca do sistema fechado de aspiração a cada 72 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento (Anvisa, 2017)
Sonda enteral	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Quando ocorrer obstrução ou mau funcionamento
Sonda Folley	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Quando ocorrer obstrução ou mau funcionamento

Cont.

Cont.

Material	Período médio de troca adulto	Período médio de troca neonatologia e pediatria	Observação
Bolsa coletora de urina sistema fechado	Não há recomendação de troca pré-programada	Não há recomendação de troca pré-programada	Em caso de obstrução ou sujidade
Equipo multivias (Polifix)	96 horas	96 horas	Internação: O equipo multivias sistema aberto, sistema fechado simples ou valvulado, devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas. Pronto-Socorro/Ambulatorial: será remunerado o equipo multivias sistema aberto. A exceção (sistema fechado simples ou valvulado) será para pacientes com acesso venoso central e cateter totalmente implantado. Os equipos e dispositivos complementares devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais) a cada 96 horas
Equipo perfusor set/ Extensofix	Medicamentos de uso contínuo: 96 horas. Medicamentos intermitentes: a troca será a cada 24 horas.	Medicamentos de uso contínuo: Trocar a cada 24 horas. Medicamentos intermitentes: a troca será remunerada 1 unidade a cada aplicação.	Remuneração de 1 perfusor set e/ou extensofix para cada seringa comum, para cada etapa da medicação. Remuneração de 1 perfusor set e/ou extensofix para cada seringa perfusora utilizada nos medicamentos intermitentes.
Equipo para nutrição enteral	1 equipo a cada 24 horas	1 equipo a cada 24 horas	1 equipo de dieta enteral para sistema aberto e fechado por dia de internação hospitalar (troca a cada 24 horas)
Equipo para água – dieta enteral sistema aberto	1 equipo a cada 24 horas	1 equipo a cada 24 horas	1 equipo de água para sistema aberto (em dieta enteral) por dia de internação hospitalar (troca a cada 24 horas)
Equipo para nutrição parenteral	A cada bolsa	A cada bolsa	Trocar o equipo e dispositivo complementar de nutrição parenteral a cada bolsa (Anvisa, 2017)
Equipo para administração de sangue	A cada bolsa	A cada bolsa	Trocar o equipo e dispositivo complementar de administração de hemocomponente a cada bolsa (Anvisa, 2017)
Seringa perfusora para dieta	Não se remunera	1 a cada etapa da dieta oferecida	1 seringa de bomba perfusora a cada etapa de dieta oferecida em neonatologia e pediatria
Seringa perfusora para medicamentos	Medicamentos de uso contínuo: 96 horas. Medicamentos intermitentes: a troca será a cada 24 horas.	Medicamentos de uso contínuo: Troca de uma seringa específica de bomba perfusora a cada 24 horas . Medicamentos intermitentes: a troca será remunerada 1 unidade a cada aplicação.	Decisão válida, especificamente, para seringas perfusoras, caso seja utilizadas seringas comuns, mesmo que adaptadas em bomba de seringa, será remunerada 1 unidade a cada etapa da medicação.

Cont.

Cont.

Material	Período médio de troca adulto	Período médio de troca neonatologia e pediatria	Observação
Respiron	Sem recomendação de troca	Sem recomendação de troca	1 por internação
Cateter nasal	1 por internação	1 por internação	Troca somente mediante justificativa
Frasco para dieta – sistema aberto	1 frasco por dieta oferecida	1 frasco por dieta oferecida	
Frasco para água – sistema aberto	1 frasco ao dia	1 frasco ao dia	
Protetor ocular em fototerapia	Não se aplica	1 por internação	Em casos de fototerapia

Referências bibliográficas

BELLAGUARDA, M. L. R., PADILHAM, M. I., NETOM, A. F. P., PIRES, D., PERES, M. A. A. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. Esc. Anna Nery. 2013;17(2):369-74.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: MS/Anvisa/ Fio-cruz;2013[cited 2014 Apr 28]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopa-ciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>.

DANTAS, S. R. P. E. Aspectos históricos do tratamento de feridas. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Treatment Recommendations. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [cited 2014 May 28];51-120. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/_parecer_2016_36.pdf
<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/conta%20aberta%20aprimorada.pdf>.

SANTOS, A. A. R., MEDEIROS, A. B. A., SOARES, M. J. G. O., COSTA, M. M. L. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2014 Mar 01]; 18(4):547-52. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a08.pdf>.

SIMÃO, C. M. F., CALIRI, M. H. L., SANTOS, C. B. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 21];26(1):30-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/06.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

Critérios para Avaliação Presencial para Tratamento de Lesões de Pele

São procedimentos de reconstrução / aproximação de tecidos:

1. Enxerto;
2. Retalho;
3. Sutura simples;
4. Zetaplastia.

70.1. Excisão e sutura simples de lesões

Aplicável para aproximação e fechamento primário das bordas sem tensão, após exérese de lesões, feridas ou cicatrizes.

Codificação:

3.01.01.46-8 - Exérese de lesão / tumor de pele e mucosas - 3C

3.01.01.91-3 - TU partes moles - exérese- 4^a

30101921 - Exérese e sutura de hemangioma, linfangioma ou nevus (por grupo de até 5 lesões) - 3B

30210119 - Exérese de tumor maligno de pele - 4A

30210127 - Exérese de tumor benigno, cisto ou fístula - 3C

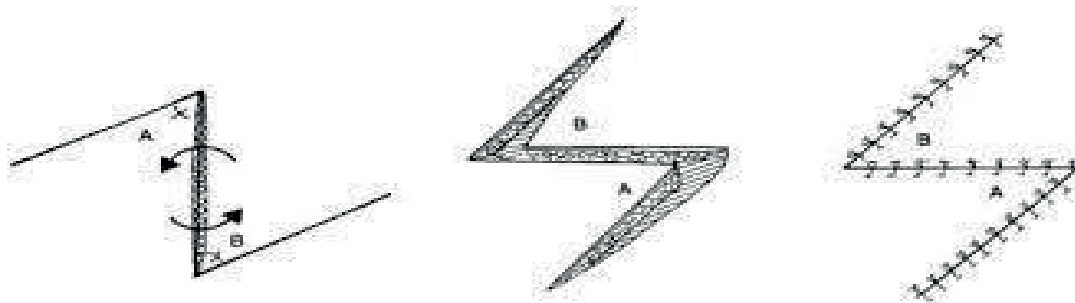
30101492 - Exérese e sutura simples de pequenas lesões (por grupo de até 5 lesões) - 3B

Indicações:

- Feridas lineares em áreas sem tensões;
- Cicatrizes lineares sem tensões;
- Pequenos tumores de pele tais como: Cistos, fibromas, lipomas independentemente do tamanho, Acrocórdons;
- Exérese de cicatrizes lineares (por ex: mamaplastia e abdominoplastia);
- Ceratose seborreica (ulcerada).

70.2. Zetaplastia

Técnica cirúrgica utilizada na correção de cicatrizes inestéticas, cujo princípio básico consiste em dois retalhos triangulares adjacentes, formando um Z para promover o alongamento da cicatriz.



<https://pbs.twimg.com/media/CqA0t57W8AAAtFHE.jpg>

Codificação:

30101670 - Plástica em Z ou W 4A

Indicações:

- Alongamento e alteração de direção das cicatrizes;
- Cicatrizes em regiões de tensão (mão, espaços ante cubital e poplíteo, axila);
- Retrações cicatriciais (Ex. queimaduras).

70.3. Enxerto

Corresponde a um transplante no qual a pele retirada de uma área corpórea – a área doadora é transferida para outra área: a receptora, sem nenhum pedículo de comunicação entre elas.

Área doadora



Área

70.4. Tipos e indicações de enxertos:

1. Pele parcial (epiderme e parte da derme): queimaduras, úlceras crônicas, mucosas (fossas nasais, vagina);
1. Pele total (inclui a epiderme e toda derme): perda substância face, Reparação pálpebras, Ponta nasal, Mãos e dedos;
2. Malha;
3. Estampilha ou fragmentados;
4. Enxerto composto (porção intacta contendo toda epiderme e a derme, com um componente adicional de cartilagem ou osso ou músculo): reconstrução de asa nasal, Ponta nasal, Columela, Tarsos;
5. Tiras.

