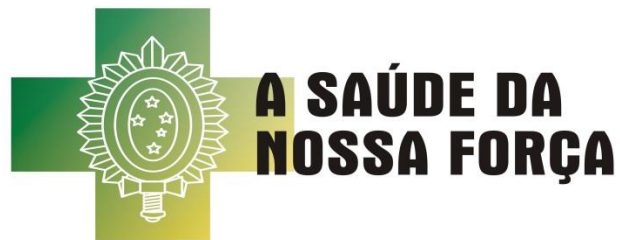




**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE**



**MANUAL DE AUDITORIA MÉDICA  
DO EXÉRCITO BRASILEIRO**

**FEVEREIRO-2017**

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO</b>	4
<b>CAP. 1 – AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	6
1. Introdução	6
2. Objetivos	7
<b>CAP. 2 – AUDITORIA E A ÉTICA MÉDICA</b>	8
1. Prontuário Médico	8
2. Ética em Auditoria	8
<b>CAP. 3 – SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA</b>	10
1. Introdução	10
2. Composição	10
3. Legislação e Documentação	11
<b>CAP. 4 – PROCESSOS DE AUDITORIA</b>	12
4.1. Acompanhamento do Sistema Ambulatorial	12
4.2. Acompanhamento do Sistema Hospitalar	13
4.2.1. Auditoria Prévia	14
4.2.2. Auditoria Concorrente	14
4.2.3. Auditoria Posteriori	15
<b>CAP. 5 – AUDITORIA PASSO A PASSO</b>	16
<b>5.1. Auditoria Prévia</b>	16
5.1.1. Auditoria para as Internações Eletivas	16
5.1.2. Auditoria para as Internações de Urgência/Emergência	16
<b>5.2. Auditoria Concorrente</b>	17
5.2.1. Atribuições do Médico Auditor Visitador	18

5.2.2. Auditoria do Prontuário Médico	18
5.2.3. Auditoria em Centro Cirúrgico	22
5.2.4 Auditoria em Unidade de Terapia Intensiva	23
5.2.5. Auditoria em Curativos	24
5.2.6. Auditoria em OPME	24
<b>5.3. Auditoria Posteriori</b>	24
5.3.1. Contas/Faturas Médicas	24
5.3.2. Auditoria Posteriori nos Atendimentos Ambulatoriais	25
5.3.3. Auditoria Posteriori nas Internações Hospitalares	26
<b>CAP. 6 – COMPOSIÇÃO DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES</b>	27
6.1. Diárias normais de Enfermaria, Quarto, Apartamento, Suíte, Berçário normal de RN	27
6.2. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal (UTI) / Unidade de Terapia Semi-Intensiva (UTSI)	28
6.3. Composição de Taxas de Salas e Equipamentos Hospitalares	29
<b>CAP. 7 – ROTINA PARA TROCA PERIÓDICA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS</b>	35
<b>ANEXOS</b>	
A- Lista de Produtos Médicos enquadrados como de Uso Único Proibidos de ser Reprocessados	39
B- Regras de Autorização para Exames/Procedimentos	42
C- Lista de Materiais Descartáveis Não Cobertos pelo Fusex	45
D- Regras de Autorização para Cirurgias (Protocolos)	47
D.1- Protocolo Cirúrgico- Ortopedia/ Joelho	47
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## **APRESENTAÇÃO**

O Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro tem por finalidade auxiliar as UG/FuSEx nas atividades de auditoria realizadas na rede credenciada e dentro das Organizações Militares de Saúde.

Esta publicação foi adaptada a partir do Manual de Auditoria de Contas Médicas do Hospital de Juiz de Fora/2005, sendo corroborado pelo Curso de Atualização, Auditoria em OPME e Alto Custo da Fundação UNIMED, Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Pareceres Médicos do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O documento complementa as ações descritas na Norma Técnica sobre Auditoria Médica no Exército Brasileiro/2017.

Este manual será atualizado a cada 06 meses inicialmente, no primeiro ano da sua divulgação, no intuito de adicionar os protocolos médicos cirúrgicos e clínicos aprovados pela Diretoria de Saúde. Posteriormente, a revisão do referido documento se dará a cada 02 (dois) anos.

*“Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, não há sucesso no que não se gerencia.”( William Edwards Deming)*

*“A persistência é o melhor caminho para o êxito”( Charles Chaplin)*

# CAPÍTULO 1

## AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

### 1. INTRODUÇÃO

A Auditoria é uma atividade profissional da área médica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos médicos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais. Consiste na conferência da conta ou procedimento, pelo auditor médico e/ou enfermeiro, analisando o documento no sentido de corrigir “falhas” ou perdas, objetivando a elevação dos padrões técnicos e administrativos, bem como a melhoria das condições hospitalares e um melhor atendimento à população. Sua existência, necessidades e objetivos são plenamente reconhecidos pela Legislação e pelos Códigos de Ética da área de saúde, além de conjugado pelas Normas Administrativas das Instituições de Saúde. Portanto, a Equipe de Auditoria deve estar atenta a seus limites, claramente definidos nos respectivos Códigos de Ética, tanto médico como de enfermagem, e embasada em Normas Técnicas próprias e Pareceres de Sociedades Científicas.

A auditoria em seus diversos níveis de atuação deve considerar a elevação dos padrões técnicos e a melhoria das condições hospitalares. O Auditor em qualquer área de atuação contribui para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário.

Nos planos e seguros de saúde o auditor atua como orientador (interpretando normas acordadas nos contratos), ordenador (conhecendo os direitos e deveres para autorização de procedimentos a serem realizados), fiscalizador (verificando a finalidade e a indicação dos procedimentos), controlador (evitando desperdício e mantendo a qualidade da assistência), como também respeitando os direitos do paciente.

O auditor não tem função de fiscal e sim de orientador, pacificador, agente de mudança, de efetividade, de economicidade e eficiência. Ele deve decidir sempre com respaldo técnico e científico, honestidade e responsabilidade. O ideal do profissional é ser constituído de: 25% de discrição, 25% de ética, 25% de equilíbrio profissional e 25% de conhecimento e totalizando **100% de bom senso.**

## **2. OBJETIVOS**

A Auditoria em Serviços de Saúde tem como objetivo básico, conhecendo os contratos estabelecidos entre as partes, a exigência do fiel cumprimento do que foi acordado, e assim:

- a) Fazer respeitar o estabelecido em contrato entre as partes envolvidas, ou seja: *Usuário X Prestadores de Serviço x legislação SAMMED-FUSEX-PASS.*
- b) Manter o equilíbrio do sistema, possibilitando, a todos, o direito à saúde.
- c) Garantir a qualidade dos serviços de saúde oferecidos e prestados.
- d) Fazer cumprir os preceitos legais ditados pela legislação pátria ou pela ética médica e de defesa do consumidor.
- e) Atuar desenvolvendo seu papel nas fases de: Auditoria Prévia, Auditoria Concorrente e Auditoria Posteriori.
- f) Revisar, avaliar e apresentar subsídios, visando o aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos, controles internos, normas, regulamentos e relações contratuais.
- g) Promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços médicos e hospitalares pelos credenciados.
- h) Avaliar o desempenho médico, com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, da qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção à saúde.
- i) Promover o processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento, a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis, e pelo justo valor do serviço prestado.
- j) Auxiliar no credenciamento/contratação de OCS/PSA

## **CAPÍTULO 2**

### **AUDITORIA E A ÉTICA MÉDICA**

#### **1. PRONTUÁRIO MÉDICO**

O Prontuário Médico é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde pública ou privada. Ele é um elemento valioso à instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino e a pesquisa, servindo também como instrumento de defesa legal.

O prontuário é um documento de manutenção permanente dos serviços de saúde, podendo, após 10 anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, ser substituído por outros métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

#### **2. ÉTICA EM AUDITORIA**

A auditoria é amplamente utilizada em órgãos públicos e privados e em si não é antiética. O exame do paciente, desde que este o permita, pode ser feito com o objetivo de verificação dos serviços a serem prestados ou já prestados.

O cuidado ético a ser tomado, tanto por médicos prestadores de serviços quanto pelos auditores, é de não transformar o paciente em objeto de interesse ou vítima de divergências entre médicos e operadoras de planos de saúde. Tanto o prestador de serviços quanto o auditor devem buscar sempre o benefício do paciente, alvo de toda a atenção médica. Sempre haverá como resolver conflitos médicos ou financeiros a posteriori, sem a presença do paciente. A solicitação, por parte do perito, do envio de exames subsidiário ou de relatórios médicos pode dirimir a maior parte das dúvidas existentes.

Quanto à auditoria médica, o auditor deve ter o cuidado de preservar o prontuário médico de suas observações. Anotações poderão ser feitas na folha de faturamento ou nos impressos da contratante de serviços, mas nunca no prontuário médico.

O auditor deve pressupor que todos os prestadores são honestos, e não que todos são fraudulentos em potencial. Os prestadores de serviços devem respeitar o papel do médico auditor e entender a auditoria médica como um mecanismo natural de controle para o bom



funcionamento do sistema. Isto entendido, o cumprimento do código de ética médica fica facilitado. A ética é a base de que toda relação humana necessita para ocorrer de modo saudável e isenta ou protegida de percalços.

A atribuição do auditor deve restringir-se à análise dos prontuários médicos, entrevistas e exame do paciente quando necessário e elaboração de relatório de auditoria. O Diretor Clínico do hospital deve ser notificado da presença do médico auditor e de sua identificação, que por sua vez comunicará aos colegas do corpo clínico da instituição. O horário ideal para a atividade da auditoria é o comercial, não sendo de boa prática técnica e ética auditar à noite ou de madrugada.

O manuseio do prontuário e o exame do paciente por parte do auditor não infringem a ética. O único impedimento ao exame do paciente é quando este não o desejar. Assim, o médico auditor deve restringir o exame aos casos absolutamente necessários, em casos que a análise do prontuário e a simples entrevista não esclareça o auditor, e deve ser o mais breve possível. Neste caso, o médico auditor deve apresentar-se ao paciente, explicar-lhe a sua função e pedir-lhe licença, caso julgue o exame direto necessário.

