MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

SIA
Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

ONCOLOGIA

MANUAL DE BASES TÉCNICAS

BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL
ABRIL/2013
14ª EDIÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS/MS
Instituto Nacional de Câncer - INCA
Departamento de Atenção Especializada – DAE
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação - CGSI

Edição, Distribuição e Informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/DRAC
SAF Sul – Quadra 2 - Ed. Premium - Torre II - 3º Andar - Sala 303.
CEP: 70070.600, Brasília - DF
Telefone: (61) 3315-5873 / 3315-5870
Home Page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1529
E-mail: cgsi@saude.gov.br

Diretor do DRAC:
Fausto Pereira dos Santos

Coordenador-Geral da CGSI:
Giorgio Bottin

Elaboração e Atualização:
Maria Inez Pordeus Gadelha – DAE/SAS/MS
Maria Adelaide de Sousa Werneck – INCA/MS
Emília Tomasssini– CGSI/DRAC/SAS/MS
Leandro Manassi Panitz– CGSI/DRAC/SAS/MS
Tereza Filomena Lourenzo Faillace– CGSI/DRAC/SAS/MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2013.

MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS
116 páginas

1.Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, 2.Oncologia e Câncer, 3. Bases Técnicas. 4. Ministério da Saúde, 5. Atenção Especializada do SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 4
2. NEOPLASIA 10
2.1. Conceito 10
2.2. Classificação 10
2.2.1. Comportamento biológico 10
2.2.2. Histogênese 12
2.3. Nomenclatura 12
2.4. Graduação Histopatológica 15
2.5. Estadiamento 16
3. TRATAMENTO DO CÂNCER 19
4. QUIMIOTERAPIA (QT) 30
4.1. Definições e Orientações Gerais 30
4.2. Autorização e Ressarcimento pelo SUS 33
4.3. Finalidades da Quimioterapia 40
4.3.1. Quimioterapia Paliativa 40
4.3.2. Quimioterapia para Controle Temporário de Doença 437
4.3.3. Quimioterapia Prévia, Neoadjuvante ou Citorredutora. 52
4.3.4. Quimioterapia Adjuvante ou Profilática 54
4.3.5. Quimioterapia Curativa 56
4.3.6. Quimioterapia de Tumores de Crianças e Adolescentes - até 18 anos 59
4.3.7. Quimioterapia Experimental 63
4.3.8. Procedimentos Especiais 63
5. RADIOTERAPIA (RT) 65
5.1. Definições e Orientações Gerais 65
5.2. Finalidades da Radioterapia 67
5.2.1. Radioterapia Paliativa 67
5.2.2. Radioterapia Pré-Operatória (RT Prévia, Neoadjuvante ou Citorredutora.) 67
5.2.3. Radioterapia Pós-Operatória ou Pós-QT (RT Profilática ou Adjuvante.) 67
5.2.4. Radioterapia Curativa 68
5.2.5. Radioterapia Anti-Álgica 68
5.2.6. Radioterapia Anti-Hemorrágica 68
5.3. Autorização e Ressarcimento pelo SUS 68
5.4. Tempo de Tratamento 69
5.5. Autorização 70
5.6. Procedimentos Radioterápicos Principais 70
5.7. Procedimentos Radioterápicos Secundários 75
5.8. Autorização dos Procedimentos Radioterápicos Principais 79
6. TRATAMENTO DE SUPORTE 85
7. NORMAS GERAIS DE AUTORIZAÇÃO 86
8. ANEXO I 88
9. ANEXO II 91
10. ANEXO III 93
11. ANEXO IV 95
12. ANEXO V 97
13. ANEXO VI 104
14. ANEXO VII 105
14.1. Portarias e Resoluções Vigentes 105
14.2. Portarias Revogadas 112

1. INTRODUÇÃO

A autorização, o controle e a avaliação de qualquer processo pressupõem que haja normas claras e recursos humanos devidamente treinados para exercerem as suas atividades específicas. Isto se torna ainda mais fundamental quando se está diante de um novo modelo, no caso a Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, inaugurada no SUS com a autorização para procedimentos dialíticos (APAC-TRS), em 1998.