Codificação:

3.01.01.58-1 - Extensos ferimentos, cicatrizes, ou tumores – exérese e enxerto cutâneo 8A

3.01.01.44-1- Exérese de lesão com auto enxertia o - 5C

Aplicável para ferimentos, cicatrizes e tumores com extensão acima de 10 cm e acima de 5 cm na face e mão e nariz acima de 2 cm.

Indicações:

- Perda substância face;
- Reparação pálpebras;
- Ponta nasal
- Reconstrução asa nasal;
- Columela;
- Tarso Perda.

70.5. Retalho

Segmento da pele e subcutâneo com suprimento vascular próprio, que será movido de uma área (doadora) para outra (receptora), com a finalidade de preencher uma ferida cirúrgica. Existe uma comunicação do retalho com a área doadora por meio de um pedículo, o que garantirá sua sobrevivência (SBCD)



<https://seureservercdn.net/198.12.145.239/e9b.1a7.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/06/retalho-ilha-2.jpg>

Tipos de retalho:

1. Cutâneo;
2. Fasciocutâneo;
3. Miocutâneo/ muscular;
4. Osteomiocutâneo.

Indicações:

- Reparações de face.
- Cobertura de estruturas nobres (nervos, tendões, ossos).
- Regiões com déficit de irrigação (exposição óssea, osteomielite, fratura).
- Cobertura de saliências ósseas (escaras de decúbito).

Codificação:

3.01.01.52-2 - Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região 8B
Aplicável para ferimentos, cicatrizes e tumores com extensão acima de 10 cm e acima de 5 cm na face e mão e nariz acima de 2 cm.

Extensos ferimentos decorrem de trauma agudo e com lesão de estruturas profundas além do sub-cutâneo ou ferimento acima de 10 cm no corpo ou acima de 5 cm em face e mão.

Indicações:

- Tumores de face (CBC, melanoma) que exigem ressecção de margem de 2 cm ou mais;
- Tumores acima em áreas de tensão como por ex. dorso, perna, mão;
- Ferimentos com perda tecidual sem condições de sutura primária;
- Grandes cicatrizes, sem condições de Zetaplastia ou fechamento primário.

3.01.01.56-5- **Extensos** ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos - 9A.

3.01.01.57-3- **Extensos** ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares - 9A.

3.01.01.88-3-Tratamento de escaras ou ulcerações com retalhos miocutâneos ou musculares - 9B.

Indicações:

- Escaras de decúbito;
- Grandes perdas de tecido (trauma, tumor);
- Osteomielite em MMII.

3.01.01.55-7- Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores -exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial-9B.

Indicações:

- Perdas de substância da perna, tornozelo e pé (fratura exposta);
- Osteomielite;
- Escaras de decúbito;
- Tumores;
- Grandes reconstruções no tronco.

30101697 - Retalho composto (incluindo cartilagem ou osso) 8C ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos.

Aplicação: o Retalho composto envolve a reconstrução de perdas de substância envolvendo mais de 1 (um) tipo histológico. Vai ser transposto osso e músculo ou fáscia para a cobertura da lesão.

Indicações:

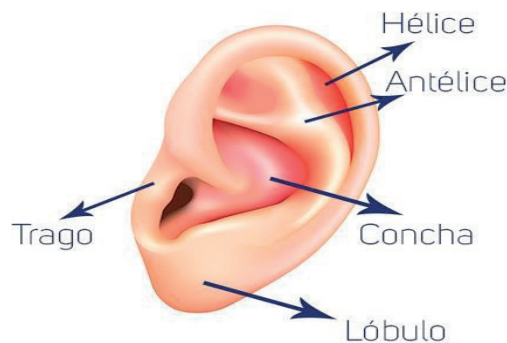
- Osteomielite com perda muscular e óssea;
- Tumores (osteossarcoma);
- Grandes traumatismos.

30101182 - Correção de deformidades por exérese de tumores, cicatrizes ou ferimentos, com o emprego de expansores de tecido, em retalhos cutâneos (por estágio) 9B.

Indicações:

- Reconstrução de mama pós mastectomia na ausência de pele para o fechamento primário;
- Ressecção de grandes cicatrizes e tumores em áreas com pouca pele, para se obter o fechamento primário;

70.6. Orelha



<https://clincasperanzini.com.br/site/wp-content/uploads/2019/03/trago.png>

30401054 - Reconstrução de orelha - retoques 5B - anamnese e exame físico observa-se rasgo no lóbulo da orelha - estético - sem cobertura contratual;

30401046 - Outros defeitos congênitos que não a microtia 9B - solicitam para orelha em abano - exame físico - estético - sem cobertura contratual na Lei 9656/98 atualizado pela RN 428 da ANS;

30401070 - Reconstrução total da orelha- único estágio 8C- grandes tumores e traumas ocupando mais de 50% do órgão- tumores e traumas- comum em atendimento de urgência;

30401062 - Reconstrução de unidade anatômica do pavilhão auricular - por estágio 9B.

- Unidades anatômicas: lóbulo - concha - Helix/antiélice

Na perícia avaliar se a lesão extensa acometendo mais de 50% de uma destas três estruturas.

70.7. Pálpebras

30301181 - Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral - dispensável perícia em maiores que 60 anos.

Para menores de 60 anos a avaliação pericial é exclusivamente clínica quando se verifica que a margem palpebral, em posição primária do olhar, cobre mais que 2mm do limbo superior ou a pálpebra superior cai até o cílio e por ser um exame subjetivo, o campo visual deve ser dispensado.

30301165 - Pálpebra - reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor) indicado para lesões

que acometem até 50% da pálpebra.

30301173 - Pálpebra - reconstrução total (com ou sem ressecção de tumor) - por estágio: indicado para lesões (traumas, tumores) que acometem mais de 50% da pálpebra.

ANEXO II

Uso Racional de Imunoglobulinas

Proposta de Incorporação pelo Colégio Nacional de Auditores

Patologias	Anvisa 2004 Recomendação Dose	CTNMBE 2016	Protocolos Análise/Dose (número se refere ao protocolo) Recomendação	BULA	Sugestão Fesp	Recomendação final CNA
Doença de Kawasaki	Formal 2g/Kg em dose única (DU)	Evidência 1 Papel terapêutico estabelecido	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Infecção recorrente em crianças com AIDS	Formal 200 a 400 mg/Kg, cada 3-4 semanas	Evidência 2a Excepcionalmente	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Necrose Epidérmica Tóxica (Síndrome de Lyell)	Formal 750 mg a 1 g/Kg/4 dias OU 2g/kg em DU	Evidência 4a Papel terapêutico emergente	Recomendado	Não mencionado em bula	Recomendado	Recomendado
Prevenção doença x hospedeiro em TMO alógeno	Formal 200 a 400 mg/Kg/ semana, até 3 meses	Não avaliado	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI)	Formal 400mg a 1g/kg por 2-5 dias	Evidência 2a Papel terapêutico estabelecido	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Reposição em Hipo ou Agamaglobulinemia Adquirida	Formal 300 a 400 mg/Kg, a cada 3-4 semanas	Evidência 2a Papel terapêutico estabelecido	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Reposição em Hipo ou Agamaglobulinemia congenita	Formal 300 a 400 mg/Kg, a cada 3-4 semanas	Evidência 2a Papel terapêutico estabelecido	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Síndrome de Guillain Barré	Formal 400mg/kg por 3-5 dias	Evidência 1 Papel terapêutico estabelecido	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Trombocitopenia Neonatal Aloimune	Formal 400mg/kg por 3-5 dias OU 1g/kg por semana, até o parto	Evidência 4a Papel terapêutico emergente	Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Aplasia de série vermelha associada ao Parvovirus 19	Aceitável	Não avaliado	Não recomendado pelo protocolo 1. Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5, 6, e 7. Recomendado pelo protocolo 2. Pacientes com infecção por Parvovirus B19 confirmada por PCR E com falha a outras terapias (corticoides e ao menos 1 droga imunossupressiva). Dose 2g/kg em 2-5 dias, repetir em recaídas. Recomendado	Não mencionado em bula	Recomendado	Recomendado

