

PORTARIA NORMATIVA nº 4-2016/DAS

Normatiza os procedimentos destinados a
ao Transplante de Células Tronco-
hematopoiéticas Autólogas (TCHT
Autólogo) – não alogênico no âmbito do
IPASGO SAÚDE.

O Diretor de Assistência do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás - IPASGO, usando de suas atribuições legais;

Considerando a necessidade de incorporação do Transplante de Células Tronco-hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico no Rol de procedimentos do IPASGO SAÚDE;

Considerando a análise técnica realizada pela Gerência de Normas e as negociações com os prestadores habilitados a executar o procedimento;

considerando a necessidade de cumprimento da norma NBR ISO 9001:2008, estabelecida pelo Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ -, resolve editar a seguinte:

PORTARIA:

Art.1º O Transplante de Células Tronco-hematopoiéticas Autólogas (TCHT Autólogo) – não alogênico passa a fazer parte do Rol de procedimentos do Ipasgo Saúde, para pacientes com idade menor ou igual a 70 anos **E** ECOG<2 **OU** performance status>80 **E** um dos seguintes diagnósticos:

a) linfoma não Hodgkin: de alto grau de malignidade em primeira remissão completa com índice internacional de prognóstico (IPI) alto-intermediário ou alto; ou em segunda remissão completa; ou em remissão parcial quimiossensível;

b) doença de Hodgkin: quimiossensível, em segunda remissão completa, ou doença em remissão parcial ou primariamente refratário após esquema primário ou resgate - excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual e;

c) mieloma múltiplo.

Art. 2º A realização dos procedimentos e os medicamentos envolvidos deverão ser objeto de solicitação prévia pelo prestador e autorização pela auditoria médica especializada em hematologia e/ou cancerologia do Ipasgo e/ou pelos Coordenadores e/ou Supervisor de Auditoria Médica e/ou Gerente de Auditoria de Procedimentos do Ipasgo.

§ 1º Os procedimentos e os medicamentos tipo OPME necessários à realização dos procedimentos somente poderão ser solicitados por médicos prestadores credenciados especialistas em hematologia e/ou cancerologia, que deverão preencher o Formulário de "Solicitação de atendimento" e cadastrar a solicitação no sistema eletrônico do Ipasgo.

§ 2º As solicitações em meio físico e em meio eletrônico deverão conter os dados mínimos pertinentes que justifiquem a realização dos procedimentos conforme artigo 1º desta Portaria. Deverão ser **NECESSARIAMENTE** descritos: Sexo, idade, peso, altura e superfície corporal atual do(a) paciente, diagnóstico (incluindo estadiamento e índice de prognóstico internacional), quimioterapias prévias com datas e protocolos utilizados e complicações, radioterapias prévias com datas, campos, doses e complicações, evolução da doença de base até o momento: resposta terapêutica (completa, parcial, refratariedade, progressão de doença) e status de quimio e radiosensibilidade quando possível. Também devem ser descritos a performance status e/ou ECOG.

§ 3º O prestador deverá preencher o Formulário "Solicitação de OPME", disponível no sistema prestadores e deverá incluir no sistema orçamento de materiais com o código e a quantidade de cada um.

§ 4º Deverão ser anexados os exames complementares laboratoriais e de imagem comprobatórios do diagnóstico.

Art. 3º Tendo sido comprovada a existência de indicação conforme o Art 1º, será expedida guia tipo CONSULTA, Guia de Internação Hospitalar (GIH) ou Guia de Tratamento Ambulatorial (GTA) conforme a fase do tratamento.

Art. 4º O ressarcimento de OPME está condicionado à comprovação de sua utilização pela anexação à conta nosocomial dos selos individuais dos produtos, contendo lote e validade.

Parágrafo Único – A realização indevida e/ou não comprovada de qualquer procedimento, ainda que previamente autorizado, acarretará em glosa do mesmo.

Art. 5º Da **1ª Etapa – Avaliação clínico-laboratorial**: dividida em primeira consulta com solicitação de exames e consulta de retorno, para análise dos resultados de exames, explicações, planejamento, e esclarecimento e assinatura de termo de consentimento.

Código	Descrição	CH	Qtde	Tipo de guia
00010170	AVALIACAO CLINICA PRE TCTH AUTOLOGO	550	1	Consulta
00010189	RETORNO CLINICO PRE TCTH AUTOLOGO	550	1	Consulta

Parágrafo Único - Estes códigos remunerarão tão somente os honorários médicos. Os exames complementares serão solicitados e remunerados à parte pelas vias comuns.