Com este modelo, completaram-se os dados do Sistema de Informações Hospitalares - SIH, que já permitia a identificação dos procedimentos por indivíduo e por doenças. Relembra-se que no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA se processam cerca de 80% de todos os registros de atendimentos e de ressarcimentos que ocorrem no SUS, cujos arquivos eram, até o advento da APAC-TRS, inteiramente numéricos.

O Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de suprir o SUS de informações qualificadas, que, além de base para as atividades gerenciais do sistema, permitam a notificação real dos dados. Estes, por sua vez, servem de esteio para a organização e replanejamento do próprio sistema, para a avaliação de procedimentos e processos e para análise qualitativa de dados atuais.

No caso da Oncologia, em meados da década de 1990, o Ministério da Saúde reuniu as suas instâncias técnicas internas, inclusive o Instituto Nacional de Câncer - INCA, para, sob a coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, procederem a uma revisão completa de todas as normas e tabelas de procedimentos oncológicos. Também participaram desse trabalho intensivo os membros do Conselho Consultivo do INCA: (a) Sociedade Brasileira de Cancerologia – SBC, (b) Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – SBCO, (c) Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC, (d) Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica – SOBOPE, (e) Setor de Radioterapia do Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR/RT, (f) Fundação Oncocentro de São Paulo – FOSP, (g) Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer – ABIFICC, (h) Hospital AC Camargo, da Fundação Antonio Prudente, de São Paulo, e (i) Hospital Erastro Gaertner, da Liga Paranaense de Combate ao Câncer.

A partir deste esforço, e sob os princípios básicos da assistência integral e integrada à população brasileira, da atualização de procedimentos e da geração de dados para a avaliação dos resultados, o Ministério da Saúde publicou três portarias, respectivamente: **(a)** Portaria GM/MS 3.535, de 02/09/1998 (substituída pelas portarias GM/MS 2.439, de 08/12/2005, e SAS/MS 741, de 19/12/2005), referente à estruturação da rede e ao credenciamento e habilitação em Oncologia; **(b)** Portaria GM/MS 3.536, de 02/09/1998 [substituída pela Portaria SAS/MS 296, de 15/07/1999, por sua vez substituída pela Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, alterada pela SAS/MS 649/2008 e SAS/MS 467, de 20/08/2007, revogada pela GM/MS nº 1.945, de 27/08/2009(*), por sua vez revogada pela Portaria GM/MS nº 2.415, de 25/08/2010, e substituída pela Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010], referente à autorização por APAC de procedimentos radioterápicos e quimioterápicos; e **(c)** Portaria SAS/MS 145, de 02/09/1998, relacionada à inclusão de procedimentos de

quimioterapia e de radioterapia e seus respectivos valores na Tabela do SIA-SUS [substituída pelas portarias GM/MS nº 2.848, de 06/11/2007, SAS/MS 346 de 23/06/2008 (que revoga a SAS/MS 145) e SAS/MS 282/2010)].

Uma quarta portaria, a SAS/MS 034/99, republicada em 31/03/1999, substituiu a SAS/MS 146/1998, e regulamenta os procedimentos quimioterápicos e radioterápicos que exigem internação e a internação específica para quimioterapia e radioterapia de procedimentos cobrados por APAC (alterados pela Portaria GM/MS 2.848, de 06/11/2007).

Então, as portarias SAS/MS 296, de 15/07/1999 (revogada pela SAS/MS 346, de 23/06/2008, por sua vez retificada pela SAS/MS 461, de 22/08/2008 e alterada pela SAS/MS 649, de 11/11/2008), a SAS/MS 431, de 03/10/2001 (alterada pela SAS/MS 347, de 23/06/2008, ambas revogadas pela SAS/MS 649), a SAS/MS 432, também de 03/10/2001 (revogada pela SAS/MS 346, de 23/06/2008), a GM/MS nº 1.655, de 17/09/2002, e a SAS/MS 467, de 20/08/2007 (revogada pela GM/MS nº 1.945/2009(*), por sua vez revogada pela Portaria GM/MS nº 2.415, de 25/08/2010, e substituída pela Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010), passaram a estabelecer os procedimentos e normas da APAC/Oncologia, para a quimioterapia e a radioterapia. A Portaria SAS/MS 649 versa sobre a quimioterapia da leucemia mieloide crônica (LMC), cujos procedimentos, antigos e novos, desde a Portaria SAS/MS 346, passaram a concentrar-se inteiramente no subgrupo da Quimioterapia de Controle Temporário de Doença – Adulto, tendo-se excluídos aqueles que compunham o subgrupo da Quimioterapia Paliativa – Adulto; a Portaria GM/MS nº 1.655 versa sobre a quimioterapia paliativa do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST, sigla em Inglês); e a Portaria GM/MS nº 1.945/2009(*), revogada pela Portaria GM/MS nº 2.415, de 25/08/2010, e substituída pela Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010, versa sobre a atualização dos procedimentos e normas de autorização para a hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata, no SIH/SUS e no SIA/SUS.

