



# Diretrizes Gerais Cirurgias Eletivas

## 2011 -2012



## DIRETRIZES GERAIS CIRURGIAS ELETIVAS 2011-2012

### Legislação Anterior

**Portaria GM nº 1.372** de 01 de julho de 2004 instituiu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade.

**Portaria SAS nº 501** de 17 de setembro de 2004 estabeleceu as normas relativas à elaboração dos projetos para a realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Media Complexidade e aumentou o nº de procedimentos.

**Portaria GM nº 252** de 06 de fevereiro de 2006 redefiniu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e aumentou o nº de procedimentos.

**Portaria GM nº 958** de 15 de maio de 2008 redefiniu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Media Complexidade e foi revogada pela portaria GM nº 1.919/2010.

### Situação Atual - 2011

A **Portaria GM nº 1.919** de 15 de julho de 2010 redefiniu a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e aprovou a distribuição de recursos por estado do valor total de R\$ 200.000.000,00 (duzentos milhões de reais) para execução dos procedimentos de julho de 2010 a junho de 2011 e, desse valor existe atualmente um saldo de cerca de R\$ 46.000.000,00 (quarenta e seis milhões de reais). A mesma portaria (artigo 4º) determinou a provisão de R\$ 150.000.000,00 (cento e cinqüenta milhões de reais) para 2011 e sua distribuição por UF após a avaliação da produção geral dos procedimentos cirúrgicos eletivos executados por municípios e estados de julho de 2010 a março de 2011, estando este processo de distribuição atrasado – nenhum valor de 2011 foi executado por não ter sido distribuídos os recursos previstos na Portaria 1.919 - pois quando avaliado o desempenho por estado a maioria possuía saldos elevados (maio/2011) a despeito de alguns estados já terem



zerado o valor distribuído em 2010 dentro no tempo previsto, ficando estes sem recursos.

Considerando que a maioria dos estados apresentava saldo ao final do prazo estabelecido (junho de 2011) foi então publicada a **Portaria nº 1.690**, em 22 de julho de 2011, que prorrogou o prazo estabelecido para a execução dos recursos de 2010 até a competência setembro de 2011 (artigo 2º , § 3º da Portaria nº 1.919 de 15 de julho de 2010), conforme acordado com o CONASS e o CONASEMS.

Considerando a existência atual do um saldo elevado referente a 2010, os valores totais de 2011 ainda não foram distribuídos e, para não perder o saldo de 2010 e não ter que aguardar ate outubro para efetuar a distribuição dos recursos de 2011, o MS apresentou proposta - discutida com o Conass e Conasems em reuniões do DRAC e DAE e no de estabelecimento de diretrizes para os próximos 16 meses, que contempla o volume de recursos (saldo de 2010 + recursos de 2011), os quais serão somados aos recursos previstos para 2013 de forma a possibilitar o inicio imediato da execução dos mesmos a partir de setembro.

A seguir apresenta -se o resumo da proposta de diretrizes e estratégias para 2011 e 2012 para as cirurgias eletivas que foi apresentada na reunião do GT de Atenção da CIT no dia 23 de agosto.

#### **Documento sobre as diretrizes para 2011 e 2012**

O documento apresentado sobre as diretrizes gerais para as cirurgias eletivas para o período 2011 – 2012 será submetido à apreciação e pactuação dos gestores na CIT de 25 de agosto de 2011 e foi elaborado a partir das discussões feitas com a participação do DAE, DRAC, CONASS, CONASEMS, SMS de Belo Horizonte, SES do Paraná e assessoria do INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) para a ortopedia.



Esse documento foi apresentado em reunião do GT de Atenção da CIT do dia 23 de agosto e propõe novas diretrizes e forma de transferência de recursos financeiros para a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de setembro de 2011 a dezembro de 2012 (16 meses), tendo como eixos norteadores o diagnóstico feito com base nas filas de espera, por especialidades:

- Melhoria do acesso da população para a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos utilizando estratégias para a redução das filas de espera;
- Organização dos fluxos de pacientes para os procedimentos cirúrgicos eletivos de media complexidade, de forma a favorecer a ampliação do acesso aos procedimentos prioritários nas especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Vascular e Oftalmologia.
- Apoiar os gestores na regulação, avaliação e controle sobre a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

Para isso, propõe-se que os gestores estaduais e municipais desenvolvam estratégias adequadas para diagnosticar e reduzir a demanda reprimida em cirurgias eletivas (tipo de procedimentos com demanda reprimida, número de pessoas na fila, tempo de espera, capacidade de oferta local ou regional) em 2012, sendo essa a condição para o pleito de recursos em 2013. Esses recursos deverão ser pactuados na CIT antes do final de 2012.