Dermato/polimiosite com fraqueza muscular significativa quando corticoides e outros agentes imunossupressores forem ineficazes	Aceitável	Evidência 2a Papel terapêutico estabelecido	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Recomendado pelos demais. 2. Dose: 2 doses de IVIg (2g/kg em dias consecutivos) a cada 6 semanas. 7. Dose: 2g/kg em 2-5 dias, por mês, entre 3 a 6 meses. Recomendado	Não mencionado em bula	Recomendado	Recomendado
Miastenia Gravis • Como alternativa a plasmaferese nas crises miastênicas, antes de cirurgia/timectomia; • Tratamento das formas moderada a grave quando outros tratamentos forem inefetivos ou com efeitos colaterais intoleráveis.	Aceitável Dose 400mg/kg, por 5 dias, a 2g/kg em dose única.	Evidência 1 Papel terapêutico estabelecido	Não mencionado pelos protocolos 5 e 6. Recomendado pelos demais. 2. Dose 2g/kg em 2 a 5 dias. 4. Dose de 2g/kg não tem maior eficácia que 1g/kg. 7. Dose: 2mg/kg em dois dias ou em dose única. Recomendado	Não mencionado em bula	Recomendado	Recomendado
Polirradiculoneuropatias desmielinizantes crônicas (CIDP) em 1ª linha nos casos de progressão rápida, déficit de marcha ou perda funcional significativo	Aceitável Dose 400mg/kg, de 3-5 dias, a 2g/kg em dose única.	Evidência 1 Papel terapêutico estabelecido	Recomendado por todos os protocolos. 2. Início imediato. Dose: duas doses de IVIg (2g/kg em 2-5 dias) com intervalo de 6 semanas. 7. Tratamento de 1ª linha em forma moderada a grave, 1g/kg a cada 3 semanas, devendo individualizar 0.4 a 1.2 g/kg a cada 2-6 semanas. Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Retinopatia de Birdshot	Aceitável Dose de 1,6g/kg, a cada 4 semanas, por 6 meses, seguida de uma dose de 1,2 a 1,6 g/kg, a cada 6 a 8 semanas.		Não mencionado pelos protocolos 2, 4, 5, 6 e 7. Recomendado pelos protocolos 1 e 3. Recomendado	Não mencionado em bula	Recomendado	Recomendado
Sepse	Aceitável	Evidência 2a Não recomendado	Não mencionado pelos protocolos 4 e 5. Recomendado pelos demais. 2. Dose: 2g/kg em dose única. Diagnóstico de sepses por estafilococos ou estreptococos, preferentemente após seu isolamento E falência a melhora rápida com antibioticoterapia e outras medidas de suporte a vida E risco de morte 7. Choque tóxico (0.5 a 1 g/kg/d por 1 a 6 dias), choque séptico e sepses, 1-2 g/kg. Recomendado	Recomendado em bula	Recomendado	Recomendado
Síndrome da pessoa rígida	Aceitável	Não avaliado	Não mencionado nos protocolos 4, 5 e 6. Recomendado pelos protocolos: 1, 2, 3 e 7. Duas doses de IVIg (2g/kg em dias consecutivos) a cada 6 semanas. Repetir em recaídas usando o tempo de recaída como intervalo entre os ciclos. Demonstrar autoanticorpos contra GAD65 ou GAD 67. Recomendado	Não mencionado em bula	Recomendado	Recomendado

<p>Esclerose Múltipla – Terapia por curto prazo em pacientes com EM nas 4 formas clínicas, quando clinicamente recidivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez, período pós-parto imediato, quando outra imunomodulação está contraindicada; • Pacientes jovens com doença grave recidivante, renitente, em que outras terapias falharam; • Recaída grave, sem resposta a metilprednisolona em altas doses. 	<p>Aceitável Dose 400mg/kg, por 5 dias, seguidas de aplicações únicas de 400mg/kg em intervalos definidos caso a caso.</p>	<p>Evidência 2a Papel terapêutico emergente</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 2, 4, 5 e 6. Recomendado pelos demais protocolos com ressalvas. Especialmente EMRR. Recomendado com ressalvas</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Recomendado com ressalvas</p>	<p>Avaliar bula Não recomendado</p>
<p>Púrpura Pós Transfusional com sangramento</p>	<p>Aceitável Dose 500mg a 1g/Kg de peso, 3 a 5 dias.</p>	<p>Evidência 4a Papel terapêutico emergente</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Recomendado pelos protocolos 1, 2, 3 e 7 em casos severos, com risco de morte. Dose: 2g/kg divididos em 2-5 dias. Recomendado com ressalvas</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Recomendado com ressalvas</p>	<p>Avaliar bula Não recomendado</p>
<p>Vasculite de Pequenos Vasos ANCA Positivo em atividade, forma necrotizante, sem resposta a corticoterapia e imunossupressores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Granulomatose de Wegener; • Síndrome de Churg-Strauss; • Poliangiíte microscópica; • Glomerulonefrite rapidamente progressiva (crescêntica) idiopática. 	<p>Aceitável Dose 2g/kg em DU.</p>	<p>Evidência 2a Papel terapêutico emergente</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Evidências limitadas nos protocolos 2 e 3. Recomendado pelos protocolos 1 e 7, para casos sem resposta a corticoides. Recomendado com ressalvas</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Recomendado com ressalvas</p>	<p>Avaliar bula Não recomendado</p>
<p>Doença do Neurônio Motor</p>	<p>Aceitável Dose 2g/kg em cursos interativos, conforme evolução dos sintomas.</p>	<p>Evidência 4b Não recomendado</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos demais. Não recomendado</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Não recomendado</p>	<p>Não recomendado</p>
<p>Doença Inflamatória intestinal</p>	<p>Aceitável</p>	<p>Evidência 4b Não recomendado</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 2, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos protocolos 1 e 3. Não recomendado</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Não recomendado</p>	<p>Não recomendado</p>
<p>Oftalmopatia de Basedow-Graves</p>	<p>Aceitável</p>	<p>Não avaliado</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5, 6 e 7. Benefício questionável (protocolo 3). Recomendado excepcionalmente (protocolo 1). Não recomendado (protocolo 2). Não recomendado</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Não recomendado</p>	<p>Não recomendado</p>
<p>Polineuropatia diabética</p>	<p>Aceitável</p>	<p>Não há evidência</p>	<p>Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5, 6 e 7. Não respaldado pelos protocolos 1 e 2. Não recomendado</p>	<p>Não mencionado em bula</p>	<p>Não recomendado</p>	<p>Não recomendado</p>

Anemia Hemolítica Autoimune	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Questionável nos protocolos 1, 3 e 7, mas considerado em casos de falha de outras terapêuticas. Recomendado pelo protocolo 2: Dose: superior a 2g/kg como dose única.</p> <p>Inclui Síndrome de Evans e hiper hemólise pós transfusional – Anemia sintomática ou severa (Hb < 6g/dL, exceto pacientes com comorbidades) OU trombocitopenia (plaquetas < 20x10⁹/L) refratária a terapia convencional com corticoides (ou quando estão contraindicados) ou antes da esplenectomia. Correção da anemia ou da trombocitopenia.</p> <p>Recomendado com ressalvas</p>	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Doença Hemolítica perinatal – redução da necessidade de exsanguinotransusão	Experimental	Evidência 4b Não recomendado	<p>Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5, 6 e 7. Recomendado pelos protocolos:</p> <p>1- Doença hemolítica do feto com alto risco de hidropisia fetal precoce ou morte. 2- Início imediato. Dose – 0.5 g/kg acima de 4hs. Como terapia adjuvante a fototerapia contínua e múltiplas no casos de doença hemolítica Rhesus ou ABO.</p> <p>Recomendado com ressalvas</p>	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Epilepsia infantil intratável (West, Lennox-Gastault, Landau-Kleffner)	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado nos protocolos 4, 5 e 6. Questionável nos protocolos 2, 3 e 7. Recomendado pelo protocolo 1 em caso de epilepsia refratária às DAE e corticoides.</p> <p>Recomendado com ressalvas</p>	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Inibidor adquirido do fator de von Willebrand	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5, 6 e 7. Questionável no protocolo 3. Recomendado pelos protocolos 1 e 2 em casos excepcionais: Em centros de hemofilia – Dose inicial de 0.4/kg por 5 dias ou 1g/kg por 2 dias.</p> <p>1- Hemofilia adquirida: hemorragia com ameaça a vida ou membros E falha na resposta a outros tratamentos; 2- Síndrome Willebrand autoimune: hemorragia com ameaça a vida ou membros E falha na resposta a outros tratamentos OU prévia a procedimentos invasivos</p> <p>Recomendado com ressalvas</p>	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado

Inibidor adquirido do fator VIII	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Questionável nos protocolos 3 e 7.</p> <p>Recomendado pelos protocolos 1 e 2 em casos excepcionais: Em centros de hemofilia – Dose inicial de 0.4/kg por 5 dias ou 1g/kg por 2 dias.</p> <p>1– Hemofilia adquirida: hemorragia com ameaça a vida ou membros E falha na resposta a outros tratamentos; 2– Síndrome Willebrand autoimune: hemorragia com ameaça a vida ou membros E falha na resposta a outros tratamentos OU prévia a procedimentos invasivos.</p> <p>Recomendado com ressalvas</p>	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Rejeição a transplante de órgãos sólidos (inclui rim)	Experimental	Evidência 1 Papel terapêutico emergente	<p>Não mencionado pelos protocolos 5 e 6.</p> <p>Papel emergente ou recomendado em casos específico nos demais.</p> <p>1– Transplante com anticorpo incompatível: quando do doador do rim, coração ou pulmão é evitado por causa de anticorpos. Dose > 2g/kg para ser repetido por DAS; em dessensibilização renal 0.1g/kg por 8–12 hs; 2– Rejeição mediada por anticorpos: paciente com resistência aos corticoides na rejeição OU outras terapias são contraindicadas após transplante renal, coração e/ou pulmão. Dose > 2g/kg para ser repetido 2–3 doses; 3– Pneumonite viral: pacientes com pneumonite viral após transplante coração e/ou pulmão (exceto influenza) Dose 0.5g/kg por 5 dias.</p> <p>Recomendado com ressalvas</p>	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Artrite reumatoide com comprometimento visceral e forma juvenil (adulto: não fundamentada)	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6.</p> <p>Não recomendado pelos protocolos 1, 2 e 3.</p> <p>Recomendado pelo protocolo 7 para pacientes alérgicos a outras drogas.</p> <p>Não recomendado</p>		Não recomendado	Não recomendado
Asma brônquica	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5, 6 e 7.</p> <p>Não recomendado pelos protocolos 1, 2 e 3.</p> <p>Não recomendado</p>	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Dengue Hemorrágica	Experimental	Não avaliado	<p>Não mencionado em nenhum protocolo.</p> <p>Não recomendado</p>	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado

Doença de Behçet refratária (vasculite crônica, feridas em pele e mucosas, acomete articulações e SNC)	Experimental	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 2, 3, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelo protocolo 1. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Lúpus Eritematoso Sistêmico	Experimental	Evidência 2a Não recomendado	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Não recomendado pelo protocolo 1. Baixa evidência de benefício nos protocolos 2 e 3. Recomendado pelo protocolo 7 em casos excepcionais, após falha de outras terapêuticas. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Neutropenia autoimune	Experimental	Não avaliado	Não recomendado pelos protocolos 4, 5 e 6. Questionável nos protocolos 1, 2 e 3. Recomendado pelo protocolo 7 em casos especiais. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Prevenção de abortos recorrentes	Experimental	Não há evidência	Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos protocolos 1 e 2. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Prevenção ou tratamento de infecções em neonatos de alto risco	Experimental	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 1, 4, 5 e 6. Não recomendado pelos protocolos 2, 3, e 7. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Infecção por rotavírus e enterocolite necrotizante em neonatos	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Questionável no protocolo 1. Recomendado pelos protocolos: 2- Dose 0.4 g/kg em dose única, considerar repetir. Casos severos ou recorrentes de colite por clostridium difficile não responder a vancomicina 125mg 2x, altas doses de vanco oral associado a metronidazol e dose oral adicional a rifampicina. Se múltiplas recorrências, especialmente evidência de má nutrição. NÃO RECOMENDADO PARA PREVENÇÃO OU TRATAMENTO DE SEPSIS NEONATAL 7- Colite grave por clostridium difficile 400mg/kg por 1 a 4 dias. Recomendado com ressalvas	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
AIDS em adultos	Não fundamentada	Não avaliado	Não avaliado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Anemia Aplásica	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos protocolos 1 e 2. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado

Anemia de Diamond-Blackfan	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos protocolos 1 e 2. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Artrite reumatoide no adulto	Não fundamentada	Não avaliado	Não avaliado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Autismo	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 2, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos protocolos 1 e 3. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Cardite reumática	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 2, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelos protocolos 1 e 3. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Diabetes Mellitus I - controle de glicemia	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 1, 2, 4, 5, 6 e 7. Não recomendado pelo protocolo 3. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Fibrose cística - exacerbação	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 1, 2, 4, 5 e 6. Questionável para fibrose cística com hipogamaglobulinemia no protocolo 3. Recomendado para fibrose cística com hipogamaglobulinemia no protocolo 7. Recomendado com ressalvas	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Síndrome da fadiga crônica (encefalite miálgica)	Não fundamentada	Não avaliado	Não mencionado pelos protocolos 2, 4, 5 e 6. Não recomendado pelos protocolos 1, 3 e 7. Não recomendado	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado

Indicações Formais – Anvisa 2004

Indicação	Uso de IVIg	Observação
1- Terapia de reposição		
1.1- Imunodeficiência Primária	(número do protocolo avaliado informado antes da dose)	
<p>1.1.1- Imunodeficiência primária com início imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agamaglobulinemia ligada ao X e autossômicas recessivas; • Imunodeficiência comum variável; • Imunodeficiências combinadas graves; • Hiper-IgM ligada ao X e autossômicas recessivas; • Síndrome de Wiskott-Aldrich; • Deficiência hereditária da subunidade NEMO e IKKB (displasia ectodérmica hipo-hidrótica ligada ao X com imunodeficiência); • Síndrome WHIM (warts, hypogammaglobulinemia and immunodeficiency syndrome); • Disgenesia reticular. 	<p>Recomendado por todos os protocolos.</p> <p>Início prioritário.</p> <p>2. Dose: iniciar 0.4 –0.6 g/kg/mês – a dose deve ser ajustada conforme desfecho clínico.</p>	
<p>1.1.2- Imunodeficiência primária dependente de confirmação diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiências de subclasses de IgG 	<p>4. Dose de início 0.4–0.8 g/kg a cada 3–4 semanas até alcançar níveis IgG acima de 5–6 g/L . Manutenção 0.2–0.8 g/kg a cada 3–4 semanas até alcançar níveis de IgG acima de 5–6 g/L.</p>	
<p>1.1.3- Imunodeficiência primária possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiência de anticorpos específicos; • Síndrome linfoproliferativa ligada ao X; • Hipogamaglobulinemia transitória da infância (diante de processos infecciosos importantes); • Ataxia-telangiectasia; • Síndrome de DiGeorge; • Síndrome de Hiper-IgE; • Deficiência de IgA + IgG2 e/ou IgG4. 	<p>Alcançar a dose clinicamente efetiva – individualizada que seja a menor dose com melhor controle de infecção.</p>	
1.2- Hipogamaglobulinemia secundária		
<p>1.2.1- Doença de célula B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mieloma múltiplo; • Leucemia linfocítica crônica; • Linfoma Hodgkin e não Hodgkin 	<p>Recomendado por todos os protocolos.</p> <p>2. Dose 0.4/g/mês modificável pelos níveis de IgG.</p> <p>4. Dose: 0.2 a 0.4 g/kg a cada 3–4 semanas.</p>	
<p>1.2.2- Doenças com perda de proteína</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome nefrótica; • Enteropatia perdedora de proteínas; • Grandes queimados. 	<p>Não mencionado pelo protocolo 3. Recomendado pelos demais.</p>	
<p>1.2.3- Doenças relacionadas com alteração de circulação linfática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfangiectasia intestinal; • Quilotórax; • Síndrome de Proteus. 	<p>Não mencionado pelos protocolos 1 e 3. Recomendado pelos demais.</p>	
<p>1.2.4-Doenças infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV (na criança); • Infecções congênicas por rubéola, citomegalovírus, vírus de Epstein-Barr e toxoplasmose. 	<p>Não respaldado pelo protocolo 1. Não mencionado no protocolo 3. Recomendado pelos demais.</p>	<p>Importante verificar existência de:</p> <p>1. Infecções recorrentes OU severas, clinicamente significativas e refratárias ao uso de antibióticos;</p>
<p>1.2.5- Doenças relacionadas ao aumento do catabolismo de imunoglobulinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distrofia miotônica e hiperesplenismo. 	<p>Não mencionado pelos protocolos 1 e 3. Recomendado pelos demais.</p>	<p>2. Falha comprovada de resposta às vacinas.</p>
<p>1.2.6- Secundária ao uso de medicamentos</p>	<p>Recomendado por todos os protocolos.</p> <p>2. Dose 0.4/g/mês modificável pelos níveis de IgG.</p> <p>4. Dose: 0.2 a 0.4 g/kg a cada 3–4 semanas.</p>	