Nenhum auditor poderá, sob qualquer pretexto, prescrever, evoluir, solicitar exames ou dar alta a paciente assistida por outro profissional. O prontuário médico é franqueado para a inspeção do médico auditor, mas não poderá ser adulterado em hipótese alguma.

O Médico Auditor visitador deverá evitar realizar auditoria médica de paciente seu (ou de parentes), ou em hospital/clínica com os quais mantenha vínculo empregatício ou participação societária, conforme o que dispõe o Art. 120 do CFM.

O Médico Auditor que julgar que a conduta tomada pelo médico assistente coloca em risco a vida do paciente, deve comunicar, imediatamente, ao Diretor Clínico do hospital. Portanto, o *“Auditor não prescreve, não evolui, não pede exames e não da alta”*, conforme o disposto no Art 81 do CFM.

Quanto à questão da alta hospitalar, o auditor não poderá efetiva-la, mas poderá solicitar ao colega assistente que avalie a possibilidade de uma alta. Caberá a ele, médico assistente, que é o responsável pelo paciente, avaliar o pedido do auditor, concordando ou não.

Todo e qualquer questionamento do auditor deverá ser feito em relatório e jamais no prontuário. Uma cópia do relatório deverá ser fornecida ao médico assistente ou, na ausência deste, ao Diretor Clínico do hospital. Em seu relatório, o auditor poderá questionar e solicitar informações sobre o motivo da internação, da realização de um exame, da necessidade de prorrogação da internação ou de qualquer outra conduta.

Em cumprimento ao artigo 121 do Código de Ética Médica, o auditor não deverá tecer nenhum comentário com o examinado ou seus acompanhantes, ainda que seja arguido por

estes. Se isto ocorrer, deverá o auditor polidamente esclarecer que somente o médico assistente poderá dar-lhes informações.

## **CAPÍTULO 3**

### **SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA**

#### **1. INTRODUÇÃO**

A Auditoria em Serviços de Saúde constitui-se, atualmente, em atividade de grande importância para as Instituições de Saúde, tanto no controle interno de suas atividades, quanto dos serviços contratados de terceiros.

Diante das adversidades conjunturais de ordem econômico-financeira pelas quais o País vem passando nesses últimos anos, com reflexo negativo para o setor de saúde, avultam de importância as ações de controle de custos hospitalares.

O Serviço de Auditoria Médica deverá ser implantado com a finalidade de :

- a) reduzir custos hospitalares com OCS/PSA;
- b) otimizar os recursos financeiros (uso adequado dos recursos);
- c) melhorar os processos operacionais do Hospital (faturamento correto da conta) ;
- d) aumentar no nível de satisfação dos usuários (atendimento das necessidades do paciente); e
- e) coibir distorções das contas médicas provenientes desses órgãos contratados/credenciados, tanto na auditoria prévia quanto na análise das contas.

#### **2. COMPOSIÇÃO**

A composição do Serviço de Auditoria Médica deverá ser conforme o preconizado pela Norma Técnica sobre Auditoria Médica no Exército Brasileiro /2017

### **3. LEGISLAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO**

Antigamente as ferramentas de trabalho colocadas à disposição que atendiam as necessidades do auditor eram apenas o Código Internacional de Doenças, as Tabelas de Procedimentos Médicos e as listas de preços de materiais e medicamentos. Hoje, com o surgimento da lei dos planos de saúde e o código de defesa do consumidor, os dispositivos colocados para o auditor como fonte de consulta e elementos de trabalho, assumiram pelo mercado e suas exigências, características próprias, o que obrigou de modo indispensável o conhecimento do contrato de prestação de serviço oferecido e acordado entre as partes.

Dentre os documentos a serem utilizados pelo auditor em suas atividades diárias, destacam-se os seguintes:

- a) Norma Técnica sobre Auditoria Médica no Exército Brasileiro;
- b) IR 30-38;
- c) Contrato/credenciamento com a OCS/PSA;
- d) Tabela de honorários Médicos;
- e) Catálogo Brasíndice e/ou Simpro;
- f) Tabela de materiais descartáveis e/ ou OPME;
- g) Tabelas de taxas e diárias;
- h) Banco de preços;
- i) Pareceres Técnicos do CFM, ANS ou das Sociedades Médicas;
- j) CID (Código Internacional de Doenças) - última Revisão;
- k) Boletins, fichas de atendimentos médicos e laudos médicos;

l) Conta/fatura hospitalar; e

m) Prontuário médico.

As ferramentas listadas são indispensáveis para que o auditor desenvolva suas atividades em toda sua plenitude, respeitando o preceituado no código de ética e do processo penal fundamentado nos seus conhecimentos e formação profissional dentro da coerência e bom senso que deve nortear a função do auditor.

## **CAPÍTULO 4**

### **PROCESSOS DE AUDITORIA**

#### **4.1. ACOMPANHAMENTO DO SISTEMA AMBULATORIAL**

Em relação à assistência ambulatorial, os meios de controle são predominantemente analíticos. Entretanto, mesmo baseada em análise de registros, documentos e relatórios, a auditoria pode delinear o perfil assistencial e identificar situações incomuns que necessitem de observação direta, desde a visita ao serviço auditado até entrevistas com pacientes.

A equipe de auditores responsáveis pelo controle ambulatorial deve conhecer o funcionamento dos serviços auditados, sendo as visitas preliminares imprescindíveis para um seguimento analítico.

Para o bom desempenho da auditoria do serviço contratado/credenciado são importantes as seguintes informações:

- a) número de usuários;
- b) universo de PSA credenciados/especialidades;
- c) número de consultas encaminhadas/especialidades;

- d) número de retornos;
- e) exames gerados/consultas/profissional, e;
- f) índice de normalidades dos exames

O auditor responsável pelo acompanhamento do sistema ambulatorial deve elaborar seus relatórios considerando o seguinte:

- a) tipos de exames gerados enfocando cada profissional, especialidade e serviço;
- b) tipos de terapias geradas, no mesmo enfoque dos exames;
- c) compatibilidade dos itens acima com o quadro e morbidade;
- d) amostragem de usuários com um número de consultas maior que o esperado para a faixa etária, sexo e situação clínica, e;
- e) compatibilidade entre a produção apresentada e o potencial de atendimento dos profissionais e dos serviços.

#### **4.2 ACOMPANHAMENTO DO SISTEMA HOSPITALAR**

A Assistência Hospitalar exige uma auditoria em três níveis ou componentes:

- a) *prévia ou prospectiva* – relacionada com a admissão.
- b) *concorrente ou concomitante* – relacionada com o desenvolvimento da hospitalização.
- c) *posteriori ou retrospectiva* – relacionada com as informações obtidas após a alta do paciente.

### **4.2.1. AUDITORIA PRÉVIA**

Todo o processo de admissão do paciente no hospital deve ser monitorado pela auditoria, desde a solicitação do médico assistente até a conclusão do rito da internação. Cabe ao auditor responsável pela auditoria prévia, a análise das solicitações e as autorizações, desencadeando o processo de emissão das guias ou documentos comprovantes de autorizações.

A análise das solicitações deve levar em conta a necessidade e a realização das internações em locais adequados e por períodos compatíveis.

Apoiado pelo setor administrativo, o auditor deve acompanhar todo o processo de hospitalização, garantindo que informações técnicas e administrativas estejam claramente colocadas, como coberturas, situações clínicas ou cirúrgicas, etc.

A falta de informações pode aumentar o tempo de hospitalização, assim como aguardar autorização para a realização de algum procedimento pode aumentar o número de diárias, com todos os custos que isto implica.

As internações eletivas devem ocorrer sempre com o documento de autorização. Aquelas oriundas de situações de urgência, entretanto, deverão ser regularizadas no máximo até o segundo dia útil subsequente à internação, conforme legislação vigente.

### **4.2.2. AUDITORIA CONCORRENTE**

Denominada em alguns locais como “visita hospitalar”, tem sido praticada cada vez mais, como forma de analisar previamente as contas médicas. A auditoria concorrente é, na realidade, um acompanhamento contínuo das hospitalizações, enfocando os custos e a qualidade dos serviços prestados.

O auditor faz, inicialmente, a reavaliação da necessidade da internação, agora com observação direta e entrevista do paciente. A seguir, acompanha a realização de procedimentos, terapias e diagnósticos, inclusive os cuidados recebidos pelos pacientes. Observa os prontuários com as prescrições, evoluções médicas e anotações de enfermagem. Acompanha a necessidade de prorrogações ou de alta, discutindo, inclusive, o caso com o médico assistente.

O auditor, atuando dentro do hospital, vai intervir efetivamente nos custos das internações, promovendo correções e ajustes (diárias pagas desnecessariamente em decorrência de suspensão de cirurgias, demora na realização da cirurgia eletiva, ausência do

médico assistente para evoluir o paciente, prescrever ou dar a alta, realização de exames pré-operatórios e outros procedimentos que poderiam ser realizados no ambulatório, etc.).

Este auditor analisa também as intercorrências solicitadas, autorizando de acordo com sua real necessidade e compatibilidade com o quadro clínico do paciente. O auditor deve estar em contato frequente com o médico assistente.

A visita hospitalar é fator de controle de parâmetros éticos e técnicos do tratamento, possibilitando ao auditor autorizar os procedimentos ou exames no próprio local, evitando o deslocamento desnecessário de familiares do paciente até a OM/OMS para a obtenção de autorização ou a retenção de caução prévia no recurso hospitalar. Além do que, este serviço coloca a UG/FUSEx mais próxima do seu usuário, dando-lhe mais segurança e qualidade no serviço prestado pela OCS/PSA.

As auditorias concorrentes permitem que a autorização seja fornecida de forma completa, com todas as informações possíveis, pois a falta de clareza retarda as decisões e prolonga a internação, aumentando os custos e penalizando o beneficiário.

Este tipo de auditoria é de fundamental importância no sentido de **evitar glosas**, pois é interessante que um auditor mostre seu trabalho através da redução de custos e melhoria na qualidade do atendimento.

### **4.2.3. AUDITORIA POSTERIORI**

A Auditoria Posteriori realiza a análise de documentos, de relatórios encaminhados, da auditoria concorrente, de autorizações prévias, da conta médica propriamente dita, com análise do auditor médico e de enfermagem, emitindo um relatório de conformidade ou não conformidade, assinado e carimbado conforme o caso, detalhando itens e distorções detectadas.

