

PORTARIA Nº 341, DE 15 DE JULHO DE 2010

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

Considerando a Portaria nº 321/GM, de 08 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da competência julho de 2007;

Considerando a Portaria nº 2.848/GM de 06 de novembro de 2007, que consolida e detalha os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

Considerando o constante processo de aperfeiçoamento e adequações sistemáticas da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; e

Considerando a necessidade de contribuir para o aperfeiçoamento das atividades de Controle e Avaliação dos gestores locais, assim como tornar claras as regras, críticas e consistências processadas nos Sistemas de Informação Hospitalar/SIH/SUS e Ambulatorial/SIA/SUS, resolve:

Art. 1º Adequar a descrição dos atributos gerais e dos complementares que caracterizam os procedimentos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), na forma do Anexo I desta Portaria.

Art. 2º Estabelecer que compete à Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação, unidade gestora do SIGTAP, em conformidade com a avaliação das áreas técnicas do Ministério da Saúde, a inclusão/exclusão/alteração de atributos para adequar as regras dos sistemas às Políticas de Atenção à Saúde implantadas e implementadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º Incluir no SIGTAP a descrição dos atributos complementares dos procedimentos, na forma do Anexo II.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

ALBERTO BELTRAME

ANEXO I

EM RELAÇÃO	ATRIBUTOS GERAIS	DEFINIÇÕES
PROCEDIMENTO	Código	1. CÓDIGO: É o identificador numérico construído a partir da definição da estrutura da tabela de procedimentos que obedece ao seguinte formato: GG. SS. FF. PPP. D, onde: GG: Grupo a que pertence o procedimento; SS: Subgrupo do procedimento no Grupo ao qual o procedimento pertence; FF: Forma de Organização do procedimento no Subgrupo onde está inserido o procedimento; PPP: O número de ordem seqüencial do procedimento dentro da Forma de Organização a qual pertence; D: Dígito verificador calculado pelo Módulo 11.
	Nome	É a designação ou denominação do procedimento.
	Descrição	É a definição ou o detalhamento sobre o procedimento que esclarece suas características e orienta seu uso.
	Origem	É o código do procedimento da Tabela anterior de oito dígitos. H quer dizer que a origem é hospitalar e A que é ambulatorial.
	Vigência/Portaria	É a identificação da Portaria que normatiza o uso do procedimento na Tabela de Procedimentos do SUS, inclusive a sua validade com data de início e término.
	Modalidade do Atendimento	Identifica os regimes de atendimento nos quais é possível a realização do procedimento.
	Complexidade	É o agrupamento de ações de saúde em conjuntos de procedimentos que visam propiciar o acesso a serviços qualificados, integrados em três níveis (básica, média e alta). Em cada nível estão ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, organizadas em redes regionalizadas, com base nos dados epidemiológicos, métodos e técnicas, exigência de alta tecnologia e/ou alto custo, para atender aos principais problemas e agravos de saúde da população.
	Instrumento de Registro	É a forma definida para o registro da captação do atendimento realizado. Tem relação direta com a modalidade. Quando ambulatorial os instrumentos são três: BPAC - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado. BPAI - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado e APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade. A APAC pode ser Principal e Secundária e ainda Única ou de Continuidade. Quando hospitalar são três: AIH Principal - são os procedimentos que geram a internação. AIH Especial são os procedimentos que não geram internação, mas que têm valor na AIH. AIH Secundário - são procedimentos que não geram internação e que tem valor zero na AIH.
	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	É uma Tabela do Ministério do Trabalho que serve para identificar a ocupação dos profissionais que realizaram o procedimento. Refere-se a atuação daquele profissional, naquele estabelecimento, e independente de ser especialista ou não. Cada procedimento tem um conjunto de CBO permitido para a sua realização e os sistemas fazem a consistência com CNES. Para cada CBO informado para um profissional num determinado estabelecimento é exigido no SIA que exista carga horária semanal ambulatorial e no SIH é carga horária semanal hospitalar para o profissional que executou o procedimento.
	Média de Permanência	É a quantidade média de dias de internação prevista para o procedimento. É definida com base na prática médica vigente e na média histórica da produção. Existe apenas para procedimentos principais na