<p>2- Crianças com AIDS E hipogamaglobulinemia E infecções recorrentes</p>	<p>Não recomendado pelo protocolo 2. Não mencionado pelos protocolos 5 e 6. Recomendado pelos protocolos 1, 3, 4 e 7 para casos de infecção bacteriana grave e de repetição.</p>	
<p>3- Prevenção de infecção e doença versus hospedeiro em pacientes submetidos a TMO alogênico</p>	<p>Não recomendado pelos protocolos 2 e 3. Não mencionado pelos protocolos 5 e 6. Recomendado pelo protocolo 7. Recomendado pelo protocolo 4, para hipogamaglobulinemia <4g/L, em pacientes após TMO - dose de 0.2-0.4g/kg.</p>	
<p>4- Estágios iniciais da doença de Kawasaki para prevenção de complicações cardíacas.</p>	<p>Recomendado por todos os protocolos. 2. Início imediato. Dose 2g/kg em dose única, em 10-12 hs e uma segunda dose em caso de não resposta ou recaída em 48hs. 4. Dose: 1.6 - 2g/kg dividido em 2 a 5 dias associado a AAS OU 2g/kg em dose única com AAS. 7. Dose: 2g/kg associada a AAS para reduzir a frequência de aneurisma de coronárias.</p>	
<p>5- Púrpura Trombocitopênica Idiopática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com PTI refratária a corticoides quando não ocorreu aumento da contagem de plaquetas ou parada de sangramento; • Falha a esplenectomia E a um agente imunossupressor de segunda linha; • PTI com hemorragia com risco de vida ou o potencial de hemorragia com risco de vida; • PTI na gravidez; <p>HIV associado à PTI, falha à terapia antirretroviral ou sangramento com risco de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em condições específicas como, por exemplo, cirurgias eletivas, condições que corticoides e imunossupressores são contraindicados. 	<p>Recomendado por todos os protocolos. 2. Início imediato (PTI) - Dose 1g/kg (0.8 a 1 para crianças) como infusão única, que pode ser repetida se não houver resposta na contagem de plaquetas. 4. Na infância dose de 0.8-1g/kg no D1 e possivelmente repetido 1 vez com 3 dias OU 0.4 g/kg/dia por 2 a 5 dias. 7. Em crianças 0.8/1g/kg em adultos com plaquetas < 30.000 plaquetas associado aos corticoides.</p>	
<p>6- Síndrome de Guillan Barré Clássica e variantes em incapacidade significativa e progressão da doença</p>	<p>Recomendado por todos os protocolos. 2. Início imediato. Dose 2g/kg em 5 dias. Segunda dose pode ser considerada em 14 dias para casos não responsivos ou com piora posterior. 4. Dose: 0.4g/kg/d por 5 dias. 7. Dose de 2g/kg em 3 a 5 dias, para escala funcional Hughes >3 nos primeiros 15 dias de sintomas OU até 4 semanas do início dos sintomas.</p>	
<p>7- Trombocitopenia aloimune neonatal ou feto/materna no antenatal ou neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trombocitopenia ou hemorragia espontânea fetal; • Trombocitopenia com ou sem hemorragia no recém-nascido; • Morte fetal inexplicada em gravidez anterior e com a presença de aloanticorpos maternos específicos (mais comumente HPA-1a ou HPA-5b). 	<p>Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Recomendado pelos demais. 2. Início imediato em suspeita clínica pré-natal OU neonatal baseada em achados laboratoriais. Dose materna: 1g/kg semanalmente até o fim da gestação; Neonatal: dose única de 1g/kg, ocasionalmente > 1 dose pode ser necessária se persistir a trombocitopenia. 7. Dose: 2g/kg em dois dias para neonatos para evitar a destruição de plaquetas transfundidas. Em gestantes, 0.5-1g/kg/semana combinado com corticoides, para evitar a trombocitopenia em RN.</p>	

8- Necrólise Epidérmica Bolhosa (síndrome de Lyell) em estágios iniciais para evitar progressão da doença	<p>Não mencionado pelos protocolos 5 e 6. Recomendado pelos demais protocolos.</p> <p>2. Início imediato. Dose 2g/kg dose única ou 3 dias consecutivos.</p> <p>7. Dose \geq 2 g/kg.</p>	
--	--	--

CONCLUSÃO:

Todas as indicações formais da Anvisa 2004 encontram respaldo nos protocolos analisados.

Indicações não mencionadas no documento da Anvisa 2004 - ORIENTAÇÃO DE RECOMENDAR

Indicação	Uso de IVIg	BULA	Sugestão Fesp	Recomendação final CNA
<p>Neuropatia motora multifocal com ou sem bloqueio de condução</p>	<p>Não mencionado pelo protocolo 5. Recomendado pelos demais.</p> <p>2- Duas doses de IVIg (2g/kg em dias consecutivos) a cada 6 semanas, recomeçar em recaídas e repetir usando o tempo de recaída como intervalo entre os ciclos. Diagnosticado por neurologista E com incapacidade funcional significativa para as atividades de vida diária E outras terapias falharam ou foram contraindicadas.</p> <p>7- Forma moderada a grave, dose total de 2g/kg (0.4g/kg/d 3-5 dias). Em caso de recorrência, deve-se repetir a mesma dose. A manutenção é 1g/kg a cada 2-4 semanas ou 2g/kg a cada 1-2 meses, por vários anos.</p> <p>Solicitar relatório de neurologista confirmando diagnóstico, tratamentos anteriores quadro clínico atual.</p>	<p>Recomendado em bula</p>	<p>Recomendado</p>	<p>Avaliar bula</p> <p>Recomendado</p>
<p>Síndrome de Eaton Lambert quando os sintomas da síndrome miastênica causam déficit motor ou autonômico significativo sem resposta desejada com tratamento usual</p> <p>Distúrbio autoimune raro da junção neuromuscular.</p>	<p>Não mencionado nos protocolos 4, 5 e 6. Recomendado pelos demais.</p> <p>7- Dose: 2g/kg em dois dias consecutivos, com efeitos mínimos e transitórios (8 semanas) para reduzir a debilidade.</p> <p>Solicitar relatório de neurologista confirmando diagnóstico, quadro clínico atual.</p>	<p>Não mencionado</p>	<p>Recomendado</p>	<p>Avaliar bula</p> <p>Não recomendado</p>

OBS: Na síndrome acima ocorre como um distúrbio paraneoplásico em associação com um câncer subjacente (CA-LEMS), ou sem associação a câncer, como parte de um estado autoimune mais generalizado (NCA-LEMS). Os sintomas incluem fadiga, que tem início insidioso e gradual, fraqueza e xerostomia. Os achados clínicos incluem fraqueza muscular proximal na cintura pélvica e nos músculos da coxa; ausência ou redução dos reflexos tendinosos, que podem melhorar após um breve período de exercícios; e dilatação e baixa reatividade das pupilas. Anticorpos séricos dos canais de cálcio dependentes de voltagem do tipo P/Q geralmente estão presentes. Geralmente, os estudos eletrofisiológicos demonstram respostas decrementais à estimulação ner-

vosa repetitiva de baixa frequência, e também podem mostrar facilitação pós-exercício >100%. Mais de 40% dos pacientes com LEMS têm câncer subjacente, geralmente câncer pulmonar de células pequenas. O tratamento efetivo do câncer subjacente frequentemente melhora os sintomas. As opções de tratamentos sintomáticos efetivos e em longo prazo incluem agentes que aumentam a transmissão neuromuscular e imunomoduladores. No entanto, muitos pacientes têm incapacidade de longa duração devido à fraqueza.

