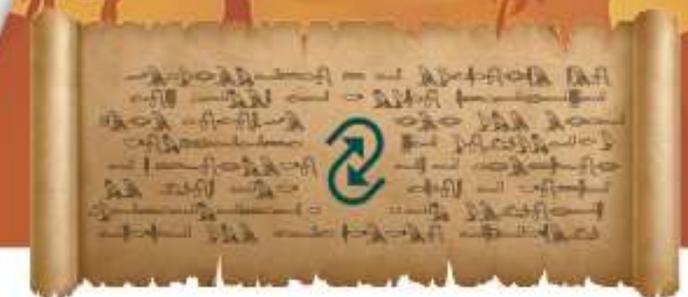


Enigmas, Paradigmas e Paradoxos

VANDERLEI SOARES MOYA
*Medico do GNACS, componente estadual de
auditoria do SNA da SES/SP*

vsmoya@saude.sp.gov.br

Setembro de 2023 – Águas de Lindoia



DECIFRA-ME OU TE DEVORO!
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

21º AUDHOSP

Congresso Nacional
de Auditoria em Saúde
e Qualidade da Gestão
e do Atendimento
Hospitalar

7º AUDHASS

Congresso Nacional de
Auditoria em Saúde
e Qualidade de
Assistência Hospitalar
na Saúde Suplementar



www.audhosp.com.br

Anátomo patológico

Quantidade máxima do procedimento é 8 , permitindo liberação de quantidade.

- Como se codifica quantidade do procedimento?
- Quantidade superiores cabe ao auditor autorizar

Laudos do exame

- Possibilita identificar exame realizado
- Deve constar a região analisada
- Peça cirúrgica simples ou complexa
- Peças complexas: margens e linfonodos : cadeia e sentinela

Anátomo patológico de mama e colo uterino

- Quantidade um e não admite liberação de quantidade
- Sem registro em AIH, exceto colo uterino

Apoio técnico: publicações da Sociedade Brasileira de Anatomia Patológica



Sugestão para definição da quantidade

Geral – peça simples

- *Um código de cobrança para cada região anatômica / topografia e para cada procedimento realizado.*
- *Exemplo : estomago=1 exame, se constar antro e fundo separados = 2 exames, não sendo possível ultrapassar 3, por questões anatômicas*
- *Uma histerectomia simples por leiomioma possibilita uma cobrança pelo colo e outra pelo corpo uterino.*
- *Uma apendicectomia corresponde a uma cobrança.*

Peça oncológica – peça complexa

- *Um código para cada região amostrada (uma cobrança para o tumor, uma para a margem profunda, uma para as margens do menor eixo e uma para margens do maior eixo) totalizando 4 registros de cobrança.*
- *Esvaziamento ganglionar, uma cobrança a cada grupo de seis linfonodos.*
- *Linfonodo sentinela, uma cobrança A CADA LINFONODO.*

Não é regra publicada pelo SUS, cabendo ao gestor local realizar o controle e autorização

- *Controle baseado em critérios técnicos encontrados na literatura*

Atendimento fisioterapêutico (Grupo 03)

Condições para registro do procedimento

- *Assistência registrada no prontuário do paciente*
- *Quantidade proporcional as diárias = 3 ou 5 por diária (está informado na descrição do procedimento);*
- *Paciente com ou sem comprometimento sistêmico*
- *Procedimento relacionados a condição clínica do paciente ou planejamento terapêutico*

03.02.02.002-0 - Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico

- *Consiste no atendimento fisioterapêutico do paciente em acompanhamento oncológico que encontra-se em tratamento com abordagem clínica: quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e preservação oncológica. A indicação do quantitativo a ser realizado ambulatorialmente é de no máximo 20 procedimentos/ mês e na internação é de 03 procedimentos/dia*

03.02.02.003-9 - atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica

- *Atendimento fisioterapêutico, visando o preparo para a cirurgia e redução de complicações, minimizando e tratando complicações respiratórias, motoras e circulatórias. A indicação do quantitativo a ser realizado ambulatorialmente é de 20 procedimentos/mês e na internação é de 03 procedimentos/dia.*

Atendimento fisioterapêutico (Grupo 03)

03.02.06.002-2 - atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas

- Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré-operatório, pós-operatório ou clínica que apresentam complicações sistêmicas, visando manter a capacidade física não acometida, evitar complicações da imobilização, estimulação sensorio-motora e maximizar a função respiratória. A indicação do quantitativo a ser realizado na assistência ambulatorial é de no máximo 20 procedimentos por pessoa/ mês e para a internação é de 05 procedimentos/dia.