Art. 6º Da 2ª Etapa – Mobilização: processo que pode durar 15 dias, para mobilização das células progenitoras da medula óssea para a corrente sanguínea, combinando ou não o uso de fatores de crescimento celulares (fator estimulante de colônias de granulócitos – G-CSF) com quimioterápicos e monitorando essa mobilização através da realização de hemogramas e da determinação de células CD34 positivas por citometria de fluxo para indicar o momento de se iniciar o procedimento de coleta e o número de aféreses necessárias para que se atinja o número de células desejado a ser infundido. Esse processo dura, em média 15 dias, sendo realizado 1 hemograma por dia e, a partir do resultado, até 3 citometrias de fluxo para contagem de células CD34+.

Código	Descrição	CH	Qtde / tratamento	Tipo de guia
27041138	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA MOBILIZACAO E COLETA COM QUIMIOTERAPIA DE ALTAS DOSES	2020	1	GIH

§ 1º Através desse código serão remunerados os honorários médicos e os hemogramas (15) e citometrias de fluxo (3) necessários para esta fase, conforme acordo firmado com a rede prestadora credenciada para o procedimento, sendo vedada a solicitação destes exames até 15 dias após a emissão da guia desse procedimento.

§ 2º Nesta 2ª etapa, além dos honorários, serão cobrados os materiais e medicamentos utilizados para estimulação medular e, se indicada, para quimioterapia para mobilização medular, utilizando-se os códigos específicos para cada caso, considerando o diagnóstico e as características físicas de cada paciente, sujeita a auditoria autorizativa.



§ 3º Para estimulação medular, é utilizado fator estimulante de colônias de granulócitos (G-CSF):

Código	Descrição	Dose
10820	FILGRASTIM 300 MCG 1 ML SI IV SC FA	10µG/Kg/dia até
23647	MOLGRAMOSTIM 150 MCG + DIL. 1 ML PO IV SC FA	20 células
32271	MOLGRAMOSTIM 300 MCG + DIL. 1 ML PO IV SC FA	CD34+/µL de
23639	MOLGRAMOSTIM 400 MCG + DIL. 1 ML PO IV SC FA	sangue periférico

§ 4º A quimioterapia para mobilização medular em portadores de MIELOMA MÚLTIPLO é feita com o protocolo C4g: Ciclofosfamida (Mesna + Furosemida + Ondansetrona)

Código	Descrição	Acrônimo	Dose
23701	MESNA 100 MG/ML 4 ML SI IV AP		200mg/m ² (6 doses/dia), 4 dias
42358	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML SI IM IV AP		20 mg (3 doses/dia), 4 dias
27618	ONDANSETRONA 2 MG/ML 2 ML SI IM IV AP		8mg/dia (4 dias)
27600	ONDANSETRONA 2 MG/ML 4 ML SI IM IV AP		

§ 5º A quimioterapia para mobilização medular em portadores de LINFOMAS é feita com o protocolo ICE: Ifosfamida + Carboplatina + Etoposida (+ Mesna + Ondansetrona)

Código	Descrição	Acrônimo	Dose
23582	IFOSFAMIDA 1G PO IV FA	I (ifosfamida)	5 g/m ² , 1 dia
23574	IFOSFAMIDA 2 G 50 ML PO IV FA		
23590	IFOSFAMIDA 500 MG PO IV FA		
32344	CARBOPLATINA 150 MG 15 ML SI IV FA	C (carboplatina)	Ajustada pelo AUC 5 (fórmula de Calvert)
32549	CARBOPLATINA 450 MG 45 ML SI IV FA		
32522	CARBOPLATINA 50 MG 5 ML SI IV FA		
32662	ETOPOSIDEO 100 MG 5 ML SI IV FA	E (etoposídeo)	100 mg/m ² , 3 dias
23701	MESNA 100 MG/ML 4 ML SI IV AP		5 g/m ² , 1 dia
27618	ONDANSETRONA 2 MG/ML 2 ML SI IM IV AP		8mg/dia (4 dias)
27600	ONDANSETRONA 2 MG/ML 4 ML SI IM IV AP		

§ 6º Em caso de fracasso da mobilização (incapacidade de atingir 20 células CD34+/µL de sangue periférico, pode ser necessária a repetição dessa etapa em oportunidade posterior, com adição de Plerixafor ao G-CSF, na dose de 0,24 mg/kg peso corporal/dia (dose máxima de 40mg/dia), via subcutânea, 6 a 11 horas antes da iniciação de cada aférese, após 4 dias de pré-tratamento com G-CSF, sendo a quantidade de doses utilizadas dependente da resposta do paciente.