USO RACIONAL DE IMUNOGLOBULINAS – Não recomendadas pelo CNA

Indicação	Uso de IVIg	BULA	Sugestão Fesp	Recomendação final CNA
Bloqueio cardíaco congênito autoimune	Recomendado pelo protocolo 2 – Dose 0.4g/kg a cada 3 semanas total 5 ciclos da 12ª a 24ª semana de gestação. Quando houver história de bloqueio cardíaco congênito autoimune em gestação prévia OU presença de anticorpos maternos anti-Ro ou anti-LA. Melhorar o bloqueio no parto. Circunstância excepcional pelo protocolo 1. Não mencionado pelos demais.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Doença hemolítica do feto	Não mencionado pelos protocolos 3, 4, 5 e 6. Recomendado excepcionalmente pelo protocolo 1. Recomendado pelo protocolo 2 – Início imediato: 0.5g/kg em 4 horas. Adjuvante a fototerapia nos casos de doença hemolítica do Rh e ABO. Recomendado pelo protocolo 7 – 500mg/kg pode evitar a exsanguinotransfusão, em monoterapia ou associada ao corticoide.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Encefalite de Rasmussen	Não mencionado pelos protocolos 4, 5, 6 e 7. Indicação excepcional (protocolo 1). Benefício questionável (protocolo 3). Recomendado pelo protocolo 2 – Duas doses de IVIg (2g/kg em dias consecutivos) a cada 6 semanas, recomeçar em recaídas e repetir usando o tempo de recaída como intervalo entre os ciclos. Quando outros tratamentos falharam (incluindo corticoides) para redução da frequência das crises e melhora do status cognitivo.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas Evidência 2A Papel terapêutico emergente CTNMBE 2016	Avaliar bula Não recomendado
Miocardite em crianças	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Não recomendado pelos protocolos 1 e 7. Possível benefício (protocolo 3). Recomendado pelo protocolo 2 – Dose 0.4g/kg a cada 3 semanas total 5 ciclos da 12ª a 24ª semana de gestação. Quando houver história de bloqueio cardíaco congênito autoimune em gestação prévia OU presença de anticorpos maternos anti-Ro ou anti-LA.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Miosite de corpos de inclusão E que apresentam disfagia que limita a ingestão alimentar E que não tolera alimento sólido OU 2 episódios comprovados de broncoaspiração	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Não recomendado pelos protocolos 3 e 7. Recomendado pelos protocolos 1 e 2 – Duas doses de IVIg (2g/kg em dias consecutivos) a cada 6 semanas. Repetir em recaídas usando o tempo de recaída como intervalo entre os ciclos. Miosite com corpos de inclusão com disfagia afetando a nutrição (não há rápida progressão).	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado

Neuropatia desmielinizante paraproteínica IgM (gamopatia monoclonal)	Não mencionado pelos protocolos 4, 5, 6 e 7. Papel emergente (protocolo 1). Benefício improvável (protocolo 3). Recomendado pelo protocolo 2 - Início imediato. Duas doses de IVIg (2g/kg em dias consecutivos) a cada 6 semanas, recomeçar em recaídas e repetir usando o tempo de recaída como intervalo entre os ciclos. Diagnosticado por neurologista E com incapacidade funcional significativa para as atividades de vida diária E outras terapias falharam ou foram contraindicadas.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Pênfigo bolhoso grave, refratário a corticoides e imunossupressores	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Benefício questionável (protocolos 1 e 3). Recomendado pelos protocolos: 2- Dose: 2g/kg em 2-5 dias. Em pacientes severamente afetados E falha no tratamento com corticoides e adjuvantes. 7- Dose: 2g/kg com falha ao tratamento convencional e contraindicação aos outros fármacos.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Uveíte autoimune	Recomendado pelo protocolo 2 - Quando há ameaça de cegueira, dose 1.5g/kg/mês por 3 meses. Não mencionado pelos demais.	Não mencionado em bula	Recomendado com ressalvas	Avaliar bula Não recomendado
Dermatite atópica de contato ou eczema	Não recomendado (protocolos 1 e 7), não mencionado (protocolos 4, 5 e 6), evidência limitada (protocolo 2) e possível benefício em crianças com forma severa, pouca resposta a ciclosporina ou azatioprina e superinfecções recorrentes (S. aureus ou Herpes) (protocolo 3).	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Linfocitose hemofagocítica / síndrome da ativação macrófaga	Não mencionado pelos protocolos 4, 5 e 6. Benefício questionável (protocolos 1 e 3). Recomendado pelo protocolo 7- Em associação com imunodepressores e imunomoduladores, quando associada a artrite idiopática juvenil ou LES.	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Miopatia necrotizante autoimune com fraqueza muscular significativa OU disfagia limitando alimentação E ausência resposta / CI / intolerância aos corticoides E a outro agente imunossupressor	Recomendado pelos protocolos 1 e 3. Não mencionado pelos demais.	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Neuromielite ótica	Não mencionado pelos protocolos 2, 3, 4, 5 e 6. Recomendado excepcionalmente pelos protocolos 1 e 7.	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Psoríase	Recomendado pelo protocolo 7 - Psoríase resistente e grave associada a artrite psoriática - 1-2g/kg. Não mencionado pelos demais.	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado
Síndrome catastrófica antifosfolípide	Não mencionado nos protocolos 4, 5 e 6. Benefício questionável (protocolos 2 e 3). Recomendado excepcionalmente (protocolo 1). Recomendado pelo protocolo 7 como opção à plasmáfese.	Não mencionado em bula	Não recomendado	Não recomendado

ANEXO III

Regras para utilização de brocas, fresas e serras

Sistema Unimed

1. OBJETIVOS:

Este documento define regras para autorização de brocas, fresas e lâminas de serra, para ser aplicado em todo o Intercâmbio Nacional. Abaixo, além dos conceitos, são trabalhados exemplos de alguns procedimentos que utilizam tais materiais.

Ressaltamos que os casos de procedimentos não listados neste documento, devem ser avaliados pela auditoria prévia pontualmente.

2. CONCEITOS:

- **Fresas:** são ferramentas de corte rotativas, constituídas por uma série de dentes e gumes, geralmente dispostos simetricamente em torno de um eixo. Os dentes e gumes removem o material da peça bruta de modo intermitente (arranque da aparas), transformando-a numa peça acabada, isto é, com a forma e dimensões desejadas. Eventualmente as fresas podem, também, ser chamadas de **brocas de corte**, o que gera alguma confusão com as brocas convencionais, que têm outra finalidade – vide abaixo.



Figura 1: Fresas (ou brocas de corte)

- **Brocas:** são ferramentas cortantes utilizadas para fazer furos cilíndricos. São usadas através de uma ferramenta chamada furadeira, que faz com que a broca gire e corte o material, perfurando-o.

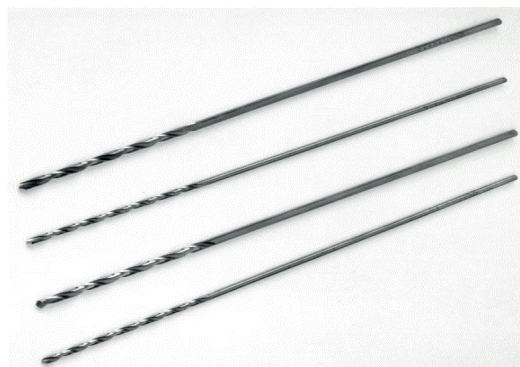


Figura 2: Brocas (perfuração)

- **Serras:** são instrumentos de corte por fricção continuada, constituídos essencialmente por lâ-

mina fina e chata, com borda longitudinal recortada por dentes afiados. Destinam-se a realizar cortes em tecidos ósseo-cartilagosos. Podem ser do tipo oscilatória ou recíprocante.



Figura 3: Lâmina de serra sagital e respectivo equipamento.



Figura 4: Lâmina de serra recíprocante e respectivo equipamento.

3. INDICAÇÃO:

As brocas e fresas têm indicações das mais diversas. A seguir são detalhadas as suas principais aplicações, considerando a especialidade cirúrgica.

A. NEUROCIRURGIA (inclui procedimentos de Neuromodulação):

- i. **Broca de Trepanação (craneótomo):** destinada a perfuração do crânio.

1. 01 unidade/procedimento.



Figura 5: Brocas de trepanação tipo "Acra-cut" e respectivo equipamento (craneótomo).

2. Procedimentos relacionados:

- a. Microcirurgia de tumor
- b. Drenagem de hematoma subdural
- c. Craniotomia descompressiva
- d. Derivação Ventricular Peritoneal (DVP)
- e. e) Derivação Ventricular Externa (DVE)
- f. f) Implante de cateter intracraniano
- g. Osteomielite de crânio
- h. Clipagem de aneurisma
- i. Terceiro ventriculostomia
- j. Implante de eletrodos intracranianos
- k. Trauma crânio-encefálico

ii. Broca de perfuração: destinada confecção dos furos para colocação de placas e parafusos (fechamento de craniotomia).

1. 01 unidade/procedimento.



Figura 6: Broca de perfuração.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Microcirurgia de tumor
- b. Drenagem de hematoma subdural
- c. Osteomielite de crânio
- d. Clipagem de aneurisma
- e. Fechamento de craniotomia com prótese customizada / prototipada ou calota
- f. Trauma crânio-encefálico

iii. Fresa: destinada ao corte ósseo (craniotomia).