Após todo o processo, o auditor tem condições de avaliar o desempenho real de cada prestador ou credenciado, para correção das distorções e melhoria na qualidade do serviço prestado.

## **CAPÍTULO 5**

### **AUDITORIA PASSO A PASSO**

#### **5.1 AUDITORIA PRÉVIA**

##### **5.1.1. AUDITORIA PARA INTERNAÇÕES ELETIVAS**

Para a autorização de internações/procedimentos eletivos, o médico auditor deverá avaliar a necessidade técnica da internação e/ou dos procedimentos solicitados, conforme descrito a seguir:

- a) observar a documentação obrigatória (pedido médico, códigos do procedimento, relatório médico, solicitação de OPME se for o caso, cotações das OPME, laudos dos exames de imagem);
- b) solicitar dados complementares pertinentes ao procedimento, caso o auditor considere as informações incompletas ou insuficientes;
- c) Autorizar o procedimento/internação caso considere a solicitação pertinente, providenciando a emissão da Guia de Encaminhamento (GE), que deverá ser assinada e carimbada;
- d) verificar associação de duas ou mais cirurgias no mesmo ato, ou cirurgias bilaterais;
- e) verificar cirurgias/procedimentos que possam ser caracterizados como estéticos;
- f) analisar orçamentos prévios de OPME remetidos pelas OCS e solicita negociação, se for o caso;
- g) autorizar previamente, após levantamento dos custos, as OPME a serem utilizados nos procedimentos;
- h) verificar se o procedimento solicitado necessita de parecer da Comissão de Ética Médica da OMS.

##### **5.1.2. AUDITORIA PARA INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Nos casos de atendimento de urgência/emergência na OMS, o médico plantonista avaliará:

- a) a necessidade de internação,
- b) o encaminhamento para avaliação de especialista,
- c) a necessidade de transferência para a OCS,



Nos casos de atendimento de urgência/emergência na OCS:

- a. O usuário comunicará o fato imediatamente, nas primeiras 48 horas subsequentes, ao chefe do Fusex da sua Guarnição, conforme legislação vigente;
- b. A OCS deve enviar imediatamente o Pedido de Internação Hospitalar devidamente preenchido pelo médico requisitante, no máximo até o segundo dia útil subsequente à internação, justificando e caracterizando a urgência/emergência;
- c. O chefe da Auditoria Médica designará o auditor médico visitador para constatar o fato, ou não, e conforme o caso, emitir a GE;
- d. Na visita hospitalar, caso o médico auditor julgue desnecessária a internação, o mesmo deverá solicitar justificativa para a internação e a possibilidade de tratamento ambulatorial.
- e. Caso haja necessidade de Diárias de UTI, Mudança de Procedimento, Materiais ou medicamentos de alto custo, acompanhamento clínico em pós-operatórios ou 2.º clínico, prorrogação de internação ou outros serviços especiais, o médico assistente (cirurgião ou clínico principal) deve preencher um Laudo Médico em um prazo de 24 (vinte e quatro) horas, após verificada a necessidade dos serviços;
- f. Após a admissão do paciente a auditoria concorrente deve acompanhar todo o processo envolvido na hospitalização: os serviços hospitalares (hotelaria, cuidados de enfermagem, etc.), a utilização de materiais e medicamentos, necessidade de recursos especiais e equipamentos e avaliar com presteza todos os procedimentos que exigem autorização.

## **5.2 AUDITORIA CONCORRENTE**

Como falamos anteriormente, a Auditoria concorrente tem sido praticada cada vez mais, como forma de analisar previamente as contas médicas. É na realidade, um acompanhamento contínuo das hospitalizações, enfocando os custos e a qualidade dos serviços prestados.

### **5.2.1. ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR VISITADOR**

- a. Visitar hospitais e clínicas diariamente - A visita hospitalar é a grande ferramenta da Auditoria. É a oportunidade que o Auditor tem de tomar conhecimento dos fatos no momento em que estão acontecendo. O acompanhamento da internação em tempo real evita o recebimento de “contas-surpresas” e de conflitos de qualquer natureza;
- b. Apresentar-se ao Serviço de Auditoria Interna do contratado/credenciado, solicitar a documentação dos pacientes internados, pedidos de Internação e dar início ao preenchimento do Relatório de Visita Hospitalar conforme descrito na NT;
- c. Avaliar a indicação da internação e dos procedimentos solicitados;
- d. Verificar com o paciente o motivo da internação, em que situação a mesma se deu (urgência ou eletiva), queixas e grau de satisfação com o atendimento e serviços em geral e as condições das acomodações, etc;
- e. Verificar internações anteriores, médico(s) assistente(s), taxas utilizadas na sala de cirurgia, uso de materiais e medicamentos;
- f. Verificar prontuários médicos, observando diagnóstico, S.A.D.T, procedimentos realizados, evolução diária e relatório de enfermagem;
- g. Verificar se as requisições de exames complementares contem, de forma legível, nome, hora e data, indicação, assinatura e carimbo de quem os solicitou,
- h. Avaliar a prorrogação de internação. Caso considerada desnecessária, solicitar ao médico assistente que justifique a necessidade de prorrogação e/ou reavalie as condições para possível alta hospitalar do seu paciente.
- i. Comunicar ao Diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada no funcionamento do hospital devendo evitar discussões infrutíferas e conflitos desnecessários, conforme dispõe o Art. 79 do CFM – *É vedado ao médico: “Acobertar erro ou conduta antiética de médico”*.
- h. Manter contato cordial e rotineiro com o médico assistente.
- i. Agir educadamente, porém sem ser complacente.
- j. Não temer glosa, porém deverá fazê-la sempre com respaldo técnico.

### **5.2.2. AUDITORIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO**

O Prontuário Médico deve ser avaliado concomitantemente ao desenvolvimento da internação, observando os itens a seguir:

- a) As prescrições (horário de visitas e avaliações, identificações dos profissionais, compatibilidade com terapia proposta, etc.);
- b) As evoluções médicas e dos demais profissionais (completas, legíveis, diárias);
- c) As anotações de enfermagem (cuidados de higiene, sinais vitais, sondagens, aspirações, administração de medicamentos, NPP, etc.);
- d) Os materiais e equipamentos utilizados devem ser anotados, por ex.: bomba de infusão (prescrição, motivo da utilização, quantidade e período);
- e) As transferências e óbitos devem ser registrados;
- f) A cada visita hospitalar, deve ser elaborado relatório de visita hospitalar, conforme a NT.

A seguir foram elencados alguns períodos médios de internação para **casos clínicos e cirúrgicos não complicados**, como mera informação, por entendermos que o controle e avaliação desses períodos devem ser realizados, fundamentalmente, pela Auditoria Médica, através da visita hospitalar diária.

### CASOS CLÍNICOS

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TEMPO MÉDIO/INTERNAÇÃO</b>
A. V. C. ISQUÊMICO	4 a 6 dias
ABORTAMENTO	1 dia
BRONCOPNEUMONIA	4 a 5 dias
CRISE HIPERTENSIVA	2 a 3 dias
DIABETES DESCOMPENSADO	4 a 5 dias
DIARRÉIA INFANTIL/DESIDATRAÇÃO	2 a 3 dias
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	2 a 3 dias
ECLÂMPSIA	2 a 3 dias
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	2 a 3 dias
ESTADO DE MAL ASMÁTICO	2 a 3 dias

FLEBITE E TROMBOFLEBITE	2 a 3 dias
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS	2 a 3 dias
HIPEREMÊSE GRAVÍDICA	1 a 2 dias
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDICO	4 a 6 dias
INSUFIC. CORONARIANA/SÍNDROME INTERMEDIARIA	3 a 4 dias
INSUFIC. CARDÍACA CONGESTIVA	4 a 5 dias
LABIRINTOPATIAS AGUDAS	1 a 2 dias
LÍTIASE RENAL	1 a 2 dias
MENBRANA HIALINA	5 a 6 dias
PANCREATITE	4 a 6 dias
PIELONEFRITE	3 a 4 dias
PREMATURIDADE	6 a 8 dias
QUIMIOTERAPIA	1 dia
SEPTICEMIA	5 a 7 dias
TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NÃO CIRÚRGICO	2 a 3 dias

### CASOS CIRÚRGICOS NÃO COMPLICADOS

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TEMPO MÉDIO/INTERNAÇÃO</b>
ADENOAMIGDALECTOMIA	1 dia
APENDICECTOMIA	2 a 3 dias
ARTROPLASTIA DE QUADRIL	5 a 7 dias
CATARATA	1 dia
CESÁRIA	2 dias

COLECISTECTOMIA	2 a 3 dias
COLEDOCOPLASTIA	4 a 6 dias
COLPOPERINEOPLASTIA	2 dias
CURETAGEM UTERINA	1 dia
DESVIO DE SEPTO	1 dia
ENXERTO ÓSSEO	4 a 5 dias
ENXERTO TENDINOSO	2 a 3 dias
FRATURA DE BACIA	4 a 5 dias
GASTRECTOMIA	3 a 5 dias
HEMORROIDECTOMIA	2 dias
HERNIORRAFIA	1 dia
HISTERECTOMIA	2 a 3 dias
LAMINECTOMIA	4 a 6 dias

LESÃO LIGAMENTAR CIRÚRGICA	2 a 3 dias
MASTECTOMIA AMPLIADA	3 a 4 dias
MENISCECTOMIA	1 a 2 dias
MIOMECTOMIA	2 a 3 dias
NEFRECTOMIA	3 a 5 dias
OOFORECTOMIA	2 a 3 dias
PARTO A FÓRCEPS	2 a 3 dias
PARTO NORMAL	1 dia
PATELECTOMIA	1 a 2 dias
POSTECTOMIA	1 dia
PROSTATECTOMIA	3 a 5 dias
SAFENECTOMIA	1 a 2 dias
SINUSECTOMIA	1 dia
TIREOIDECTOMIA	2 a 3 dias
VARICOCELECTOMIA	1 dia

### **5.2.3. AUDITORIA EM CENTRO CIRÚRGICO**

Necessidade de monitorização contínua e permanente pelo elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados diariamente.