Art.7º Da 3ª Etapa – Coleta, processamento e armazenamento: Coleta de células-

tronco por procedimento de aférese; com processamento para contagem das células-tronco hematopoiéticas (CTH) por citometria de fluxo, seguidas do congelamento e criopreservação das células coletadas. Podem ser necessárias coletas em dois dias consecutivos, já previstas neste código.

Código	Descrição	CH	Qtde /tto	Tipo de guia
27030083	COLETA DE CELULAS TRONCO POR PROCESSADORA AUTOMATICA	360	1	GIH
27041042	CONGELAMENTO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO PERIFERICAS	6540	1	GIH
27041050	MANUTENCAO DE CONGELACAO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO	5890	1	GIH

Parágrafo Único - O código 27030083 se destina à remuneração dos honorários médicos. Os códigos 27041042 e 27041050 se destinam a remunerar pelo processo de congelamento e manutenção de congelação por período de 3 anos consecutivos.

Art. 8º Da 4ª Etapa - Condicionamento: Quimioterapia de altas doses por 2 a 6 dias

§ 1º Nesta 4ª Etapa, anexada à solicitação de guia GTA, devem ser cadastrados os materiais e medicamentos utilizados na quimioterapia para supressão medular, utilizando-se os códigos específicos para cada caso, considerando o diagnóstico e as características físicas de cada paciente.

Código	Descrição	CH	Qtde / dia	Tipo de guia
30020034	QUIMIOTERAPIA SISTEMICA INICIAL NO PRIMEIRO DIA	180	1	GTA
30020042	QUIMIOTERAPIA SISTEMICA DO SEGUNDO AO SETIMO DIA SUBSEQUENTE NA SEMANA POR DIA DE TRATAMENTO	30	1	GTA

§ 2º Para condicionamento de pacientes portadores de **MIELOMA MÚLTIPLO**, utiliza-se, em geral, o protocolo MEL200, (Melfalano) - durante 2 dias.

Código	Descrição	Acrônimo	Dose
44024	MELFALANA 50 MG + DIL. 10 ML PO IV FA	MEL (melfalano)	200mg/m² por dia, dividido em 2 dias

I- Em pacientes com comprometimento da função renal, (creatinina sérica >2 ou clearance de creatinina <50), o melfalano é administrado em dose única de 140 mg/m².

§ 3º Para condicionamento de pacientes portadores de **LINFOMAS**, utiliza-se, em geral, protocolo **BEAM**, durante 6 dias: Carmustina + Etoposídeo + Citarabina + Melfalano.

Código	Descrição	Acrônimo	Dose
23426	CARMUSTINA 100 MG + DIL. PO IV FA	Carmustina	300-400 mg/m ² , 1 dia
32662	ETOPOSÍDEO 100 MG 5 ML SI IV FA	E (etoposídeo)	200 mg/m ² dividido em 2 doses/dia, 4 dias
1511	CITARABINA 20 MG/ML 5 ML SI IT IV SC FA	A (aracytin)	200 a 400 mg/m ² , 4 dias
26336	CITARABINA 500 MG 25 ML SI IT IV SC FA		
44024	MELFALANA 50 MG + DIL. 10 ML PO IV FA	M (melfalan)	140 mg/m ² , 1 dia

Art. 9º Da 5ª Etapa – Infusão das CTH: Realizada em regime hospitalar, seguida de internação clínica com monitorização hemodinâmica em unidade de atenção semi-intensiva, com acompanhamento clínico por médico especialista hematologista ou cancerologista, por prazo mínimo de um dia de internação.

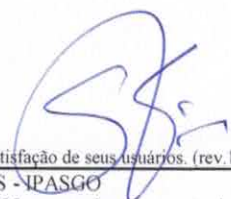
§ 1º Deverá ser emitida GIH como o código do procedimento e, na conta nosocomial, deverão ser cobradas as diárias de leito semi intensivo e os honorários médicos do acompanhamento, além dos materiais e medicamentos necessários ao suporte de vida/tratamento de intercorrências, utilizando-se os códigos específicos para cada caso, considerando o diagnóstico e as características físicas de cada paciente.