		modalidade hospitalar.
	Pontos	É uma pontuação definida para o componente "Serviços Profissionais" (SP) que compõe o valor dos procedimentos principais e especiais realizados na modalidade hospitalar e tem por objetivo subsidiar o cálculo do valor a se rateado entre os profissionais médicos envolvidos no ato médico
	Quantidade Máxima	É o número máximo permitido para realização do procedimento por competência e por instrumento de registro, exceto para o BPA Consolidado (BPA- C).
	Valor	É a referência nacional mínima definida pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento. Pode ser elevado de acordo com a decisão local da gestão do SUS e suas disponibilidades, obedecendo à legislação para compra de serviços. O valor ambulatorial (SA): corresponde a realização do procedimento na modalidade ambulatorial (exceto para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica). O valor da internação hospitalar corresponde a 02 frações: a) Serviços Hospitalares (SH): corresponde à fração do valor relacionado a custos hospitalares, inclusive Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT). Não inclui o valor de medicamento especial e pessoal. b) Serviços Profissionais (SP): corresponde à fração do valor relacionado aos atos de profissionais médicos e odontólogos que atuaram na internação.
	Atributos Complementares	São informações/regras que caracterizam procedimentos específicos, que não podem ser generalizadas, sob pena de infringir normas e terapêuticas de determinados procedimentos exclusivos.
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Serviço/ Classificação (S/C)	É uma Tabela do Ministério da Saúde mantida pela SAS/DRAC/CGSI, para identificar o perfil de estabelecimento, cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).
	Habilitação (HB)	É uma Tabela do Ministério da Saúde mantida pela SAS/DRAC/CGSI mediante critérios e atos normativos definidos e publicados pelas áreas técnicas designando a capacidade de atendimento do estabelecimento para determinados procedimentos.
	Leito	É uma Tabela do Ministério da Saúde mantida pela SAS/DRAC/CGSI com base nas definições técnicas da Coordenação Hospitalar, para identificar as especialidades dos leitos clínicos, cirúrgicos e complementares, que devem constar no cadastro do CNES.
USUÁRIO	Idade Mínima	É a menor idade limite, medida em anos completos, exigida para que o paciente se submeta ao procedimento especificado. Para alguns procedimentos é permitida liberação desta crítica. No caso de recém nascido a idade é medida de 1 a 30 dias. Para < de 1 ano - entre 30 dias e 11 meses e 29 dias é medida em meses.
	Idade Máxima	É a idade máxima, em anos completos, exigida para que o paciente possa se submeter ao procedimento, sendo em alguns casos (procedimentos) permitida liberação desta crítica. Para alguns procedimentos é permitida liberação desta crítica. No caso de recém nascido a idade é medida de 1 a 30 dias. Para < de 1 ano - entre 30 dias e 11 meses e 29 dias é medida em meses.
	Sexo	É o gênero do paciente exigido para que possa submeter-se ao procedimento. Há procedimento para "Ambos" e aqueles em que o sexo "Não se aplica", é caso de ações complementares em saúde, OPM, ações de promoção e prevenção.

	CID Principal	Código da Classificação Internacional de Doenças que identifica a patologia/lesão que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação do paciente.
	CID Secundário	Código da Classificação Internacional de Doenças que identifica a patologia que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram diretamente a doença/lesão de base.
FINANCIAMENTO	Tipo de financiamento	É uma Tabela do Ministério da Saúde mantida pela SAS/DRAC/CGSI que determina o tipo de financiamento ao qual o procedimento está submetido. No caso do financiamento com recursos do Fundo de Ações Estratégias e Compensação - FAEC existem os subtipos de financiamento de acordo com as rubricas orçamentárias federais destinadas às políticas de saúde prioritárias.
	Incremento	É um percentual que pode ser acrescido ao valor original do procedimento e está vinculado diretamente a uma determinada habilitação do estabelecimento.

ANEXO II

ATRIBUTO COMPLEMENTAR - É uma característica exclusiva de determinados procedimentos e que não deve regular a totalidade dos procedimentos da Tabela, pois atende especificidades na Atenção à Saúde. Os atributos complementares são normas que possuem diferentes enfoques a depender daquele procedimento específico ao qual se liga e não a um Grupo, Subgrupo ou Forma de Organização. Cada atributo complementar tem objetivo distinto e não há hierarquia entre ele e os tributos gerais. O atributo complementar é uma exigência adicional daquele procedimento a ser verificada no processamento da produção nos sistema de informação. Ele está interposto e, portanto prevalece contra qualquer divergência em relação ao procedimento a ele ligado. Os atributos complementares regulam dados especiais que podem ter relação tanto com a prática clínica quanto a prioridades das políticas de saúde, podendo restringir ou ampliar a utilização de recursos do SUS. Há possibilidade de que determinado atributo complementar possua subdivisões a serem acrescentados por portarias técnicas.