E três novas portarias alteraram os procedimentos radioterápicos: a GM/MS nº 1.617, de 09/09/2005, que aumenta os valores dos procedimentos radioterápicos, os mesmos mantidos pela GM/MS nº 2.848, de 06/11/2007; a SAS/MS 757, de 27/12/2005, retificada e republicada em 15/02/2006 (e alterada pela SAS/MS 723, de 28/12/2007, republicada em 18/03/2008), que regulamenta a radioterapia cerebral, excluindo e incluindo procedimentos e revogando o § 2º do artigo 6º da Portaria SAS/MS 296, de 15/07/1999 (revogada pela SAS/MS 346, de 23/06/2008); e a SAS/MS 322, de 11/05/2006 (também revogada pela SAS/MS 346, de 23/06/2008), que complementara o Anexo VIII da PT SAS/MS 296/1999, com números máximos de campos para radioterapia de metástase linfática cervical de tumor primário desconhecido, números estes revisados pela Portaria SAS/MS 346.

Publicada em 26/10/2006, a Portaria SAS/MS 768 redefine os modelos de Laudos para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais e de medicamentos, inclusive procedimentos de radioterapia e de quimioterapia. Os Laudos tiveram seu *lay-out* atualizado pela Portaria SAS/MS 90, de 27/02/2007, com a adequação dos campos que identificam os códigos dos procedimentos de 08 para 10 dígitos, de acordo com a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Paralelamente, a Portaria SAS/MS 466, de 20/08/2007, atualiza os procedimentos e dá as diretrizes para a iodoterapia do carcinoma diferenciado da

tireoide, no âmbito do SIH-SUS, e também atualiza os valores dos procedimentos de iodoterapia do hipertiroidismo pelas doenças de Graves e de Plummer, no SIA/SUS.

E a Portaria SAS/MS 513, de 26/09/2007, define os estabelecimentos habilitados na alta complexidade em Oncologia, conforme a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005. A Portaria SAS/MS 513 foi revogada pela PT SAS/MS 146, de 11/03/2008, por sua vez revogada pela SAS/MS 62, de 11/03/2009, que atualiza todas as habilitações na alta complexidade em Oncologia e se segue de portarias de habilitações subseqüentes.

As seguintes portarias também incluíram a Oncologia em suas determinações: a GM/MS nº 2.848, de 06/11/2007, que publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, com a unificação de procedimentos antes múltiplos no SIA e SIH-SUS; a GM/MS nº 2.918, de 13/11/2007, e a SAS/MS 36, de 24/01/2008, que atualizam procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média complexidade dos cânceres do colo uterino e de mama; a SAS/MS 723, de 28/12/2007, republicada em 18/03/2008, que amplia os procedimentos seqüenciais em neurocirurgia e ortopedia e estabelece os procedimentos comuns a neurocirurgia, ortopedia ou oncologia, compatibilizados com as respectivas habilitações; a SAS/MS 288, de 19/05/2008, que operacionaliza a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, instituída pela Portaria GM/MS nº 957, de 15/05/2008, inclusive no que respeita aos procedimentos oftalmológicos aplicáveis ao tratamento do câncer, e a SAS/MS 305, de 29/07/2010, que recompões valores de outros procedimentos cirúrgicos também relacionados com o tratamento do câncer.

Assim, com a unificação dos procedimentos e a implantação da nova Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, foi revogada a Portaria SAS/MS 296, de 15/07/1999, sendo substituída pela SAS/MS 346, de 23/06/2008, que altera algumas regras de autorização e atualiza os procedimentos radioterápicos e quimioterápicos em APAC, tendo sido retificada pela SAS/MS 461, de 22/08/2008, e alterada pela SAS/MS 649, de 11/11/2008.