### Proposta de Alocação de recursos FAEC em 2011 e 2012 por Componentes

Para a alocação dos recursos financeiros os procedimentos eletivos serão mantidos no FAEC, a partir da definição três componentes, detalhados a seguir.

**Componente I** - refere-se especificamente a alocação de recursos para as cirurgias de catarata que passarão a ter limite e serão pagos de acordo com a tabela do SUS.

**Componente II** – definição de recursos mediante estratégias para reduzir as filas de espera em cinco especialidades, com 20 procedimentos prioritários – Ortopedia,



Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular, Urologia e outros procedimentos de Oftalmologia (lista anexa).

**Componente III** - serão destinados recursos para outros procedimentos dentro das especialidades prioritárias e de outras especialidades consideradas relevantes pelos gestores e pactuadas na CIB.

Ressalta-se que não serão revistos os valores dos procedimentos da tabela SUS, porém, para os 20 procedimentos prioritários do componente II, será acrescido um incentivo financeiro de 50% (cinquenta por cento), excluindo deste incentivo as órteses, próteses e materiais especiais. Este incentivo destina-se a viabilizar o atendimento total, considerando exames complementares, a gestão de equipes de cirurgiões e anestesistas e da estrutura necessária para a realização das cirurgias.

Por outro lado, considerando a baixa execução dos recursos de 2010, estima-se que o saldo desse ano será de cerca de R\$ 46.000.000,00 (quarenta e seis milhões), e a idéia é de não perder-lo. Além desse saldo, para 2011 foram destinados R\$ 150.000.000,00 (cento e cinqüenta milhões) ainda não distribuídos aos estados, totalizando aproximadamente R\$ 196.000.000,00 (cento e noventa e seis milhões).

Para viabilizar a proposta para os próximos 16 meses - (setembro/2011 a dezembro de 2012) - 40% dos recursos serão alocados previamente nos estados em 2011, isso significa aproximadamente R\$ 76.000.000,00 (setenta e seis milhões) que serão antecipados mediante apresentação de proposta detalhada dos procedimentos por componente e pontuação na CIB. O 60% restantes serão distribuídos em 2012, por estado, mediante critérios e prestação de contas dos recursos, por estado, em janeiro de 2012.

Em 2012 somariam aos 60% restantes (em torno de R\$ 120.000.000,00) mais R\$ 350.000.000,00 (trezentos milhões) previstos para ano de 2012 pelo MS que serão contemplados nessa única portaria.



Frente ao exposto, considera-se oportuna a pactuação da proposta nessa CIT, com apresentação da proposta da portaria, bem como sua publicação em tempo hábil.

### Tabela Resumo dos Recursos 2011- 2012

RECURSOS/ANO	Total de Recursos (PT nº 1.919 / 2010)	2011- 2012
2010	200.000.000,00	46.000.000,00*
2011	150.000.000,00	150.000.000,00
Previsto /2012		350.000.000,00**
Total Previsto		546.000.000,00

\* Saldo 2010 \*\* Previsão 2012

### Detalhamento dos Componentes

- **Componente I:** Recursos específicos para as Cirurgias de Catarata.

Propõe-se a elaboração de estratégia específica em relação aos demais procedimentos nas especialidades prioritárias na modalidade FAEC - As cirurgias de Catarata terão limite de recursos definidos e serão remuneradas de acordo com a tabela SUS. Contudo de acordo com a realidade local e avaliação técnica sobre a demanda real dos procedimentos, os quantitativos poderão ser revistos porem disponibilizados com novos recursos (dinheiro novo). Não será permitida a utilização dos recursos dos componentes II e III para este componente.

O cálculo para a destinação de recursos para cada estado para as cirurgias de Catarata será proporcional à demanda reprimida, para isso, será utilizado como base de cálculo os parâmetros de necessidades do Conselho Brasileiro de Oftalmologia/CBO e a produção registrada em APAC/SIA e no SIH de 2000 a 2010.



A avaliação é de que os recursos para a realização de cirurgias de catarata, até então, competem com os recursos para a realização dos demais procedimentos, por exemplo, de julho de 2010 a maio de 2011 dos R\$ 90.000.000,00 (noventa milhões de reais) executados referentes a portaria nº 1919/2010 cerca de R\$ 60.000.000,00 (sessenta milhões de reais) foram utilizados para as cirurgias de Catarata. Os procedimentos deste componente serão Facectomia com implante de lenta intra-ocular e Facoemulsificação com implante de lenta intra - ocular dobrável.