1. 01 unidade/procedimento.



Figura 7: Fresa (broca de corte)

2. Procedimentos relacionados:

- a. Microcirurgia de tumor
- b. Craniotomia descompressiva
- c. Osteomielite de crânio (validar em auditoria)
- d. Clipagem de aneurisma
- e. Trauma crânio-encefálico

iv. **Broca de desgaste / acabamento (drill):** destinadas ao acabamento e polimento ósseo.

1. **01 unidade/procedimento.** Em geral se usa a de desgaste e, eventualmente, a diamantada. Na prática usa-se apenas uma delas.



Figura 8: Broca **diamantada** – desbasta o osso sem danificar as partes moles.



Figura 9: Broca **esférica** – desgaste convencional.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Microcirurgia de tumor (pode ser necessário uma de desgaste e uma diamantada)
- b. Craniotomia descompressiva
- c. Osteomielite de crânio
- d. Clipagem de aneurisma
- e. Trauma crânio-encefálico

v. **Broca de desgaste / acabamento longa (drill):**

1. 01 unidade/procedimento.

Específica para tratamento das irregularidades ósseas durante o acesso transfenoidal endoscópico. Após uso de osteótomo e fragmentos retirados por pinça tipo Seaker, essa broca serve para tratar as Irregularidade ósseo desse acesso. Esta broca deve estar disponível em sala, e o seu efetivo uso depende de decisão intra-operatória. Essa broca é distinta de shaver de sinusectomia.

Essa broca drill tem indicação exclusiva para cirurgias transfenoidais endoscópicas para tratamento de tumores de base de crânio anterior (tumores da sela túrcica), e que incluem principalmente os adenomas e os craniofaringeomas.

Lembramos que as cirurgias da cavidade selar (adenomas e craniofaringiomas) podem ser feitas por craniotomia (existem vários tipos de acesso), por acesso translabial (usando microscópico) ou transfenoidal (endoscópico).

A técnica Translabial está se tornando cada vez mais rara, mas ainda existem cirurgões que fazem a microscópica translabial videoassistida, e que como não deixa de ser endoscópica, justifica também a broca.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Microcirurgia por via transesfenoidal
- b. Microcirurgia para tumores intracranianos
Cirurgia intracraniana por via endoscópica + Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar
- c. Hipofisectomia por qualquer método

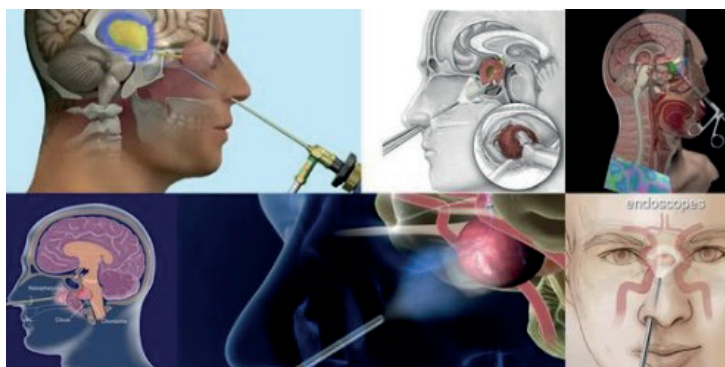


Figura 10: Acesso transesfenoidal

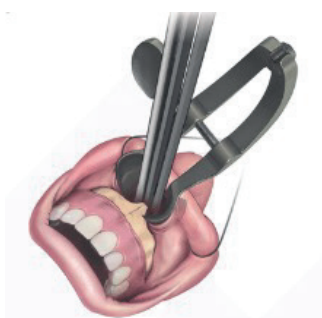


Figura 11: Acesso translabial

Observação:

Não é adequado uso de associação de códigos de septoplastia, turbinectomias, sinusectomias/sinusectomias para construção do acesso transesfenoidal endoscópico, já que existem codificação própria, seja executado por neurocirurgião e/ou com participação do otorrino.

B. BUCOMAXILOFACIAL (BMF) – CIRURGIA ORTOGNÁTICA

i. Fresa: destinada ao corte ósseo.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Osteotomia Le Fort I
- b. Expansão rápida da maxila com assistência cirúrgica (ERMAC)
- c. Osteotomia Le Fort III
- d. Osteotomia de mandíbula

ii. Broca (perfuração): destinada à colocação de placas e parafusos.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Osteotomia Le Fort I
- b. Osteotomia Le Fort III
- c. Osteotomia de mandíbula

iii. Broca de desgaste / acabamento (drill): destinada ao acabamento e polimento ósseo.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Osteotomia Le Fort I
- b. Osteotomia Le Fort III
- c. Osteotomia de mandíbula

iv. Lâmina de serra recíprocante: destinada ao corte de ossos da maxila e mandíbula.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Osteotomia Le Fort I
- b. Osteotomia Le Fort III
- c. Osteotomia de mandíbula
- d. Expansão rápida da maxila com assistência cirúrgica (ERMAC)



Figura 12: Lâmina recíprocante.

C. BUCOMAXILOFACIAL (BMF)

i. Fresa: destinada ao corte ósseo.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Fraturas em geral BMF / reconstruções (trauma)
- b. Artroplastia de ATM

ii. Broca (perfuração): destinada à colocação de placas e parafusos.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Fraturas em geral BMF / reconstruções (trauma)
- b. Artroplastia de ATM

iii. Broca de desgaste / acabamento (drill): destinada ao acabamento e polimento ósseo.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Fraturas em geral BMF / reconstruções (trauma)
- b. Artroplastia de ATM

iv. Lâmina de serra recíprocante: destinada ao corte de ossos da maxila e mandíbula.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Procedimentos onde houver necessidade de osteotomia.

D. COLUNA:

i. Broca (perfuração): destinada à colocação de placas e parafusos.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Artrodese

ii. Broca de desgaste / acabamento (drill): destinada ao acabamento e polimento ósseo.

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Artrodese

E. OTORRINO:

i. Fresa: destinada ao corte ósseo.

1. Até 02 unidades/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Prótese ancorada ao osso

ii. Broca de desgaste / acabamento (drill): destinada ao acabamento e polimento ósseo.

1. Até 02 unidades/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Prótese ancorada ao osso
- b. Estapedotomia
- c. Otoesclerose obliterativa

iii. Fresa: destinada ao corte ósseo.

1. Até 03 unidades/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Mastoidectomia radical
- b. Timpanomastoidectomia
- c. Descompressão de saco endolinfático
- d. Cirurgia de nervo facial (totas)

- e. Tumor de nervo acústico
- f. Implante coclear
- g. Labirintectomia
- h. Glomus Jugular
- i. Ressecção do osso temporal

iv. Broca de desgaste / acabamento (drill): destinada ao acabamento e polimento ósseo.

1. Até 03 unidades/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Mastoidectomia radical
- b. Timpanomastoidectomia
- c. Descompressão de saco endolinfático
- d. Cirurgia de nervo facial (totas)
- e. Tumor de nervo acústico
- f. Implante coclear
- g. Labirintectomia
- h. Glomus Jugular
- i. Ressecção do osso temporal
- j. Timpanoplastia
- k. Glomus timpânico
- l. Ouvido congênito

F. ORTOPEDIA:

i. Lâmina sagital (uma unidade)

1. 01 unidade/procedimento.

2. Procedimentos relacionados:

- a. Osteotomias em geral

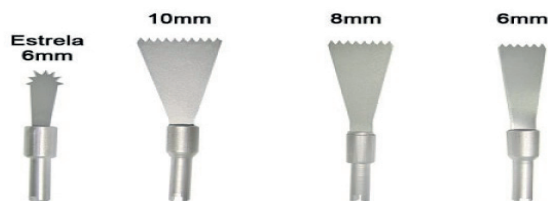


Figura 13: Lâminas sagitais para uso em osteotomias.