A equipe de auditoria deverá atentar para os seguintes itens:

1. Procedimento autorizado
2. Procedimento excludente
3. Materiais autorizados
4. Descrição cirúrgica
5. Descrição da folha de sala

6. Descrição do boletim anestésico
7. Sala Recuperação Pós – Anestésica
8. Equipe cirúrgica (assinatura e carimbo)
9. Descrição, embalagens e etiquetas das OPME
10. Confrontar lançamentos na folha de sala x descrição cirúrgica x boletim anestésico
11. Gases medicinais
12. Taxas

#### **5.2.4. AUDITORIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Corresponde a um setor de grande impacto nas despesas hospitalares, sendo necessário, portando controle contínuo.

A equipe de auditoria deverá atentar para os seguintes itens:

1. Indicação da internação;
2. Permanência do setor;
3. Procedimentos invasivos: acesso venoso central, pressão arterial invasiva (PAI), balão intra-órtico (BIA), pressão intracraniana (PIC,DVE):
  - a. Indicação;
  - b. Critérios de troca;
  - c. Prescrição médica;
  - d. Evolução médica;
  - e. Embalagens;
  - f. Nota fiscal, se for caso (conforme contrato);
  - g. Autorização do procedimento;
  - h. Troca de linhas de infusão;
  - i. Bomba de infusão contínua;
  - j. Medicamentos especiais;
  - k. Antibioticoterapia (ATB);
  - l. Aminoácidos;
  - m. Albumina;
  - n. Hemoterapia;
  - o. Nutrição parenteral e enteral;
  - p. Estabilidade de ATB;
  - q. Ventilação mecânica;

- r. Protocolo de exames-exame de rotina, e;
- s. Taxas e registros (médico, enfermagem, fisioterapia).

### **5.2.5. AUDITORIA EM CURATIVOS**

Os 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.

### **5.2.6 AUDITORIA EM OPME**

A equipe de auditoria deverá atentar para as evidências de uso das OPME (dispositivos implantáveis), tais como:

- a) RX, filmes de radioscopias ou hemodinâmica pós-implante;
- b) folha de sala cirúrgica com descrição dos itens utilizados detalhadamente;
- c) relatórios disponíveis no prontuário referente ao implante dos dispositivos;
- d) nota fiscal (verificação de valores, quantidade, fornecedor, data);
- e) material ou implante utilizado sem detalhamento correto; e
- f) verificar se a quantidade cobrada é diferente da quantidade autorizada (verificar descrição, embalagem e imagem RX peri ou pós operatório e ou intensificador de imagem)

## **5.3 AUDITORIA POSTERIORI**

### **5.3.1 CONTAS/FATURAS MÉDICAS**

A conta deve inicialmente ser analisada sob o ponto de vista do contrato e legislação vigente, conforme descrito a seguir:

- a) Normas contratuais (tipo de serviço contratado).
- b) Comprovantes de autorizações prévias, conforme tipo de procedimento. c) Comprovantes da realização ou utilização.
- c) Qualidade da documentação (datas, campos preenchidos, assinaturas e tipos de impressos).
- d) Cumprimento de cronogramas.



Após análise administrativa, a conta será avaliada sob a ótica médica e/ ou de enfermagem. Na auditoria devem ser agregadas as informações obtidas durante o processo de atendimento:

- a) Documento comprovante de autorização prévia com o parecer do auditor.
- b) Relatório da auditoria concorrente com os dados relativos aos atos realizados durante a internação.
- c) Boletins de atendimento ambulatorial.
- d) Laudos de exames.
- e) Pareceres de avaliações médicas.
- f) Outros que julgar necessário.

Com a documentação comprobatória é possível à análise da conta e uma definição de sua compatibilidade com os procedimentos realizados. Porém, em relação às contas hospitalares, é imprescindível a verificação de prontuários, mesmo que se disponha do acompanhamento da auditoria concorrente.

A conta hospitalar, os honorários médicos, os materiais especiais e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapias devem ser analisadas em conjunto, de maneira completa.

### **5.3.2. AUDITORIA POSTERIORI NOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS**

A auditoria de atendimentos ambulatoriais é predominantemente posteriori. Com exceção dos procedimentos que exigem avaliação prévia, a quase totalidade dos recursos utilizados é avaliada retrospectivamente.

A visão do conjunto pode apontar a necessidade de desenvolver ações de controle e estudos mais detalhados.

A revisão das contas ambulatoriais é feita compatibilizando as faturas com os boletins ou fichas de atendimentos, observando os seguintes aspectos:

- a) Os documentos deverão ser preenchidos com registros legíveis;
- b) Verificar a comprovação dos itens cobrados;
- c) Da mesma forma, não devem ser pagas as consultas de urgência repetitivas, subsequentes a um primeiro atendimento, geralmente pelo mesmo profissional e pelo mesmo motivo;
- d) Nos casos de atendimento de urgência gerar um procedimento, deve ser pago o ato de maior valor;

- e) Exames desnecessários e a repetição de exame por deficiência técnica do prestador não deve ser paga;
- f) Os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais incluem os cuidados pré e pós-operatórios. Não deve ser paga consulta para revisão, conforme tabela acordada;
- g) Verificar a autorização dos procedimentos realizados;
- h) Se as medidas terapêuticas forem incoerentes com o diagnóstico, após análise e justificativa adequada, o atendimento poderá não ser pago.

### **5.3.3. AUDITORIA POSTERIORI NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

A equipe de auditoria deverá:

- a) Verificar se o procedimento e a permanência estão autorizados.
- b) Caso internação de urgência/emergência, verificar se os dados confirmam a necessidade da internação (diagnóstico e gravidade) e o tempo de permanência.
- c) Observar se houve mudança de procedimento.
- d) Observar se houve prorrogação da permanência.
- e) Verificar a quantidade e o valor de S.A.D.T.
- f) Verificar os procedimentos médicos: únicos, múltiplos, sobrepostos.
- g) Verificar a quantidade e o valor dos materiais e dos medicamentos cobrados.
- h) Verificar evidência de uso de órteses, próteses e materiais especiais.
- i) Verificar o uso de equipamentos especiais, inclusive os incluídos na diária.
- j) Verificar o uso de medicamentos especiais, indicação técnica e preços: antifúngicos, tromboembólicos, NPP, albumina, antibióticos, etc.
- k) Atenção para pós-operatórios não complicados (recuperação) e admissão de final de semana.
- l) Autorizações, acomodação, número de diárias autorizadas, etc.
- m) Preenchimento adequado e completo dos dados do prontuário: Evolução, prescrição, relatório de enfermagem, descrição cirúrgica, ficha de anestesia, etc.
- n) Prescrição médica x relatório de enfermagem.
- o) Prescrição médica x medicação cobrada.
- p) Evolução x número de visitas cobradas.
- q) Descrição cirúrgica x ficha de anestesia.
- r) Procedimento médico realizado x material cobrado.
- s) Ficha de anestesia x anestésicos, monitorização e oxigênio cobrados.

- t) Compatibilidade do diagnóstico com a necessidade de hospitalização, tempo de permanência e exames complementares (sem justificativa, fazer glosa parcial ou total).
- u) Confirmação do diagnóstico (evolução, exames, biópsia, etc.).
- v) Compatibilidade dos materiais e medicamentos utilizados com a patologia.
- w) Compatibilidade do diagnóstico com os procedimentos médicos realizados.
- x) Confrontar com dados da análise de procedimento e visita hospitalar.
- y) Materiais de alto custo: somente pagar mediante comprovação da autorização prévia e nota fiscal do fornecedor (atenção para os materiais acima do valor de mercado).

## **CAPÍTULO 6**

### **COMPOSIÇÃO DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES**

#### **6.1. Diárias normais de enfermaria, quarto, apartamento, suíte, berçário normal de RN**

Somente serão pagas diárias autorizadas/prorrogadas, assim como a acomodação, de acordo com contrato vigente.

No caso de transferências de pacientes para UTI, UTI NEO ou similar, apenas as diárias destas acomodações especiais serão pagas. Caso os familiares permaneçam ocupando outras instalações (apartamento, suíte), serão de responsabilidade dos mesmos o pagamento dessas instalações.

- a) Diárias de Enfermaria ou Apartamento, incluem:
  - ◆ Leito próprio (cama ou berço).
  - ◆ Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante, quando em apartamento.
  - ◆ Cuidados e materiais de uso da higiene e desinfecção ambiental.
  - ◆ Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais).
  - ◆ Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas

b) Cuidados de enfermagem:

- ◆ Administração de medicamentos por todas as vias.
- ◆ Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos. ◆ Controle de sinais vitais.
- ◆ Controle de diurese.
- ◆ Curativos.
- ◆ Sondagens.
- ◆ Aspirações, inalações.
- ◆ Mudanças de decúbito.
- ◆ Locomoção interna de paciente.
- ◆ Preparo de pacientes para procedimentos médicos (enteroclismas, lavagem gástrica, tricotomia, entubação, sondagens, etc.).
- ◆ Cuidados e higiene pessoal do paciente.
- ◆ Preparo de corpo em caso de óbito.
- ◆ Orientação nutricional no momento da alta.
- ◆ Transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultra-sonógrafo, etc.).
- ◆ Taxas Administrativas e Serviços (taxa de internação, etc).
- ◆ EPI (equipamentos de proteção individual)

**6.2. Diárias especiais de Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal (UTI) / Unidade de Terapia Semi-Intensiva (UTSI)**

a) Todos os itens que compõem as diárias normais acrescido de equipamentos: ◆  
Monitor cardíaco

- ◆ Oxímetro de pulso
- ◆ Desfibrilador / Cardioversor
- ◆ Nebulizador
- ◆ Aspirador a vácuo
- ◆ Bomba de infusão
- ◆ Respirador (Conforme acordo em contrato)
- ◆ Incubadora / Berço aquecido (UTI Neonatal)
- ◆ Fototerapia (UTI Neonatal)

b) Não está incluído na composição das diárias:

- ◆ Materiais e medicamentos
- ◆ Sangue e derivados
- ◆ Curativos (materiais utilizados)
- ◆ S.A.D.T.
- ◆ Oxigenioterapia.
- ◆ Intercorrências cirúrgicas.
- ◆ Honorários Médicos, exceto plantonista.
- ◆ Dietas enterais e parenterais
- ◆ Alimentação de acompanhante.