Vale ressaltar que a Portaria SAS/MS 282, de 17/06/2010, reduz os valores do procedimento de quimioterapia paliativa do GIST e de alguns procedimentos de quimioterapia de controle temporário da LMC.

Já a Portaria SAS/MS 420, de 25/08/2010, altera, recompõe ou atualiza a maioria dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia na Tabela Unificada do SUS, mantendo e estabelecendo normas de autorização e controle. A ela seguiu-se a Portaria SAS/MS 581, de 25/10/2010, retificada em 29/10/2010, que a complementa no que se refere a intercorrências e tratamento clínico de paciente oncológico.

A partir das negociações entre o Ministério da Saúde e laboratórios farmacêuticos, para a redução de preços de antineoplásicos para os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, várias portarias foram publicadas: a Portaria SAS/MS 706, de 17/12/2010, que recompõe os valores de procedimentos de quimioterapia relativos ao GIST e LMC e revoga a Portaria SAS/MS 282/2010; a Portaria SAS/MS 720, de 20/12/2010, que recompõe o valor do procedimento de quimioterapia relativo ao Linfoma Difuso de Grandes Células-B, alterando o estabelecido na Portaria SAS/MS 420/2010; e a Portaria SAS/MS 90, de 15 de março de 2011, que, por compra centralizada no Ministério da Saúde do respectivo antineoplásico, volta a recompor o valor de procedimentos de quimioterapia relativos

ao GIST e LMC, orienta o fornecimento de medicamento pelas secretarias estaduais de saúde, ratifica os percentuais para as fases da LMC da Portaria SAS/MS 649, estabelece percentual para a segunda linha da quimioterapia da LMC e implanta a crítica com esses percentuais no subsistema APAC-SIA-SUS, revogando a Portaria SAS/MS 706/2010.

A RDC Anvisa 11, de 22/03/2011 – dispõe sobre o controle da substância Talidomida e o medicamento que a contenha. REVOGA as portarias SVS 63⁄1994 e 354⁄1997 e a RDC Anvisa 34, de 20/04/2000, e artigos das portarias SVS 344⁄1998 e 6⁄1999.

A Portaria SAS/MS 939, de 21/12/2011, altera o tipo de finaciamento do procedimento de quimioembolização do carcinoma hepático (0416040195 - Quimioembolização de carcinoma hepático) e o compatibiliza com os respectivos procedimentos especiais, alterando, assim, a Portaria SAS/MS 420/2010.

A Portaria SAS/MS 102, de 07/02/2012, exclui do SCNES o código de Serviço Isolado de Quimioterapia; reorienta sobre a formação de Complexo Hospitalar e a manutenção no SIA-SUS de Serviço Isolado de Radioterapia; atualiza as habilitações na alta complexidade em Oncologia; e revoga inúmeras portarias SAS/MS: 62/2009, 195/2009, 235/2009, 255/2009, 256/2009, 259/2009, 262/2009, 302/2009, 303/2009, 341/2009, 344/2009, 394/2009, 397/2009, 425/2009, 6/2010, 61/2010, 165/2010, 249/2010, 252/2010, 264/2010, 485/2010, 617/2010, 650/2010, 67/2011, 175/2011, 191/2011, 237/2011, 240/2011, 364/2011, 435/2011, 504/2011, 645/2011, 652/201, 985/2011, 1.000/2011 e 1.001/2011.

As portarias SAS/MS 114 e 115, de 10/02/2012, estabelece o protocolo de tratamento com Mesilato de Imatinibe por crianças e adolescentes: a 114 se refere a Leucemia Mieloide Crônica e a 115, a Leucemia Linfoblastica Aguda Cromossoma Philadelphi positivo.

A Portaria SAS/MS 122, de 13/02/2012, restabelece a advertência para os percentuais dos procedimentos de quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica do adulto e orienta o encontro de contas para a excedência do percentual de procedimentos segunda linha da quimioterapia da LMC de APAC devidamente auditadas pelas respectivas secretarias de saúde gestoras. Assim, altera a Portaria SAS/MS 90/2011.

A Portaria SAS/MS 458, de 21/05/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas da neoplasia maligna epitelial de ovário.

A Portaria SAS/MS 599, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor cerebral no adulto.