- **Componente II:** Recursos para os procedimentos cirúrgicos das especialidades prioritárias:

A partir das análises realizadas pelo MS foram considerados 20 (vinte) procedimentos prioritários das especialidades ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular e outros de oftalmologia (Vitrectomia anterior e posterior, Cirurgia de Estrabismo até dois músculos e Cirurgia de Estrabismo mais de dois músculos) com maior demanda reprimida, sendo de inclusão obrigatória em todas as propostas estaduais e municipais apresentadas, exceção poderá ser feita para os municípios que já tiveram suas demandas atendidas ou não disponham de serviços para oferecer as cinco especialidades. Na ortopedia poderão ser considerados os procedimentos de alta complexidade dentre os procedimentos prioritários.

Nestas especialidades, os procedimentos prioritários definidos em portaria são os que apresentam maior demanda reprimida de acordo com diagnóstico de duas grandes capitais e de um estado que fazem gestão da fila de espera tendo havido compatibilidade entre os diagnósticos ,alem da assessoria do INTO para a Ortopedia.

Conforme comentado anteriormente, no componente II será acrescentado um incentivo de 50% ao valor do procedimento pago na tabela.





- O repasse de recursos FAEC desse componente será feito quando a soma total da produção do procedimento prioritário na especialidade for superior a produção executada do mesmo procedimento no teto MAC no período de 2010, Para o mesmo procedimento (para catarata e procedimentos prioritários) e para o grupo de procedimentos (para os demais procedimentos)

Os gestores deverão promover aditamentos aos contratos para viabilizarem o pagamento dos prestadores incluindo o incentivo.

Serão permitidas as transferências de recursos dos componentes I e III para o componente II.

#### **- Componente III:**

Procedimentos que podem estar dentro das especialidades definidas ou em outras especialidades e que sejam relevantes no contexto locoregional. Serão pagos com recursos do FAEC no valor da tabela e não haverá pagamento de incentivo

#### **Proposta de recursos para as cirurgias de Catarata**

Propõe-se que os recursos para as cirurgias de Catarata continuem no FAEC, com teto definido, mas com atualização de valores a semelhança da TRS (encontro de contas).

O montante de recursos a ser destinado a cada estado será proporcional à demanda reprimida, a ser calculada com base nos parâmetros de necessidade do Conselho Brasileiro de Oftalmologia / CBO e a produção registrada no SIA e SIH de 2002 a 2010.

Destaca-se que os valores para cirurgias de Catarata poderão ser revistos em situações excepcionais, mediante solicitação do gestor, com a devida avaliação sobre a demanda real dos procedimentos e após aprovação na CIB.



## Proposta de recursos para os procedimentos considerados prioritários e estratégias:

Os procedimentos considerados prioritários serão remunerados conforme valores da tabela SUS, acrescidos de **incentivo financeiro** de 50% (cinquenta por cento), objetivando o atendimento integral - os exames complementares específicos e de maior complexidade, a gestão de equipes de cirurgiões e anestesistas - e da estrutura necessária para a realização das cirurgias, excluídas as órteses, próteses e materiais especiais.

O restante dos recursos poderão ser destinados a outros procedimentos dentro das especialidades prioritárias e de outras especialidades, consideradas como relevantes para o contexto local/regional. Os demais procedimentos serão remunerados pelos valores da tabela SUS.

Os critérios para a distribuição dos recursos para os estados considerarão um *mix* do valor percapita e dos indicadores de extrema pobreza, visando a redução das iniquidades, bem como o percapita MAC de cada estado.

Um percentual de 40% do valor total dos recursos de 2011 serão repassados antecipadamente aos estados em setembro mediante manifestação formal do gestor estadual junto ao MS e a prestação de contas destes recursos por parte de estados e municípios ocorrerá em janeiro de 2012.

Haverá encontro de contas entre os valores já repassados e os valores da produção em janeiro de 2012, devendo ocorrer o repasse dos recursos de 2012 quando não houver mais créditos por parte do proponente. Em meados junho de 2012 está prevista um encontro de contas e caso não haja produção, esta prevista a devolução dos recursos, ou retenção de recursos do teto MAC e norteará também as estratégias para 2013.