### **6.3. Composição de Taxas de Salas e Equipamentos Hospitalares**

#### **6.3.1.TAXA DE SALA DE CIRURGIA**

a) As Taxas de Sala de Cirurgia serão pagas conforme Porte Anestésico da Tabela acordada em contrato.

b) As cirurgias ambulatoriais serão pagas com Taxa de Sala Ambulatorial ou Porte 0 (zero);

c) Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias, apenas a taxa de sala da cirurgia de maior porte será paga.

d) Não serão pagos carros de anestesia, respirador, capnógrafo, PNI, aspirador, oxímetro, monitor cardíaco, cardioversor, bisturi elétrico e bomba de infusão utilizada na sala de cirurgia.

#### **6.3.2.COMPOSIÇÃO DAS TAXAS DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO**

- ◆ Local
- ◆ Mesa operatória
- ◆ Rouparia e campos descartáveis
- ◆ Serviços de enfermagem do procedimento
- ◆ Assepsia e antissepsia (equipe e paciente)

- ◆ Iluminação (focos)
- ◆ Controle dos sinais vitais
- ◆ Instrumental / equipamentos de anestesia
- ◆ Instrumentador
- ◆ Respirador (conforme contrato)
- ◆ Monitor cardíaco/ bomba de infusão
- ◆ Bisturi elétrico
- ◆ Aspirador elétrico ou a vácuo
- ◆ Oxímetro de pulso
- ◆ Cardioversor
- ◆ Instrumental cirúrgico
- ◆ Hamper
- ◆ Taxa de instalação de oxigênio
- ◆ Locomoção do paciente.

### **6.3.3.SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

- ◆ Local
- ◆ Leito
- ◆ Rouparia
- ◆ Monitorização dos sinais vitais ◆ Monitor
- ◆ Oxímetro
- ◆ Desfibrilador

### **6.3.4.TAXA DE SALA DE GESSO**

- ◆ Instalação da sala.
- ◆ Equipamento / instrumental para colocação e/ou retirada de gesso. ◆ Serviços de enfermagem do procedimento.

a) A Taxa de Sala de Gesso somente será paga quando houver a colocação de aparelhos gessados.

b) Não será paga taxa para a retirada de aparelho gessado, caso o gesso fora colocado no mesmo serviço.

### **6.3.5.TAXA DE OBSERVAÇÃO / REPOUSO ATÉ 06 HORAS**

- ◆ Instalações da sala.
- ◆ Serviços de enfermagem.
- ◆ Os honorários médicos corresponderão ao de consulta hospitalar.

a) Permanência do paciente até 06 (seis) horas no leito de observação. A equipe terá que definir a conduta médica: internação ou alta médica.

b) É necessário abertura de prontuário médico, relatório médico justificando sua necessidade, relatório de enfermagem e medicação prescrita que caracterize a emergência. Obrigatório haver constantes reavaliações médicas, devidamente documentadas, bem como conter o horário de início e término da utilização da sala.

### **6.3.6. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA**

a) Utilizada na cobrança de procedimentos de Hemodinâmica (Diagnóstica ou Terapêutica), bem como na colocação de Balão Intra-Aórtico.

b) Não deverá ser paga quando for utilizada a remuneração sob a forma “Pacote”.

### **6.3.7.TAXA DE BISTURI ELÉTRICO**

a) Não remunerar na taxa de sala de cirurgia ou centro obstétrico;

### **6.3.8.TAXA DE FOTOTERAPIA POR DIA**

a) Não remunerar a taxa na UTI neonatal, é indevida a sua cobrança.

b) Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.

### **6.3.9.TAXA DE INCUBADORA POR DIA**

a) Não remunerar a taxa na UTI, é indevida a sua cobrança.

b) Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.

### **6.3.10.TAXA DE MONITOR NA SALA DE CIRURGIA**

- a) Não remunerar na taxa de sala de cirurgia ou centro obstétrico.
- b) Deverá constar na Ficha de Anestesia e Relatório da Sala de Enfermagem a sua utilização.
- c) Sua utilização em procedimentos ambulatoriais deverá ser registrada no prontuário.

### **6.3.11.TAXA DE RESPIRADOR PRESSÃO OU VOLUME**

Estas taxas não deverão ser pagas quando utilizados em UTI ou Centro Cirúrgico (compõe as Taxas de Sala de Cirurgia e Sala de Recuperação Pós-Anestésica), ou conforme acordado em contrato.

### **6.3.12.ÓXIDO NITROSO (Por Hora Indivisível)**

- a) Toda utilização deverá obrigatoriamente constar na ficha de anestesia.
- b) Atentar para não confundir com OXNE (Oxigênio p/ Nebulização) e OXIM (Oxigênio sobre máscara ou cateter).

### **6.3.13.TAXA DE CURATIVOS:**

- a) A taxa de curativos deverá ser remunerada no ambulatório;
- b) Paciente internado deverá remunerar apenas materiais e medicamentos utilizados.
- c) Os curativos realizados nas salas de cirurgias não serão remunerados, pois estão incluídos nas taxas de sala de cirurgia.

### **6.3.14 AR COMPRIMIDO POR HORA INDIVISÍVEL**

Geralmente utilizado em mistura com oxigênio (respiradores, carros de anestesia, hood e CPAP).

### **6.3.15.TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA**

Somente deverá ser paga para pacientes em tratamento ambulatorial.

### **6.3.16.TAXA DE BERÇO AQUECIDO POR DIA**

- a) Não remunerar a taxa na UTI, é indevida sua cobrança.
- b) Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.



### **6.3.17.TAXA DE BOMBA DE INFUSÃO**

- a) A bomba de infusão deve ser utilizada para a administração de drogas vasoativas, ou hidratação de pequeno volume-horário.
- b) Somente deverá ser paga em enfermaria ou apartamento. Está incluída na diária de UTI, Sala de Cirurgia e Recuperação Pós-Anestésica.

### **6.3.18.TAXA DE LASER OU DE YAG LASER**

Previsto remunerar nos procedimentos de Capsulotomia e Fotocoagulação. Se pagar a taxa, não remunerar a UCO da tabela acordada.

### **6.3.19.TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO**

- a) Utilizado nas microcirurgias (neurológicas, de laringe, etc.).
- b) Verificar prontuário médico para a confirmação de sua utilização.

### **6.3.20.TAXA DE MONITOR CÁRDIO-RESPIRADOR**

Equipamento que inclui a monitorização e oximetria de pulso. Sendo assim não pagar taxa de oxímetro separadamente.

### **6.3.21.TAXA DE OXÍMETRO**

- a) Não remunerar na UTI, Taxa de Sala de Cirurgia ou Centro Obstétrico.
- b) Deverá constar na ficha de anestesia e relatório da sala de enfermagem a sua utilização.
- c) Sua utilização em procedimentos ambulatoriais requer registro para coibir excessos de cobrança.

### **6.3.22.TAXA DE PAQUÍMETRO**

Previsto remunerar na Paquimetria Ultrassônica. Se pagar a taxa, não remunerar a UCO da tabela acordada.

### **6.3.23.TAXA DE RETINOGRÁFO**

Previsto remunerar na Retinografia Simples e Fluorescente. Se pagar a taxa, não remunerar a UCO da tabela acordada.

### **6.3.24.TAXA DE VÍDEO-LAPAROSCOPIA**

- a) Deverá ser paga nas videolaparoscopias cirúrgicas ou diagnósticas, exclusivamente quando autorizadas previamente.
- b) Nas videohisteroscopias cirúrgicas, também paga-se mediante autorização prévia.

### **6.3.25.TAXA DE SALA AMBULATORIAL**

Utilizada no pagamento de taxa de sala de Cirurgia Ambulatorial e nos curativos ambulatoriais.

Não estão incluídos na composição das taxas de salas hospitalares:

- ◆ Materiais de consumo e medicamentos.
- ◆ Gases anestésicos e oxigênio.
- ◆ Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não incluso acima.
- ◆ Honorários médicos.
- ◆ S.A.D.T.
- ◆ Sangue e hemoderivados.
- ◆ Drenos, cateteres, sondas, coletores de urina ou secreções, ataduras gessadas, de crepon ou de algodão ortopédico.
- ◆ Fios cirúrgicos, luvas, seringas descartáveis, agulhas para raquianestesia ou anestesia peridural.

### **6.3.26. OUTRAS COBRANÇAS**

- ◆ Não estão autorizados pagamentos para gorros, máscaras, propés, aventais, capotes, calças, blusas descartáveis, assim como sabonetes, e esponjas
- ◆ Autorizar hemoterapia mediante solicitação médica, e o pagamento será feito mediante comprovante de transfusão.
- ◆ Autorizar dieta enteral e taxa específica conforme prescrição. A visita do nutrólogo, será remunerada, desde que haja no prontuário a prescrição e evolução do mesmo.

- ◆ A autorização de fraldas descartáveis deve obedecer ao critério da utilização segundo quadro clínico.
- ◆ Será autorizado o pagamento para procedimentos dialíticos, assim como os materiais utilizados para este fim, mediante autorização prévia.
- ◆ Não estão autorizadas as cobranças de campos cirúrgicos em tecido.

## **CAPÍTULO 7**

### **ROTINA PARA TROCA PERIÓDICA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS**

#### Cateter Nasogástrico/Nasoenteral

O cateter deve ser mobilizado diariamente para evitar aderência podendo causar úlceras, sinusite ou necroses.

A troca deve ocorrer em dois casos: obstrução ou posicionamento incorreto.

#### Cateter Vesical

Não é recomendada a troca periódica, a não ser nos casos de obstrução ou presença de grumos na urina.

#### Coletor de Urina (Sistema Fechado)

A cada troca do cateter vesical.

#### Acesso Venoso Profundo

As trocas periódicas não são recomendadas.

A troca é indicada quando houver sinais ou sintomas característicos de infecção.

#### Acesso Venoso Periférico

A troca deverá ocorrer a cada 72 horas. Se houver dificuldades de outro acesso, pode ser adotado o mesmo critério do acesso venoso profundo.

#### Polifix e Microfix

Deve obedecer aos mesmos critérios usados para o acesso venoso profundo

Quando houver depósito de sangue / precipitação de soluções.

