PROCESSO-CONSULTA CFM nº 16/2016 – PARECER CFM nº 12/2017

INTERESSADO:	Unimed Belém
ASSUNTO:	Procedimentos excludentes – remuneração
RELATOR:	Cons. Aldemir Humberto Soares

Nota: Parecer superado pela Resolução CFM nº 2.448/2025

EMENTA: Na utilização da CBHPM para efeitos de valoração ou cobrança de procedimentos cirúrgicos, as seguintes premissas devem ser seguidas:

1– Todo procedimento caracterizado como fase obrigatória do ato cirúrgico não deve ser computado;

2 – Nas cirurgias compostas deve ser utilizado apenas o código mais abrangente e que corresponda a todos os procedimentos, não devendo ser feito decomposição em dois ou mais códigos.

DA CONSULTA

O CFM recebeu consulta da Unimed Belém com o intuito de obter informações e/ou recomendações que respaldem o trabalho da cooperativa, especificamente sobre a definição e regulação dos chamados procedimentos excludentes, expressão frequentemente utilizada no relacionamento entre o médico assistente e o setor de auditoria.

Lembra que a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), de novembro de 2014, editada pela Associação Médica Brasileira (AMB), traz no conteúdo das instruções gerais o item 4, que trata da valorização dos atos cirúrgicos, especificamente o subitem 4.5.

Relata que a discussão torna-se conflituosa quanto ao entendimento de ambas as partes envolvidas sobre o que seria um procedimento integrante. De tal forma que instituições e colegiados têm estabelecido tabelas específicas que norteiam as suas excludências.

Como a instituição não encontrou uma regulamentação oficial sobre o tema, após pesquisa realizada pela Câmara Técnica da Unimed Belém, recorrem ao CFM para a pertinente orientação.

DO PARECER

As instruções gerais da CBHPM em relação a valoração dos atos cirúrgicos estabelece os seguinte itens:

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

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

4.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

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

4.5 Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

De modo geral, os procedimentos cirúrgicos e invasivos da CBHPM foram descritos e classificados com base nas principais técnicas cirúrgicas existentes e reconhecidas pelas respectivas associações de especialidade médica, vinculadas à AMB, para tratamento de doenças que requeiram intervenção.

As intervenções cirúrgicas são realizadas em quatro fases básicas e fundamentais, também conhecidas como tempos cirúrgicos:

Diérese – É o rompimento da continuidade dos tecidos, ou planos anatômicos, para atingir uma região ou órgão. Divisão dos tecidos para acesso a região a ser operada.

Hemostasia – Conjunto de manobras manuais ou instrumentais para deter ou prevenir um sangramento ou impedir a circulação de sangue em determinado local em um período de tempo.

Exérese - Tempo cirúrgico fundamental, onde efetivamente é realizada a intervenção no órgão ou tecido desejado, visando o diagnóstico, o controle ou a resolução da intercorrência, reconstituindo a área e procurando deixá-la da forma mais fisiológica possível.

Síntese – É a união dos tecidos, consiste em aproximar ou coaptar as bordas das incisões realizadas, com a finalidade de estabelecer a contiguidade do processo de cicatrização.

Esses procedimentos, ou manobras, são realizados pelo cirurgião e equipe, de maneira consecutiva ou simultânea, do início até o término da cirurgia. São indissociáveis e já estão previstos, e devidamente valorados, em todos os portes e procedimentos descritos na CBHPM.

O item questionado, de nº 4.5, é claro em seu enunciado, e foi previsto para excluir da valoração os procedimentos que são inerentes e inclusos como tempo cirúrgico obrigatório, assim como evitar cobrança simultânea nos casos em que existem procedimentos compostos ou complementares codificados.

Sempre que um procedimento é caracterizado como fase obrigatória de uma cirurgia, o mesmo não deve ser computado para efeito de cobrança do procedimento realizado.

Tomamos como exemplo o código CBHPM 3.03.01.23-8 – Sutura de pálpebra: o procedimento sutura de pálpebra está previsto quando isoladamente o ato é requerido para abordar uma situação clínica específica, como um ferimento cortante em pálpebra, cuja resolução poderá ser dada por meio de sutura.

Em todos os outros códigos cirúrgicos de pálpebra que impliquem em sutura, os mesmos são considerados tempo cirúrgico obrigatório (síntese) e a sua cobrança adicional é indevida.

Nesse sentido, em todos os códigos em que é necessário diérese e/ou síntese para sua realização, estas não devem ser valoradas.

Nos casos de cirurgias compostas, que já estejam devidamente codificadas na CBPHM, deve ser utilizado apenas o código mais abrangente e que corresponda a todos os procedimentos, e que é chamado de principal. Não deve ser feita a decomposição em dois ou mais códigos.

Exemplos de procedimentos compostos:

Quando se realiza o procedimento: 3.10.09.07-7 - herniorrafia com ressecção intestinal

(estrangulada), ele é o principal, e no mesmo já estão embutidos os códigos: 3.10.09.115 - herniorrafia inguinal – unilateral e 3.10.03.28-1 - enterectomia segmentar.

Ao se realizar a cirurgia 3.10.04.10-5 - fissurectomia com ou sem esfincterotomia, não deve ser cobrado o código 3.10.04.33-4 - esfincterotomia, que já faz parte do procedimento principal.

O mesmo é entendido para o procedimento 3.10.04.30-0 - tratamento cirúrgico de retocele (colpoperineoplastia posterior) (principal), o qual já comporta o código

3.13.02.05-0 - colpoplastia posterior com perineorrafia.

Em todos esses casos, somente a cobrança do procedimento principal é devida, visto que o ato complementar, apesar de existir como um ato cirúrgico independente, o mesmo já está contemplado na cirurgia principal.

Ainda, como exemplo:

Quando utilizado o código 3.05.02.36-5, que corresponde a sinusotomia frontal intranasal com balão por videoendoscopia, os seguintes códigos são excludentes e não devem ser valorados:

3.05.02.21-7 – sinusectomia frontal com retalho osteoplástico ou via coronal

3.05.02.22-5 – sinusectomia fronto-etmoidal por via externa

3.05.02.26-8 – sinusotomia frontal intranasal

3.05.02.27-6 – sinusotomia frontal via externa

3.05.02.35-7 – sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia

Portanto, todas as vezes que um ou mais procedimento(s) estiver(em) contido(s) em um procedimento maior, apenas este deve ser objeto de cobrança.

É importante salientar que o bom senso e a ética devem prevalecer na aplicação das regras e instruções da CBHPM, não devendo levar a cobrança tendenciosa, assim como, o não pagamento de forma abusiva de honorários médicos.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, DF, 27 de abril de 2017.

ALDEMIR HUMBERTO SOARES

Conselheiro Relator

Nota: Parecer superado pela Resolução CFM nº 2.448/2025