## **ANEXO I :**

### **Procedimentos Prioritários:**

#### **1 - ORTOPEDIA**

Artroplastia total primária de quadril não cimentada

Artroplastia total de quadril (revisão/reconstrução)

Reconstrução intra-articular ligamentar do joelho (ligamento cruzado anterior)

Tratamento cirúrgico de rotura do menisco – sutura de menisco uni/bicompartimental

Tratamento cirúrgico de rotura do menisco – meniscectomia parcial/total

#### **2 – OTORRINOLARIGOLOGIA**

Timpanoplastia uni/bilateral

Amigdalectomia e adenoidectomia

Mastoidectomia radical

Adenoidectomia

Mastoidectomia subtotal

Amigdalectomia

Microcirurgia do ouvido

#### **3 – UROLOGIA**

Ressecção endoscópica da próstata

Nefrolitotomia per cutânea

Ureterolitotomia

#### **.4 – OFTALMOLOGIA**

Além das cirurgias de cataratas, os procedimentos prioritários são:

Vitrectomia anterior e posterior

Cirurgia de Estrabismo (até 02 músculos)

Cirurgia de Estrabismo (mais de 02 músculos)

## II.5 – CIRURGIA VASCULAR

Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral)

Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)

## Anexo II: DIRETRIZES PARA A ESTRATÉGIA DE AUMENTO DO ACESSO ÀS CIRURGIAS ELETIVAS 2011-2012

### I – DIRETRIZES GERAIS

1 – A portaria normatizará a estratégia para as cirurgias eletivas deverá prever a revogação da Portaria GM Nº 1.690 de 22 de julho de 2011, mantendo desta apenas o pagamento da produção executada até 30 de agosto de 2011, respeitando os prazos em vigor para a apresentação das AIH no SIH/SUS.

2 – Considerando ser o diagnóstico das filas de espera de cirurgias eletivas o principal norteador da elaboração de estratégias para a sua redução, propõe-se que gestores estaduais e municipais desenvolvam dispositivos para conhecer sua demanda reprimida (tipo de procedimentos, número de pessoas na fila, tempo de espera, capacidade de oferta local ou regional).

3 – A portaria a ser publicada deverá prever três componentes, a saber:

#### **Componente I – Cirurgias de Catarata**

Terão estratégia específica, devido ao caráter competitivo por recursos que historicamente tem ocorrido para a realização destas cirurgias, em relação às demais especialidades e procedimentos.

#### **Componente II – Especialidades e procedimentos prioritários**

Trata-se de especialidades e procedimentos com grande demanda reprimida e/ou significativa dificuldade de acesso ao tratamento, de acordo com diagnóstico de duas grandes capitais e de um estado que fazem gestão da fila de espera, tendo havido compatibilidade entre os diagnósticos. Serão de inclusão obrigatória em todas as propostas. Exceção poderá ser feita para os municípios que já tiveram suas demandas atendidas ou não disponham de serviços para oferecer as cinco especialidades. As especialidades e procedimentos prioritários estão descritos no item II deste documento.



### Componente III – Outros procedimentos

Procedimentos que podem estar dentro das especialidades definidas como prioritárias ou em outras especialidades, e que sejam considerados relevantes no contexto local/regional. Devem estar na classificação de média complexidade.

4 – Serão considerados procedimentos de alta complexidade em ortopedia, dentre os procedimentos prioritários.

5 - A alocação, a transferência de recursos e a prestação de contas ocorrerão da seguinte forma:

5.1) O valor total de recursos a ser destinado de setembro de 2011 a dezembro de 2012 corresponderá à soma do saldo estimado da Portaria GM/MS Nº 1.919 de 15 de julho de 2010 com os recursos previstos para 2012, havendo valor específico para cada um dos três componentes.

5.2) As cirurgias de catarata serão remuneradas de acordo com a tabela SUS. Do montante a ser definido para este componente, a alocação por estado será proporcional à demanda reprimida, utilizando como base de cálculo parâmetros de necessidade do Conselho Brasileiro de Oftalmologia/CBO e a produção registrada no SIA e SIH de 2000 a 2011, acrescida da estimativa de novos casos em 2012.

Mediante solicitação dos gestores tecnicamente fundamentada e, após aprovação na CIB, os valores poderão ser revistos.

Os recursos para a realização de cirurgias de catarata continuarão no FAEC, porém com limite definido, sendo realizado encontro de contas periódico, a exemplo da TRS.

5.3) Os procedimentos considerados prioritários serão remunerados com os valores da tabela SUS acrescidos de incentivo financeiro de 50% (cinquenta por cento) excluindo-se deste incentivo as órteses, próteses e materiais especiais. Este incentivo destina-se a viabilizar o atendimento integral, considerando-se exames complementares específicos e de maior complexidade, a gestão de equipes de cirurgiões e anestesistas, e da estrutura necessária para a realização das cirurgias.

Os gestores deverão celebrar instrumentos jurídicos que viabilizem o pagamento dos prestadores incluindo os incentivos.





5.4) O valor correspondente ao saldo estimado da Portaria GM/MS nº 1.919 de 15 de julho de 2010 será repassado em 2011, mediante propostas financeiras dos gestores estaduais e municipais detalhando os valores de cada componente, e aprovadas na CIB.