Cateter arterial periférico

Troca deverá ocorrer a cada 04 dias.

Cateter Swan-Ganz

Troca deverá ocorrer a cada 04 a 05 dias.

Sistema de Monitorização Pressão Arterial Pulmonar

Troca deverá ocorrer a cada 04 a 05 dias.

Sistema de Monitorização Pressão Arterial

Troca deverá ocorrer a cada 04 dias.

A solução de lavagem do sistema a cada 24 horas.

Equipos de Sangue e Derivados e/ou Emulsões Lípidicas

Troca após o término da administração de cada etapa.

Equipos para acesso venoso profundo

Troca deverá ocorrer a cada 48 horas.

Equipos para acesso venoso periférico

Troca deverá ocorrer a cada 72 horas.

Equipos de nutrição parenteral

Troca após o término da administração de cada etapa.

Equipos nutrição enteral

Troca deverá ocorrer a cada 24 horas.

Conjunto de Drenagem Torácica

Troca a cada 24 horas ou cada vez que for aberto.

Cânula de Traqueostomia

Troca na presença de obstrução que dificulte o seu uso.

#### Frasco e Borracha de Aspiração

Troca rotineiramente a cada 12 horas.

#### Umificador de Oxigênio

Troca rotineiramente a cada 24 horas.

#### Macronebulizador

Troca rotineiramente a cada 24 horas.

#### Circuito de Terapia Ventilatória

Com filtro bacteriológico: troca do filtro rotineiramente a cada 24 horas, sem necessidade de troca no circuito.

Sem filtro bacteriológico: troca do circuito a cada 48 horas.

#### Sistema Fechado de Aspiração

Troca a cada 24 a 48 horas.

#### Curativo de Acesso Venoso Profundo

Troca a cada 48 horas e quando necessário (curativo sujo e/ou molhado).

#### Curativo Cirúrgico

Não necessitam de troca nas primeiras 72 horas, quando estiverem limpos e secos.

Caso não ocorra drenagem de secreção, a incisão pode permanecer aberta.

Os Curativos úmidos devem ser trocados quantas vezes houver necessidade.

#### Curativos especiais

Troca conforme orientação do fabricante e/ou exsudato da ferida.

# **ANEXOS**

## **Anexo A**

**RDC –RE Nº 2605, DE 11 de agosto de 2015**

### **LISTA DE PRODUTOS MÉDICOS ENQUADRADOS COMO DE USO ÚNICO PROIBIDOS DE SER REPROCESSADOS**

1. Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis.
2. Aventais descartáveis;
3. Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
4. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade)
5. Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
6. Bolsas de sangue;
7. Bomba centrífuga de sangue;
8. Bomba de infusão implantável;
9. Campos cirúrgicos descartáveis;
10. Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas.;
11. Cateter de Balão Intra-aórtico;
12. Cateter epidural;
13. Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
14. Cateter para oxigênio;
15. Cateter para medida de débito por termodiluição;
16. Cateter duplo J, para ureter;
17. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
18. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
19. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
20. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
21. Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
22. Compressas cirúrgicas descartáveis;
23. Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
24. Dique de borracha para uso odontológico;
25. Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
26. Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;

27. Drenos em geral;
28. Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
29. Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
30. Esponjas Oftalmológicas;
31. Expansores de pele com válvula;
32. Extensões para eletrodos implantáveis;
33. Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
34. Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos
35. Filtros de linha para sangue arterial;
36. Filtros para cardioplegia;
37. Filtros endovasculares;
38. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
39. Geradores de pulso, implantáveis;
40. Hemoconcentradores;
41. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
42. Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
43. Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
44. Lancetas de hemoglicoteste;
45. Lentes de contato descartáveis;
46. Luvas cirúrgicas;
47. Luvas de procedimento;
48. Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
49. Oxigenador de bolhas;
50. Oxigenador de membrana;
51. Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
52. Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, digestiva, neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular.
53. Punch cardíaco plástico;
54. Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiectomia;
55. Sensor débito cardíaco;
56. Sensores de Pressão Intra-Craniana;



57. Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico.
58. Sondas de aspiração;
59. Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo fouché;
60. Sondas retais;
61. Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
62. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
63. Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
64. Cúpula isoladas para transdutores de pressão sangüínea;
65. Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
66. Tubo de coleta de sangue.

## **Anexo B**

### **REGRAS DE AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES/PROCEDIMENTOS**

#### **1.ACUPUNTURA**

A autorização será preferencialmente para o tratamento de dor.

Outras indicações devem ser analisadas baseadas em evidências científicas, que demonstrem sua efetividade.

Todos os atendimentos deverão ser registrados no prontuário com letra legível, aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico.

Não contemplam tratamento para tabagismo, obesidade, insônia, estresse, tensão pré-menstrual, menopausa e depressão por falta de evidências científicas que respaldem essas indicações.

#### **2.CARDIOLOGIA**

##### **2.1. Teste ergométrico**

O procedimento possui diretriz de utilização da ANS (RN nº 338 anexo II DUT, item 58).

##### **2.2. Ecocardiograma**

Deve ser liberado de acordo com as Indicações das Diretrizes de Ecocardiografia da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009).

##### **2.3. Monitorização ambulatorial da pressão arterial (Mapa)**

Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 47 da Resolução Normativa nº 338 da ANS.

##### **2.4. Holter**

Deve ser liberado de acordo com as Indicações da II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. Arq. Bras. Cardio 2010.

### **Tilt teste**

2.5. Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 59 da Resolução Normativa nº 338 da ANS.

### **Angiotomografia coronariana**

2.6. Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 3 da Resolução Normativa nº338 da ANS

### **Cintilografia do miocárdio**

2.7. Deve ser liberado de acordo com a Diretriz de Utilização definida pela ANS.

## **3.CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA**

### **3.1. Mapeamento eletroanatômico cardíaco tridimensional**

Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 45 da Resolução Normativa nº 338 da ANS.

Não existem estudos comparativos do sistemaNavX® versus sistema CARTO®, a recomendação é pela remuneração do material de menor custo.

### **3.2. CDI –Cardiodesfibrilador implantável**

Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 32 da Resolução Normativa nº 338 da ANS.

### **3.3. Ressincronizador cardíaco ou marca-passo multissítio**

Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 39 da Resolução Normativa nº 338 da ANS.

### **3.4. Marca-passo unicameral e bicameral**

Deve ser liberado de acordo com a diretriz de utilização 38 da Resolução Normativa nº338 da ANS

## **4. CIRURGIA PLÁSTICA**

4.1 Os códigos a seguir têm cobertura em casos de ferimentos traumáticos e tumores:

30602165 Mastectomia subcutânea e inclusão da prótese

30602173 Mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral  
30602246 Reconstrução mamária com retalhos cutâneos regionais  
30602254 Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia  
30602262 Reconstrução da mama com prótese e/ou expansor  
30602327 Substituição de prótese  
30602211 Reconstrução da placa aréolo-mamilar – unilateral

#### **4.2 Dermolipectomia**

Deverá ser liberado o procedimento para correção de abdome em avental de acordo diretriz de utilização:.

“

*1. 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), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.”*

A auditoria prévia deverá atentar para o previsto no Anexo A da IR30-38.

#### **5.GENÉTICA**

Autorização dos procedimentos conforme diretrizes de utilização (DUT) em genética vigente.

Os procedimentos descritos acima devem ser liberados de acordo com a Diretriz de Utilização da ANS vigente, e suas atualizações posteriores.

## Anexo C

### MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FuSEx

ABAIXADOR DE LÍNGUA
ABSORVENTE HIGIÊNICO
BANDEJA PARA RAQUIANESTESIA OU BANDEJAS EM GERAL
BLUSAS DESCARTÁVEIS
BOM AR
BORRACHA DE SILICONE
BORRACHA PARA ASPIRADOR
CAMISA PARA MICROCAMERA
CANETA PARA BISTURI DESCARTÁVEL
CÂNULA DE GUEDEL
CHUCA/CHUPETA
CIDEX
CLOROHEX
CONECTOR
CONEXÃO PARA ASPIRAÇÃO, BOMBA E PRESSÃO
CREME DENTAL
DERMOIDINE, GERM-HAND, STERILDERM, ÁLCOOL IODADO- INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS DE SALA.
DOMÉ P/ TRANSDUTOR DE PRESSÃO
ESPONJA PARA BANHO
ESPONJAS EM GERAL
ÉTER BENZINA E TINTURA DE IODO- INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS DE SALA.
FILME ENDOSCÓPICO
FISOHEX, POVIDINE
FORMOL
FRASCOS PARA EXAMES
GEL PARA BIOMETRICA
GERADOR DE TECNECIA
GERMPOL
GESSO SINTÉTICO
GORRO, MÁSCARAS, PROPÉS, AVENTAIS, CAPOTES E CALÇAS- INCLUSO NAS DIÁRIAS E TAXAS DE SALA.
LENÇOL DESCARTÁVEL
LUVA PARA APARELHO DE LAPAROSCOPIA
MANTEIGA DE CACAU
MERCÚRIO DE PRATA
OSTEDLITE

PALITO DE LARANJEIRA

PASTA GEL

PIJAMA DESCARTÁVEL

PLACA PARA BISTURI

PLUG ADAPTADOR MACHO

SABONETE

SENSOR INFANTIL/ NEONATAL

SENSOR PARA OXÍMETRO

SUBGALATO DE BISNUTO

TOALHA DESCARTÁVEL

## Anexo D

### PROTOCOLO CIRÚRGICO- ORTOPEDIA/ JOELHO

#### **AUTORIZAÇÃO PREVISTA PARA OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:**

#### **PRÓTESE TOTAL DE JOELHO**

##### **BASES TÉCNICAS**

1) A tomada de decisão para o emprego de uma prótese total do joelho depende da presença de destruição da superfície articular do joelho, caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, que pode ser decorrente da artrose primária, artrose pós-traumática, artrose decorrente de doenças reumáticas ou metabólicas, osteonecrose do joelho e desvios angulares dos membros inferiores.