Podem ser registrados mais de um procedimento de atendimento em fisioterapia por paciente por dia com códigos diferentes?

- 03.02.04.001-3 - atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas

03.02.06.002-2 - atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas

“Compreende-se por sessão de tratamento todas as técnicas necessárias a mais pronta recuperação do paciente, sendo em média, utilizadas três técnicas em período de uma hora diária.

O conceito de ‘sessão’ em fisioterapia é global. Assim, a sessão de Fisioterapia na coluna e nos membros inclui todos os segmentos do corpo indicados na requisição.” (Manual de Auditoria DENASUS 2016).

Procedimentos cirúrgicos múltiplos

Procedimentos realizados no mesmo ato anestésico

- *Cirurgia múltipla : doenças distintas*
- *Tratamento em politraumatizado : lesões*
- *Cirurgias sequencias : mesma doença*

Obrigatório

- *Dois procedimentos especiais diferentes*
- *Cirurgia múltipla: Grupo 02 e Grupo 04*
- *Politraumatizado: Grupo 03 e Grupo 04*
- *Sequenciais: apenas Grupo 04*

Cirurgia sequenciais

- *Com portaria publicada : compatibilidades obrigatórias*
- *Sem portaria publicada : decisão do gestor ao considerar procedimentos com concomitancia tecnicamente justificável para registro como sequenciais*

Cirurgia sequenciais

Uma cirurgia tem quatro fases básicas, fundamentais e indissociáveis chamados tempos cirúrgicos

- *Dierese - acesso*
- *Hemostasia*
- *Exerese – cirurgia propriamente dita*
- *Sintese - fechamento*

Cirurgias compostas (código específico para o conjunto)

- *Deve ser utilizado apenas o código mais abrangente e que corresponda a todos os procedimentos*
- *Não deve ser feito decomposição em dois ou mais códigos*
- *Exemplo: 04.07.02.029-2 - herniorrafia com ressecção intestinal.*

Não devem ser considerados os procedimentos contidos em um procedimento maior

- *Exemplo: colpoperineoplastia posterior (principal)*

Todo procedimento caracterizado como fase obrigatória (parte integrante) do ato cirúrgico não deve ser computado.
SE FOR OBRIGATÓRIO NÃO É COMPLEMENTAR

Sequenciais em neurocirurgia

" MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIRETRIZES TÉCNICAS PARA PROCEDIMENTOS NEUROCIRÚRGICOS NO SUS"

“A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) fazendo uso de suas atribuições institucionais, tendo a prerrogativa de órgão máximo e colegiado dentro da especialidade de neurocirurgia, organizou este manual de codificação dos procedimentos em neurocirurgia com a finalidade de organizar e padronizar os códigos utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) para otimizar os processos de pedidos e auditorias dos procedimentos neurocirúrgicos. Esta iniciativa, além de trazer agilidade nos processos de auditoria, melhora os honorários da especialidade

A organização deste manual estruturado em código principal seguido de códigos sequenciais pertinentes, foi baseada na Portaria no 914 do Ministério da Saúde, e desta forma, confere toda legitimidade e legalidade para o uso deste manual nos pedidos e relatórios de cirurgia para valoração do ato cirúrgico desta especialidade no SUS. Por se tratar de uma portaria emanada de um órgão do Governo Federal, apresenta o mesmo poder e peso de um artigo da Constituição Brasileira com força de Lei Federal”.

- <https://www.portalsbn.org/manuais-e-protocolos>

Outros enigmas e paradoxos

Procedimentos sem código n Tabela SUS

- *Angiotomografia*
- *Ultrassonografia de partes moles*
- *Ultrassonografia de parede abdominal*
- *Elastografia*
- *OPME*
- *Denervação percutânea por radiofrequencia*

Procedimentos com código, sem compatibilidade

- *Cateter duplo lumen*
- *Topronina*
- *Alteplase no pronto socorro (sem internação/transferência)*

Procedimentos incluídos em outros procedimentos

- *Troca de cânula de traqueostomia*

Obrigado.

VANDERLEI SOARES MOYA
Medico do GNACS, componente estadual de
auditoria do SNA da SES/SP

vsmoya@saude.sp.gov.br