Os atributos complementares constantes do SIGTAP até a publicação desta Portaria são:

1. Adesão ao Programa/Projeto de Saúde - ações de atenção à saúde relacionada a demandas com período de validade definido segundo políticas públicas.
2. Admite tratamento contínuo - procedimentos que exigem a sua realização de forma continuada nos pacientes tratados.
3. Admite permanência a maior - indica que pelas características próprias do procedimento ou pela condição clínica do paciente admite dias de permanência além do dobro dos dias previstos no atributo - média de permanência prevista na AIH para este mesmo procedimento.
4. Admite liberação de quantidade na AIH - procedimentos que mesmo tendo uma quantidade máxima definida em seu atributo "Quantidade máxima" é permitido ao prestador solicitar liberação de crítica de quantidade na AIH, mas liberar ou não é prerrogativa gestor local.
5. Admite longa permanência - indica que o tratamento ao qual o paciente está submetido pode exigir a permanência por um período maior que 45 dias.
6. Admitido apenas em hospital especializado/Psiquiatria procedimentos exclusivos para pacientes de saúde mental a serem oferecidos apenas em hospitais especializados.

7.CNRAC - procedimentos de alta complexidade que não são oferecidos em todas as Unidades da Federação e que são regulados pela CNRAC/Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. São custeados pelo FAEC e exigem encaminhamento do paciente pela Central Nacional.

8.Exige CNS - procedimentos que exigem o preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.

9.Exige VDRL na AIH - é obrigatório o registro na AIH com procedimento "parto" do exame para detectar a sífilis congênita, (doença de notificação compulsória) como estratégia para controle da doença e seu tratamento antes da alta hospitalar.

10.Exige idade no BPA consolidado - procedimentos que tem como instrumento de registro o BPAC (Boletim de produção Ambulatorial Consolidado), e exigem o registro da idade dos pacientes atendidos para possibilitar o cálculo de indicadores de saúde definidos no Pacto de Gestão.

11.Inclui valor da anestesia -procedimentos nos quais o valor para pagamento do anestesista está incluído na fração SP -Serviços Profissionais do valor do procedimento, não permitindo o registro de códigos de anestesia em separado do procedimento principal.

12.Não permite mudança de procedimento -procedimentos principais que por características do atendimento não é permitido ao estabelecimento mudar o procedimento principal da AIH.

13.Permanência por dia - procedimentos cujo valor é fixado por dia (valor da diária) e, portanto eles não têm média de permanência definida e sim número máximo de diárias a serem pagas por cada internação.

14.Permanência Máxima -define a quantidade máxima de diárias que pode ser paga numa mesma AIH para o procedimento que tem permanência por dia definida e não tem média de permanência.

15.Permite alta direta da UTI -identifica os procedimentos do Grupo 03 - Tratamento Clínico para os quais o paciente pode receber alta hospitalar diretamente do leito da UTI, não sendo exigida a sua permanência em leito de enfermaria após a alta da UTI.

16.Política Nacional de Cirurgias Eletivas -procedimentos que integram o elenco da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

17.Verifica habilitação de Terceiros -identifica os procedimentos que exigem que na AIH do hospital que realiza o procedimento principal informe o CNES do terceiro que tem habilitação para o procedimento especial informado na mesma AIH e sem o qual

o procedimento principal não pode ser realizado. Este atributo complementar está ligado a procedimentos do Grupo 05 - Transplantes de Órgão, Tecidos e Células, Subgrupo 03 - Ações relacionadas à doação de órgãos, tecido e células e Subgrupo 04 - Processamento de tecidos para transplante.

18.Exige informação de OPM - procedimentos cirúrgicos que não podem ser realizados sem que a prótese ou o material especial que tem compatibilidade no SIGTAP seja utilizado durante o ato cirúrgico, e, portanto deve ser informado o código da OPM, o CNPJ do fornecedor e o número da Nota Fiscal na AIH.