Código	Descrição	CH	Qtde / dia	Qtde /tto	Tipo de guia
27030105	APLICACAO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO	259	1	1	GIH
27030113	ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR DIA DO TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA – POR 12 HS	296	2	2	GIH
103003	DIARIA DE LEITO SEMI INTENSIVO		1	1	

§ 2º É vedada a cobrança dos códigos “00040010 - Plantao de doze horas em UTI” e “00040037 - Assistência medica clinica diária semi-intensiva” concomitantemente com os códigos 27030105 e 27030113.

§ 3º A quantidade de diárias descrita no quadro acima se refere a um procedimento padrão, podendo ser aumentada conforme a necessidade, caso a caso.

Art. 10º Da 6ª Etapa – Seguimento Clínico: Consiste no seguimento ambulatorial diário, via consultas, para avaliação e ação imediata sobre possíveis intercorrências. O formulário de solicitação será preenchido com a solicitação do procedimento em quantidade 15 e o usuário ou responsável deverá assinar a cada utilização/consulta.



Código	Descrição	CH	Qtde / dia	Qtde /tto	Tipo de Guia
00010197	ACOMPANHAMENTO CLINICO AMBULATORIAL POS-TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	550,00	1	15	CONSULTA

§ 1º O código 0001018? - Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante de medula óssea pode ser emitido até 15 (quinze) vezes, para consultas a serem realizadas em dias consecutivos ou não, em período normal ou no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte ou em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados (a critério do médico assistente), sem que isso gere custos adicionais ao Ipasgo ou aos seus usuários.

§ 2º Intercorrências leves deverão ser, preferencialmente e a critério médico, tratadas a nível ambulatorial, estando os períodos de observação de resposta à intervenções previstos no custo do código 0001018?

§ 3º As principais indicações para administração ambulatorial de medicamentos e observação são:

- I. Infecções fúngicas, virais e bacterianas.
- II. Hipogamaglobulinemia.
- III. Desequilíbrio hidroeletrólítico leve.
- IV. Administração de nutrição parenteral intermitente e hemoterápicos.
- V. Pulsoterapia.
- VI. Administração de G-CSF

§ 4º O G-CSF é usado rotineiramente do dia seguinte à infusão das CTH até o hemograma evidenciar contagem de neutrófilos superior a 1.500U/MCL em dois dias consecutivos.

§ 5º Os medicamentos e os materiais para sua aplicação, serão solicitados vinculados à guia GTA do código 00070033.

§ 6º Os medicamentos mais frequentemente utilizados ambulatorialmente são:

- I. Fatores de estimulantes de crescimento hematopoético
- II. Antifúngicos
- III. Antivirais
- IV. Imunoglobulina venosa
- V. Imunossupressores
- VI. Hemoterápicos

- VII. Antibióticos venosos
- VIII. Nutrientes parenterais
- IX. Soluções eletrolíticas endovenosas

§ 7º Os exames complementares serão solicitados e remunerados à parte pelas vias comuns.

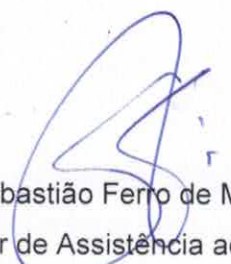
§ 8º Intercorrências mais graves deverão ser tratadas via emissão de GIH para tratamento clínico de paciente internado com ou sem internação em Unidade de Terapia Intensiva, a critério do médico assistente.

§ 9º São consideradas condições que não devem ser tratadas ambulatorialmente (indicações de reinternação):

- I. Tratamento de infecções graves com resposta insuficiente aos antibióticos ou antifúngicos administrados ambulatorialmente.
- II. Doença do enxerto contra hospedeiro aguda - GII – IV e que necessita de doses elevadas de corticosteróides para controle de diarreia volumosa (perda de > 500ml/dia).
- III. Cistite hemorrágica de origem viral ou tóxica necessitando de irrigação vesical para minimizar os riscos de nefropatia obstrutiva.
- IV. Convulsões.
- V. Pneumonites tóxicas.
- VI. Hepatite grave com alteração da função hepática.
- VII. Alterações metabólicas graves.
- VIII. Alterações hidroeletrólíticas graves.

Art. 11º Estas determinações entram em vigência a partir da data da sua publicação.

Diretoria de Assistência ao Servidor, em Goiânia, aos 13 dias do mês de junho de 2016.



Sebastião Ferro de Moraes
Diretor de Assistência ao Servidor