5.5) Os recursos de 2012 serão repassados em 2012, mediante propostas financeiras dos gestores estaduais e municipais detalhando os valores de cada componente, e aprovadas na CIB.

5.6) A portaria a ser publicada deverá explicitar os valores por componente que serão destinados aos estados e Distrito Federal em 2011 e 2012.

5.7) Serão considerados para a redução de iniquidades indicadores como o percentual de população em extrema pobreza ou per capita MAC de cada estado e do Distrito Federal.

5.8) A partir de janeiro de 2012 haverá encontro de contas entre os valores repassados em 2011 e os valores da produção, só ocorrendo o repasse de novos recursos quando não houver mais saldo dos recursos de 2011.

O prazo limite para o encontro de contas dos recursos repassados em 2011 será junho de 2012. Caso não haja produção para fechar o encontro de contas haverá devolução de recursos, ou retenção de recursos do teto MAC por parte do MS.

5.9) O remanejamento de recursos só será permitido dos componente I e III para o componente II, e condicionado à aprovação da CIB.

5.10) O repasse de recursos do componente III será feito a partir do valor físico que exceder o correspondente à produção executada em período correspondente em 2010, remunerada pelo teto MAC, sendo a comparação feita com o mesmo procedimento.

5.11) As diretrizes pactuadas serão seguidas de elaboração e discussão das simulações da alocação dos recursos para os estados e Distrito Federal no GT da CIT, elaboração de minuta de portaria, e apresentação desta às diretorias do CONASS e CONASEMS. Havendo consenso, a portaria será publicada com vigência a partir de 01 de setembro de 2011.





## II – ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS

Considerando o número de pacientes em filas de espera Belo Horizonte (que envolve demanda de municípios do interior do estado, podendo abranger até seis milhões de habitantes de acordo com a PPI), e filas de espera de Curitiba e do interior do Paraná, e as consequências em termos de morbidade/sequelas e qualidade de vida, elegeu-se como prioritárias as seguintes especialidades:

- Ortopedia
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Vascular

Não foi possível avaliar filas de espera de outras localidades.

### II.1 – ORTOPEDIA

As lesões envolvendo manguito rotator do ombro são as de maior demanda para intervenção cirúrgica eletiva, no entanto, a opinião clínica do profissional do profissional do é de que estas lesões, em sua grande maioria, devem ter tratamento conservador, exigindo, portanto, avaliação mais criteriosa.

Em seguida vêm as lesões de quadril que exigem artroplastia, as lesões do ligamento cruzado anterior do joelho, e as lesões de meniscos.

Este perfil de procedimentos exige maior número de exames complementares especializados como tomografias e ressonância magnética, além de artroscopias (lesões de joelho).

Os procedimentos considerados prioritários são:

- 1 - Artroplastia total primária de quadril não cimentada
- 2 - Artroplastia total de quadril (revisão/reconstrução)

3 - Reconstrução intra-articular ligamentar do joelho (ligamento cruzado anterior)

4-Tratamento cirúrgico de rotura do menisco – sutura de menisco uni/bicompartimental





5 - Tratamento cirúrgico de rotura do menisco – meniscectomia parcial/total

## **II.2 – OTORRINOLARINGOLOGIA**

Os procedimentos prioritários são:

- 1-Timpanoplastia uni/bilateral
- 2- Amigdalectomia e adenoidectomia
- 3 - Mastoidectomia radical
- 4 - Adenoidectomia
- 5 - Mastoidectomia subtotal
- 6 - Amigdalectomia
- 7 - Microcirurgia do ouvido

## **II.3 – UROLOGIA**

Em urologia a maior demanda reprimida encontra-se nas ressecções endoscópicas da próstata, podendo haver entre estas lesões malignas que necessitariam de intervenção rápida. Também aqui, a diagnose pré-operatória deve ser considerada.

Os procedimentos prioritários são:

- 1-Ressecção endoscópica da próstata
- 2-Nefrolitotomia per cutânea
- 3-Ureterolitotomia

## **II.4 – OFTALMOLOGIA**

Além das cirurgias de cataratas, os procedimentos prioritários são:

- 1 – Vitrectomia anterior e posterior
- 2 – Cirurgia de Estrabismo (até 02 músculos)
- 3 – Cirurgia de Estrabismo (mais de 02 músculos)

## **II.5 – CIRURGIA VASCULAR**

Também aqui a exigência de diagnose especializada pré-operatória é definidora da intervenção.

Os procedimentos mais frequentes e prioritários seriam:

- 1 - Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral)



## 2 - Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)