4. VALORES E QUANTIDADES:

Os valores máximos (teto) a serem praticados no Intercâmbio Nacional, independente da marca utilizada, serão os seguintes:

MATERIAL	CRÂNIO	CRÂNIO HEMOTOMA	CRÂNIO - TRANSESFENOIDAL	BMF	BMF - ORTOGNÁTICA	COLUNA	OTORRINO	NEURO-MODULAÇÃO	ORTOPEDIA	VALORES
Broca de Trepanação	1	1						1		R\$ 990,00
Broca de Perfuração	1	1		1	1	1		1		R\$ 500,00
Broca de Desgaste	1			1	1	1	3*			R\$ 650,00
Broca de Desgaste longa			1							R\$ 1.500,00
Broca / Fresa de corte	1			1	1		3*	1		R\$ 550,00
Lâmina Sagital									1	R\$ 500,00
Lâmina Reciprocante					1					R\$ 500,00

* quantidade de materiais refere-se a cada especialidade

* procedimento de maior complexidade

5. OBSERVAÇÕES:

Os valores apresentados não incluem a taxa de comercialização, pois de acordo com o Manual de Intercâmbio essa cobrança, limitada em 15%, não pode ser inserida no valor de OPMEs.

Quantidades divergentes das estabelecidas neste protocolo devem ser justificadas para fins de avaliação pela auditoria da singular.

É imprescindível a validação da utilização de brocas, fresas e lâminas através de ações de auditoria, que visam confrontar as evidências apresentadas em prontuário.

ANEXO IV

Lista de medicamentos de aplicação subcutânea passíveis de fornecimento

Substância	Medicamento de referência	Possibilidade auto aplicação? Recomendações uso	Via	Apresent.	Classe Terapêutica	Possui genérico/ biossimilar? (possibilidade de intercambialidade)	Indicação
Abatacepte	ORENCIA SC	SIM - Um paciente poderá se autoinjetar com o ORENCIA SC se, após ter sido treinado adequadamente na técnica de injeção subcutânea, um médico/profissional da área da saúde determinar que isto seja apropriado	SC	Seringa preenchida	Antiinflamatórios / Antireumáticos	Não	Reumatologia
Acetato de Glatirâmer	COPAXONE	SIM - COPAXONE® (acetato de glatirâmer) foi planejado para autoadministração pelo próprio paciente	SC	Seringa preenchida	Imunomodulador	Não	Esclerose Múltipla
Adalimumabe	HUMIRA	SIM - Após receber treinamento adequado, o paciente e/ou responsável, por exemplo, um membro da família pode realizar a aplicação da seringa pronta para uso de HUMIRA® AC	SC	Seringa preenchida	Antiinflamatórios / Antireumáticos	Sim	Reumatologia, GI, Uveíte
Benralizumabe	FASENRA	SIM - Se o médico determinar que é apropriado, FASENRA pode ser auto-injetado pelo paciente ou administrado por seu cuidador em ambiente domiciliar, fora do ambiente hospitalar ou clínico	SC	Seringa preenchida	Antialérgicos	Não	Asma Grave
Denosumabe	PROLIA	SIM - As instruções de autoadministração por injeção subcutânea estão listadas a seguir	SC	Seringa preenchida	Ação no Sistema Musculoesquelético	Não	Oncologia
Dupilumabe	DUPIXENT	SIM - DUPIXENT pode ser auto administrado pelo paciente, administrado por um profissional de saúde ou administrado por um cuidador, após receber orientações de um profissional de saúde sobre as técnicas apropriadas para injeção subcutânea	SC	Seringa preenchida	Imunomodulador	Não	Asma, dermatite atópica
Eritropoetina	EPREX	SIM - Em situações em que o médico determina que o paciente ou cuidador pode, de forma segura e eficaz, administrar EPREX® por via subcutânea, devem ser fornecidas instruções sobre a dosagem e administração adequadas.	SC	Seringa preenchida	Atuação no sangue e hematopoiese	Sim	Oncologia (suporte - anemia)
Etanercepte	ENBREL	SIM - As pessoas responsáveis pelo cuidado do paciente ou os próprios pacientes que irão administrar Enbrel® PFS devem ser orientados quanto às técnicas de aplicação.	SC	Seringa preenchida	Anti-TNF Antiinflamatórios	Sim	Reumatologia
Filgrastin	GRANULOKINE	SIM - instruções para auto aplicação (Você pode usar: Coxa; Área da barriga (abdômen), exceto por uma área de cinco cm em torno do umbigo (botão da barriga); Área mais externa superior das nádegas (somente se uma outra pessoa estiver aplicando a injeção); Área mais externa do antebraço (somente se uma outra pessoa estiver aplicando a injeção))	SC	Seringa preenchida	Atuação no sangue e Hematopoiese	Sim	Oncologia (suporte - neutropenia)
Golimumabe	SIMPONI	SIM - Para aplicar SIMPONI® seringa preenchida é necessário que seja instruído sobre a forma correta de aplicação. Tenha certeza de ter recebido todas as instruções necessárias antes de aplicar SIMPONI® seringa preenchida. Os pacientes devem ser instruídos a aplicar a quantidade total de SIMPONI®	SC	Seringa preenchida	Antiinflamatórios	Não (sim somente para mercado público)	Reumatologia, GI

Substância	Medicamento de referência	Possibilidade auto aplicação? Recomendações uso	Via	Apresent.	Classe Terapêutica	Possui genérico/ biossimilar? (possibilidade de intercambialidade)	Indicação
Guselcumabe	TREMFYA	SIM – Após treinamento apropriado sobre a técnica de injeção subcutânea, os pacientes podem injetar TREMFYA® se o médico considerar adequado	SC	Caneta Preenchida	Imunossuppressores	Não	Reumatologia
Ixequizumabe	TALTZ	SIM – Após o treinamento sobre a técnica de injeção subcutânea, o paciente pode se auto aplicar TALTZ	SC	Caneta Preenchida	Imunomodulador	Não	Reumatologia
Lipegfilgrastin	LONQUEX	SIM – A autoadministração de LONQUEX® deve ser realizada apenas por pacientes devidamente treinados e que tenham acesso ao aconselhamento de especialista. A primeira administração de LONQUEX® deve ser realizada sob supervisão médica	SC	Seringa preenchida	Atuação no sangue e hematopoiese	Não	Oncologia (suporte – neutropenia)
Mepolizumabe	NUCALA	SIM – Nucala® pode ser auto administrado pelo paciente ou pelo cuidador se o seu profissional de saúde determinar que isso é apropriado e se o paciente ou o cuidador forem treinados em técnicas de injeção	SC	Caneta Preenchida	Antiasmáticos	Não	Asma
Omalizumabe	XOLAIR	SIM – Pacientes sem relatos de anafilaxia podem autoadministrar Xolair® ou receber administração por um cuidador a partir da 4ª dose em diante, sob recomendação médica	SC	Seringa preenchida	Antialérgicos	Não	Asma, urticária
Risanquizumabe	SKYRIZI	SIM – O paciente e o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro decidirão se o paciente deve injetar SKYRIZI® (risanzumabe) por conta própria	SC	Seringa preenchida	Imunomodulador	Não	Reumatologia
Romozumabe	EVENTY	SIM – A administração deve ser feita por uma pessoa adequadamente treinada em técnicas de injeção. É importante que você ou o seu cuidador não administre a injeção SE não tiver recebido treinamento do médico ou profissional de saúde	SC	Seringa preenchida	Ação no sistema musculoesquelético	Não	Osteoporose
Secuquinumabe	COSENTYX	SIM – Após o treinamento adequado em técnica de injeção subcutânea, os pacientes ou cuidadores poderão realizar a autoaplicação da injeção de Cosentyx®, caso um médico determine que isso seja apropriado	SC	Caneta Preenchida	Imunomodulador	Não	Reumatologia
Tocilizumabe	ACTEMRA SC	SIM – A primeira injeção deve ser realizada sob a supervisão de profissional de saúde qualificado. Um paciente pode se autoinjetar Actemra® SC somente se o médico determinar que é apropriado e o paciente concordar com o acompanhamento médico conforme necessário e que tenha sido treinado na técnica de injeção de forma adequada	SC	Seringa preenchida	Antiinflamatórios / Antireumáticos	Não	Reumatologia
Ustequinumabe	STELARA	SIM – Stelara® pode ser aplicado pelo paciente ou seu cuidador, se o médico considerar apropriado, após treinamento adequado na técnica de administração subcutânea e descarte	SC	Seringa preenchida	Imunossupressor	Não	Reumatologia, GI
Buprenorfina	RESTIVA	Restiva® deve ser aplicado na pele não irritada e intacta, na parte externa superior do braço, na região superior do tórax, superior das costas ou no lado do tórax	Tópico	Adesivo	Analgésicos narcóticos	Sim	Oncologia (suporte – dor)



Alameda Santos, 1.827 - 10º andar
01419-909 - Cerqueira César - São Paulo, SP
Tel. 11 3265-4000
www.unimed.coop.br