2) O procedimento de artroplastia total do joelho é a melhor opção de tratamento para os casos de artrose avançada, pois propicia a melhora da função, diminuição da dor e consequente melhoria da qualidade de vida do paciente. Este procedimento está indicado em pacientes com faixa etária entre 60 e 85 anos de idade, com artrose avançada, que apresentem condições clínicas satisfatórias para suportar o procedimento cirúrgico.

3) A indicação de prótese total em idades fora do hiato estipulado no item 2, deverá obrigatoriamente passar por decisão da Câmara Técnica de Joelho do Exército Brasileiro, antes da sua autorização de execução.

4) O tratamento da artrose do joelho primária ou secundária deverá ser inicialmente conservador com emprego de analgésicos e medidas fisioterápicas para reforço muscular e manutenção do arco do movimento articular. Quando sintomática, com dor e limitação funcional, associada a um quadro radiológico que evidencie diminuição do espaço articular, sugestivo da degeneração cartilaginosa, devidamente documentado em prontuário, e o paciente consentir com a realização do procedimento após ter sido esclarecido dos riscos e benefícios, indica-se a artroplastia. A indicação da cirurgia de artroplastia de joelho com colocação de prótese não tem uma indicação única, mas sim um conjunto de fatores associados ao grau de limitação funcional, imposta ao paciente pela dor da degeneração da articulação, documentada radiograficamente como exposto no item 2. A idade do paciente é um dos fatores a ser considerado, porém não impede a realização do procedimento como exposto no item 3.

5) O procedimento cirúrgico constará de uma ressecção óssea através de acesso anterior a articulação do joelho, com a implantação dos seguintes componentes:

- Um componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular;

- Um componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- Um componente (insert) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- Um componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar; e
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo sem antibiótico.

Observação: A literatura ortopédica suporta o emprego de prótese total de joelho com ou sem estabilização, porém, com relação à realização do procedimento cirúrgico, a prótese com estabilização tem sido mais utilizada devido ao balanço ligamentar ser mais previsível e reprodutível, principalmente por cirurgiões menos experientes. O emprego de cimento ósseo com antibiótico poderá ser utilizado nos casos de indicações específicas como comorbidades que comprometam o sistema autoimune e que aumentem a possibilidade de infecções.

6) As principais contraindicações para a realização deste procedimento são a seqüela de infecção, paciente com idade inferior a 60 anos, infecção aguda de outros sítios, pacientes acima de 85 anos de idade e pacientes com graves comorbidades clínicas que tornem a cirurgia um risco para a sua vida.

7) As principais complicações do emprego da artroplastia total do joelho são a infecção da prótese, necrose cutânea na incisão cirúrgica, trombose venosa profunda, afrouxamento asséptico dos componentes, fratura peri-protética, desgaste do polietileno e instabilidade ligamentar do joelho.

## **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (resseção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com o inserto tibial de polietileno de alto peso molecular;
- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente (insert) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar, sendo este componente não obrigatoriamente utilizado dependendo da indicação e avaliação intra-operatória pela equipe médica; e
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo.

A avaliação da prótese articular para substituição da função do joelho deverá considerar estudos prospectivos que comprovem, através de dados concretos, a sobrevida livre de novas cirurgias de revisão maior que 90% em 10 anos de pós-operatório. Encontram-se disponíveis em sítios eletrônicos específicos ou na literatura ortopédica os registros internacionais de artroplastias levados a cabo por instituições governamentais de alguns países, como, por exemplo, os registros britânico, australiano e escandinavo. Por serem



estudos prospectivos e altamente inclusivos, mirando sempre o alvo de 100% de notificação com mecanismos de motivação para o preenchimento dos dados com cobertura nacional, são extremamente úteis como benchmarking.

Características essenciais da prótese:

- Tipo: prótese total de joelho cimentada com estabilização (técnica de ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (técnica de preservação do ligamento cruzado posterior).

- Matéria prima: componente femoral metálico (cromo-cobalto); componente tibial metálico (cromo-cobalto); componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico; componente patelar de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) e cimento ósseo de polimetilmetacrilato.

## **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

## **EXAMES COMPROBATÓRIOS**

Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico evidenciando quadro de artrose, com diminuição do espaço articular.

## **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA PRÓTESE TOTAL DE JOELHO**

### **CBHPM:**

3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico

3.07.26.03-4 Artroplastia total de joelho com implantes – tratamento cirúrgico

## **REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO**

### **BASES TÉCNICAS**

Soltura asséptica, seqüela de osteonecrose, infecção tardia ou subaguda de prótese articular de joelho. Falência da prótese primária por falência ligamentar grave e insuficiência ligamentar grave.

Em todos os casos de revisão de prótese total de joelho, a análise técnica deverá obrigatoriamente ser encaminhada para parecer pela Câmara Técnica (CT) de joelho do Exército Brasileiro (EB) que definirá a autorização do ato proposto.

## **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) com haste longa, com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com o inserto tibial de polietileno de alto peso molecular;
- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente (insert) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com haste longa para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar, sendo este componente não obrigatoriamente utilizado dependendo da indicação e avaliação intra-operatória pela equipe médica;
- 03 (três) unidades de cimento ósseo com ATB;
- Cunhas metálicas (até máximo 8 unidades), para defeitos ósseos;
- 01 (um) cone trabeculado de tântalo em caso de perda óssea.

#### **PRÓTESE EM DOBRADIÇA (HNDE)**

Indicações específicas em falência ligamentar grave, neoplasia em sítio cirúrgico, falência ósteo-ligamentar grave ou em caso de revisões cirúrgicas múltiplas.

#### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

#### **EXAMES COMPROBATÓRIOS**

Resultados dos exames que corroborem a indicação da revisão de prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico.

#### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA REVISÃO DE PROTESE DE JOELHO:**

CBHPM:

3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico

3.07.26.22-0 Osteotomias ao nível do joelho – tratamento cirúrgico

3.07.26.25-5 Revisões de artroplastia total – tratamento cirúrgico

## **OSTEOTOMIA DE JOELHO**

### **BASES TÉCNICAS**

Indicações: Dor incapacitante, desvio de angular de eixo comprovado, artrose unicompartimental, idade até 65anos.

Contraindicações: dor difusa inespecífica, déficit de extensão, expectativa desconexa do paciente.

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

Componente tibial: 01 (um) placa bloqueada (cromo-cobalto) para osteotomia proximal da tibia ou placa calço bloqueada (4 a 6 parafusos);

Para osteotomias de subtração ou adição.

Componente femoral: 01 (um) placa de estabilização (cromo-cobalto) de fêmur distal bloqueada ou 01 (um) placa calço (até 8 parafusos).

Para osteotomias de subtração ou adição.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

### **EXAMES COMPROBATÓRIOS**

Resultados dos exames que corroborem a indicação da osteotomia e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho e perna nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico.

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA OSTEOTOMIA DE JOELHO:**

CBHPM:

3.07.26.22-0 Osteotomias ao nível do joelho – tratamento cirúrgico

3.07.32.02-6 Enxerto ósseo

## **VISCOSUPLEMENTAÇÃO**

### **(INFILTRAÇÃO DE ÁCIDO HIALURÔNICO INTRARTICULAR)**

#### **BASES TÉCNICAS**

Indicações: tratamento alternativo para artrose com dor e lesões degenerativas com correspondência radiológica sem melhora com o tratamento clínico por 6 (seis) meses ou recusa de tratamento cirúrgico.

*O uso de plasma rico em plaquetas (PRP) está proscrito em qualquer situação clínica, conforme decisão do CFM.*

O Exército Brasileiro adota a opção de aplicação única por joelho, devendo respeitar o intervalo mínimo de 12 (doze) meses para a repetição do procedimento.

#### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- Ácido hialurônico ou derivados análogos injetáveis de alto peso molecular – máximo de 06 (seis) mL para doses únicas.

#### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

#### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA VISCOSUPLEMENTAÇÃO:**

CBHPM:

3.07.13.13-7 Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração)

## **LESÕES DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (LCA)**

#### **BASES TÉCNICAS**

O ligamento cruzado anterior (LCA) é o principal estabilizador anterior do joelho e a sua rotura está associada principalmente a um mecanismo de trauma indireto seguido de hemartrose. A evolução natural da lesão deste ligamento ainda não está completamente esclarecida, porém acredita-se que a instabilidade anterior evolua para lesões degenerativas meniscais e condrais e a evolução natural repercute sobre o desempenho destes indivíduos em suas atividades físicas.

Estima-se que nos Estados Unidos ocorra a incidência anual de 0,35 lesão de LCA por habitante da população geral, o que resulta em aproximadamente 75.000 lesões anuais. Cerca

de 70% das lesões ocorre durante a atividade esportiva, principalmente durante a prática do futebol, ocorrendo a maioria destas lesões entre 16 e 45 anos de idade.

Os meniscos têm importante função no joelho, eles aumentam a congruência articular, diminuem o stress na cartilagem, aumentam a estabilidade da articulação e provêm absorção contra impacto. Combinados, os meniscos transmitem cerca de 50% da carga da articulação. A perda meniscal reduz a área de contato tibial em cerca de 50-70%, resultando em um aumento do stress tanto tibial quanto femoral.

A cartilagem articular é um tecido complexo formada principalmente de colágeno tipo 2, ela tem habilidade de lidar com grandes forças durante vários ciclos, porém tem pequena habilidade de regeneração após lesão. Assim as lesões associadas à lesão do ligamento cruzado anterior levam à degeneração progressiva da cartilagem articular, gerando dor, edema e perda de função do membro.

A reconstrução do ligamento cruzado anterior é uma cirurgia bem estabelecida na prática ortopédica, está indicada na grande maioria dos pacientes, principalmente em pacientes sintomáticos que desejam voltar à prática esportiva e laboral.

Indicação:

Laudo de imagem radiológica demonstrando lesão associado ao exame clínico positivo detalhado em prontuário médico.

## **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

Técnicas admissíveis:

- Endobotton
- Interferência

Fêmur: fixação por suspensão cortical e ou intraósseo (parafuso de interferência)

Tíbia: fixação intraósseo e ou apoio cortical com botton ou a graft ou a poste.

