

RESOLUÇÃO NORMATIVA CNHM Nº 023/2016
AOS MÉDICOS, HOSPITAIS E ENTIDADES CONTRATANTES

A Comissão Nacional de Honorários Médicos e Sociedades Brasileiras de Especialidade comunicam as seguintes alterações, revisadas e aprovadas pela Câmara Técnica Permanente da CBHPM de 28/09/2016, a serem introduzidas na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos de 2014.

Código	Decisão	Descrição
3.04.04.06-1	Exclusão do Procedimento	Implante coclear (exceto prótese)
3.09.12.30-0	Inclusão de procedimento	Oclusão do apêndice atrial esquerdo, Porte 11B, Auxiliares 2, Porte Anestésico 5
3.09.12.99-7	Inclusão de item de observação	3) Referente ao código 3.09.12.29-6: - Diretrizes de utilização serão publicadas através de Resolução Normativa da CNHM (Comissão Nacional de Honorários Médicos).
4.02.02.79-5	Inclusão de procedimento	Ecobroncoscopia com punção aspirativa com agulha fina, Porte 10B, UCO 105,610
4.08.08.31-9	Inclusão de procedimento	Colocação de cliques(s) pré QT neoadjuvante em axila – cada lado (não inclui o exame de base), Porte 4C
4.08.08.32-7	Inclusão de procedimento	Colocação de cliques(s) pré QT neoadjuvante em mama – cada lado (não inclui o exame de base), Porte 4C
4.08.08.99-8	Inclusão de observação	OBSERVAÇÃO Referente aos códigos 4.08.08.31-9 e 4.08.08.32-7: - Diretrizes de utilização serão publicadas através de Resolução Normativa da CNHM (Comissão Nacional de Honorários Médicos).
4.15.01.28-4	Inclusão de procedimento	Tomografia por impedância elétrica do tórax, Porte 3A, UCO 19,000
4.15.01.29-2	Inclusão de procedimento	Titulação da PEEP decremental orientada por tomografia por impedância elétrica, Porte 4A
4.15.01.30-6	Inclusão de procedimento	Perfusão pulmonar por tomografia por impedância elétrica, 4A
4.15.01.99-3	Inclusão de itens de observação	<p>3) Referente ao código 4.15.01.28-4: - O procedimento poderá ser realizado durante a ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva para identificar em tempo real resposta às condutas terapêuticas e/ou alterações funcionais pulmonares relacionadas à condição clínica, entre elas: alterações regionais de ventilação ou aeração, assincronias regionais intrapulmonares, ocorrência de pneumotórax ou mecanismos de lesão pulmonar, e está condicionado à Diretriz de Utilização Terapêutica, quando preenchido ao menos um dos seguintes critérios: Risco elevado de pneumotórax ou VILI (lesão induzida pela ventilação artificial). Exemplos de tais situações são: Driving-Pressure $\geq 15\text{cmH}_2\text{O}$; pressão de plateau inspiratório $\geq 30\text{cmH}_2\text{O}$; presença de auto-PEEP $\geq 5\text{cmH}_2\text{O}$; realização de manobras de recrutamento alveolar; realização de broncoscopia sob assistência ventilatória; ocorrência de assincronia paciente-ventilador, ou sinais de excessivo esforço ins/expiratório.</p> <p>a) Realização de condutas e manobras voltadas à estratégia ventilatória, incluindo: posição prona; oxigenação por membrana extra-corpórea (ECMO);</p> <p>b) Diagnóstico de hipoxemia, evidenciado por relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300\text{mmHg}$;</p> <p>4) Referente ao código 4.15.01.29-2: O procedimento poderá ser realizado para a escolha da pressão expiratória pulmonar final (PEEP) durante ventilação mecânica invasiva, utilizando como critério a quantificação percentual e distribuição regional de colapso e hiperdistensão pulmonar. O mesmo está condicionado à Diretriz de Utilização Terapêutica, quando preenchido ao menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a) Realização de condutas voltadas à estratégia ventilatória protetora, incluindo: ajustes de parâmetros ventilatórios visando redução de Driving-Pressure e/ou volume-corrente;</p> <p>b) Aumento da restrição do compartimento abdominal ou caixa torácica secundário a: obesidade com $\text{IMC} \geq 30\text{Kg/m}^2$; sinais de hipertensão intra-abdominal de qualquer etiologia; realização de pneumoperitônio durante procedimento cirúrgico.</p> <p>5) Referente ao código 4.15.01.30-6: O procedimento poderá ser realizado para identificar à beira-leito falhas regionais de enchimento no leito vascular pulmonar e está condicionado à Diretriz de Utilização Terapêutica, quando preenchido ao menos um dos seguintes critérios:</p> <p>a) Presença de fatores de risco ou suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar;</p> <p>b) Hipoxemia súbita ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300\text{mmHg}$) não associada a condensação alveolar;</p> <p>c) Acompanhamento de perfusão previamente alterada.</p>

		<p>6) Referente aos códigos 4.15.01.28-4, 4.15.01.29-2 e 4.15.01.30-6:</p> <ul style="list-style-type: none">- Poderão ser realizados em ambiente de terapia intensiva ou centro cirúrgico;- Os procedimentos descritos não fazem parte da monitorização clínica incluída no porte do intensivista. Quando realizados pelo plantonista ou diarista, tais procedimentos deverão ser valorados à parte, respeitados os portes para eles previstos nessa Classificação Hierarquizada;- Quando o equipamento pertencer à equipe médica, esta terá direito ao previsto na UCO valorada no procedimento 4.15.01.28-4;- Se necessário, os procedimentos descritos poderão ser repetidos ao longo da internação, respeitados os critérios estabelecidos nas respectivas Diretrizes de Utilização Terapêutica;- O procedimento 4.15.01.28-4 se refere a um procedimento de base e poderá ser realizado de maneira isolada. Os procedimentos 4.15.01.29-2 e 4.15.01.30-6 são procedimentos específicos, adicionais ao procedimento 4.15.01.28-4, devendo, portanto, ter seus respectivos portes acrescidos ao procedimento de base quando preenchidas as respectivas Diretrizes de Utilização.
--	--	---

São Paulo, outubro de 2016



Dr. Emilio Cesar Zilli
Presidente da Câmara Técnica Permanente da CBHPM