São opções aceitas para o componente femoral:

1. 01 (um) Endobotton - composto de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturado em titânio - com opção para tendões flexores e patelar;
2. 01 (um) Endobotton - composta de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturada em titânio - com looping ajustável;
3. 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) ou bioabsorvível;

São opções para o componente tibial:

1. 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) associado ou não a graft ou a poste;
2. 01 (um) Parafuso de interferência absorvível;
3. 01 (um) Endobotton - compostas de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturadas em titânio;

- 01 (um) Lâmina de shaver para partes moles;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Lâmina de shaver para parte óssea;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- Fios de alta resistência não absorvíveis (até 3 unidades).

## **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

## **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA LCA:**

CBHPM:

3.07.33.07-3 Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior

3.07.33.02-2 Sinovectomia

3.07.33.05-7 Meniscectomia \*Em caso de rotura meniscal comprovada

## **LESÕES DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR (LCP)**

### **BASES TÉCNICAS**

O LCP é constituído por duas bandas de inserção femoral: uma antero-lateral (mais larga, resistente e tensa em flexão) e outra póstero-medial (mais estreita, menos resistente e tensa em extensão). Apesar de menos comum, a lesão do LCP constitui-se razão de dor e incapacidade funcional e deve ser abordada quando houver indicação.

Indicação:

Laudo de imagem demonstrando lesão associado ao exame clínico positivo.

*Os casos de cirurgias de reconstrução multiligamentar serão avaliados isoladamente pelo CT de joelho do EB.*

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

Técnicas admissíveis:

- Endobotton
- Interferência

Fêmur: fixação por suspensão cortical e ou intraósseo (parafuso de interferência)

Tíbia: fixação intraósseo e ou apoio cortical com botton ou a graft ou a poste.

São opções aceitas para o componente femoral:

1. 01 (um) Endobotton - composto de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturado em titânio - com opção para tendões flexores e patelar;
2. 01 (um) Endobotton - composta de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturada em titânio - com looping ajustável;
3. 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) ou bioabsorvível;

São opções para o componente tibial:

1. 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) associado ou não a graft ou a poste;

2. 01 (um) Parafuso de interferência absorvível;  
3. 01 (um) Endobotton - compostas de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturadas em titânio;

- 01 (um) Lâmina de shaver para partes moles;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Lâmina de shaver para parte óssea;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- Fios de alta resistência não absorvíveis (até 3 unidades);
- 01 (um) Cânula para artroscopia;
- 01 (um) Malha guia (rabo de tatu).

## **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

## **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA LCP:**

CBHPM:

3.07.33.07-3 Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior

3.07.33.02-2 Sinovectomia

3.07.33.05-7 Menissectomia \*Em caso de rotura meniscal comprovada

## **ARTROSCOPIA**

### **BASES TÉCNICAS**

Indicações: lesão meniscal, sinovite vilonodular, lesão osteocondral, sinovite crônica, artrite, bloqueio articular, corpo estranho intra-articular e síndrome conflito femoro-patelar sintomática refratário ao tratamento clínico.

Padrão: imagem radiológica representativa com exame clínico compatível devidamente registrado em prontuário médico.

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) Lâmina de shaver;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

## **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

1. Infecção (artrite séptica) em alguns casos;
2. Bloqueio articular por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
3. Bloqueio articular por lesões meniscais tipo alça (alça de balde) irreduzíveis pelo método conservador;
4. Auxílio ao tratamento de fraturas do planalto tibial tipo 3 de Schatzker.

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA ARTROSCOPIA:**

CBHPM:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal
- 3.07.33.03-0 Condroplastia (com remoção de corpos livres) \*Em caso de lesão condral comprovada
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia \*Em caso de rotura meniscal comprovada
- 3.07.33.09-0 Tratamento cirúrgico da artrofibrose \*Em caso de rigidez articular refratária ao tratamento conservador com correlação de imagem

### **SUTURA MENISCAL**

#### **BASES TÉCNICAS**

Indicação: Pacientes jovens com lesão registrada em zona vermelha-vermelha agudas maiores que 1cm. Não haver artrose e paciente com atividade regular.

#### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) Kit de sutura all-inside ou inside-out ou outside-in.

#### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

1. Lesão meniscal por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
2. Bloqueio articular por lesões meniscais irreduzíveis pelo método conservador;

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA SUTURA MENISCAL:**

CBHPM:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia
- 3.07.33.05-7 Reparo ou sutura de um menisco



## **LESÃO CONDRAL**

### **BASES TÉCNICAS**

Indicações: Lesão com exposição de tecido ósseo-condral. Fica estabelecido que em lesões acima de 2cm<sup>2</sup> será indicado a técnica de mosaicoplastia. Para os casos de lesão abaixo de 2cm<sup>2</sup> está indicada a técnica de microfratura.

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) Lâmina de shaver;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Equipamento de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipamento *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipamento;
- 01 (um) Kit de mosaicoplastia para os casos indicados;
- 01 (um) Kit de microfratura para os casos indicados.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

1. Lesão condral por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
2. Bloqueio articular por lesões condrais irreversíveis pelo método conservador;

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA LESÃO CONDRAL:**

CBHPM:

3.07.33.02-2 Sinovectomia

3.07.33.04-9 Osteocondroplastia – estabilização, ressecção e/ou plastia

3.07.33.05-7 Meniscectomia \*Em caso de rotura meniscal comprova

## **PRÓTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO**

### **BASES TÉCNICAS**

Indicação:

Artrose unicompartmental do joelho com dor localizada no ponto de artrose com LCA preservado, LCM preservado, sem instabilidade e boa amplitude de movimentos (maior que 90 graus de arco de movimento, contratura de flexo menor que 5 graus e deformidade angular menor que 10 graus). Idade de até 55 anos.

Contraindicações: Atividade inflamatória/infecciosa, lesão de LCA ou LCM, desvio angular maior que 15 graus.

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) Componente femoral unicompartmental metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) Componente tibial unicompartmental metálico (cromo-cobalto), insert de polietileno de alto peso molecular (UHMW);
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO:**

CBHPM:

3.07.26.04-2 Artrotomia – tratamento cirúrgico

3.07.26.03-4 Artroplastia total de joelho com implantes – tratamento cirúrgico

## **LUXAÇÃO PATELAR**

### **BASES TÉCNICAS**

Traumática: Exame de imagem mostrando alterações ligamentares e ósseas com exame clínico mostrando a subluxação patelar nos testes de stress.

Recidivante: Histórico de instabilidade sintomática ao longo do crescimento e que apresentam instabilidade ao exame clínico e exames de imagem compatíveis com alterações ósseas com indicação do alinhamento patelo-femoral.

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) Parafuso bioabsorvível;
- 02 (duas) âncoras de titânio 5.0 (agulhadas);
- 01 (um) Lâmina de shaver de partes moles;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

1. Lesão patelar por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
2. Bloqueio articular por lesão patelar irreduzível pelo método conservador;

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA LUXAÇÃO PATELAR:**

#### **CBHPM:**

3.07.33.02-2 Sinovectomia

3.07.33.10-3 Instabilidade femoro-patelar, release lateral da patela, retencionamente, reforço ou reconstrução do ligamento patelo-femoral medial

## **LUXAÇÃO PATELAR RECIDIVANTE**

### **BASES TÉCNICAS**

Histórico de instabilidade sintomática ao longo do crescimento e que apresentam instabilidade ao exame clínico e exames de imagem compatíveis com alterações ósseas com indicação do alinhamento patelo-femoral.

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 02 (dois) Parafusos corticais com arruela.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA LUXAÇÃO PATELAR:**

CBHPM:

3.07.26.22-0 Osteotomia ao nível do joelho – tratamento cirúrgico

3.07.26.10-7 Fratura e/ou luxação de patela

## **FRATURA ÓSTEO-CONDAL OU CONDAL**

### **BASES TÉCNICAS**

Indicações: Lesão osteocondral maior que 1cm<sup>2</sup> em zona de carga ou de atrito articular comprovada por exame de imagem, estando o fragmento viável para fixação, sem gonartrose, até 60 anos.

*Os casos obrigatoriamente serão avaliados pelo CT joelho do EB.*

### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 01 (um) Lâmina de shaver;

- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;

- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;

- 02 (dois) Parafusos de Herbert\* (quando houver exposição óssea subcondral);

- 01 (um) Kit de fixação com dardos condrais (até 4 unidades)\* (quando lesão condral);
- 01 (um) Cola biológica de 01 (um) mL.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

1. Lesão ósteo-condral por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
2. Bloqueio articular por lesões ósteo-condrais irreduzíveis pelo método conservador;

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NA FRATURA ÓSTEO-CONDAL:**

CBHPM códigos:

3.07.33.02-2 Sinovectomia

3.07.33.04-9 Osteocondroplastia – estabilização, ressecção e/ou plastia

### **REVISÃO DE ARTROPLASTIA INFECTADA – PRIMEIRO TEMPO CIRÚRGICO**

#### **BASES TÉCNICAS**

Indicações: Presença de prótese de joelho infectada.

#### **ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE**

- 02 (dois) Cimentos ósseos com ATB.

### **CARÁTER DO PROCEDIMENTO**

Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

1. Sepsis;
2. Bloqueio articular por material piogênico.

### **HONORÁRIOS ADMISSÍVEIS NO PRIMEIRO TEMPO DA PRÓTESE INFECTADA:**

CBHPM códigos:

3.07.26.04-2 Artrotomia

3.07.26.01-8 Artrite Séptica – tratamento cirúrgico

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. RDC-RE nº 2605, DE 11 de agosto de 2015. Acesso: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-re-n-2605-de-11-de-agosto-de-2006>.
2. DIBAI, Juliana Feitosa. Curso Atualização em Auditoria em OPME e Alto Custo. Fundação Unimed.
3. Dermolipectomia. Parecer Técnico nº 11/ /GEAS/GGRAS/DIPRO/2016. Acesso: <http://www.ans.gov.br>.
4. Diretrizes para o Tratamento Cirúrgico Das Doenças do Joelho No Exército Brasileiro, Diretoria de saúde, 2016.
5. Anexo II das Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, 2016. Acesso: <http://www.ans.gov.br>.
6. Manual de Auditoria de Contas Médicas do Hospital Geral de Juiz de Fora, 2005. Acesso: [http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/manual\\_auditoria\\_contas\\_medicadas\\_MD.pdf](http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/manual_auditoria_contas_medicadas_MD.pdf)