A Portaria SAS/MS 600, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de pulmão.

A Portaria SAS/MS 601, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma colorretal.

A Portaria SAS/MS 602, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de fígado no adulto.

A Portaria SAS/MS 621, de 05/07/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B.

A Portaria SAS/MS 1.083, de 02/10/2012, aprova, atualizando, o Protocolo Clínico e Diretrizes da Dor Crônica.

A Portaria GM/MS 2.947, de 21/12/2012, atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Retificada em 20/02/2013 e 14/03/2013.

A Portaria GM/MS 2.948, de 21/12/2012, altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o valor de procedimento de Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas.

A Portaria SAS/MS 73, de 30/01/2013 (retificada), inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado. Retificada em 26/03/2013 no Art. 2º - Serviço/Classificação do procedimento do exame de confirmação do HER-2.

A Portaria SAS/MS 298, de 21/03/2013 (retificada), atualiza os protocolos de uso da talidomida no tratamento da doença enxerto contra hospedeiro e do mieloma múltiplo. Revoga a Portaria Conjunta SPS e SAS nº 25, de 30 de janeiro de 2002. Retificada em 12/04/2013 no Anexo II – Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

A Portaria SAS/MS 312, de 27/03/2013, aprova o protocolo de tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto com mesilato de imatinibe.

A Portaria SAS/MS 357, de 08/04/2013, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do melanoma maligno cutâneo.

A Portaria SAS/MS 453, de 23/04/2013, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses / Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos Dosagem do Antígeno CA125 e Quimioterapia de Melanoma Maligno (adjuvância noi estádio III) e altera, mantendo os demais atributos, o nome do procedimento Bloco de Colimação Personalizado para Colimação Personalizada.

Relembra-se que os procedimentos da tabela do SUS são revisados periodicamente, inclusive os radioterapia e de quimioterapia, em um processo dinâmico que envolve o Ministério da Saúde em diversa instâncias, hospitais especializados, sociedades de especialistas, associações e afins, que avaliam as propostas de inclusão ou exclusão de alguns procedimentos, com bases de evidências técnico-científicas consolidadas e de relação custo/benefício e custo-efetividade reconhecida. Apontam-se algumas premissas observadas nas revisões: reforço para áreas estratégicas; viabilização de esquemas quimioterápicos de resultados estabelecidos; maior valorização de procedimentos curativos e adjuvantes; indução à melhoria da informação pela equalização de valores de

procedimentos em diferentes finalidades; indução à melhoria da informação pela recomposição de procedimentos em diferentes finalidades; equalização de valores de procedimentos similares; e simplificação pela unificação de procedimentos. Essa atualização tem como focos possibilitar maior sustentabilidade dos serviços, estimular a oferta de serviços, aumentar o acesso assistencial, possibilitar a adoção de novos terapias de comprovada efetividade, melhorar as regulação e avaliação da assistência prestada, melhorar a qualidade da informação e prevenir distorções de codificação.

Este manual de orientações técnicas para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC/Oncologia, sendo esta a sua 14ª edição, desde 1999, continua a fazer parte dessas iniciativas, integra-se ao Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e visa ao treinamento dos autorizadores e auditores de procedimentos quimioterápicos e radioterápicos, no âmbito do SUS. Com a sua elaboração, o Ministério da Saúde busca atualizar esses servidores públicos e oferecer-lhes maior capacitação para a atuação descentralizada.

As partes realçadas em cinza referem-se às alterações feitas nesta edição.

2. NEOPLASIA

2.1. Conceito

No organismo, verificam-se formas de crescimento celular controlada e não controladas. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado, enquanto que as neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e são denominadas, na prática, de “tumores”.

A primeira dificuldade que se enfrenta no estudo das neoplasias é a sua definição, pois ela se baseia na morfologia e na biologia do processo tumoral. Com a evolução do conhecimento, modifica-se a definição. A mais aceita atualmente é: “*Neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro*” (Pérez-Tamayo, 1987; Robbins, 1984).

2.2. Classificação

Várias classificações foram propostas para as neoplasias. A mais utilizada leva em consideração dois aspectos básicos: o **comportamento biológico** e a **histogênese**.

2.2.1. Comportamento biológico

De acordo com o comportamento biológico os tumores podem ser agrupados em três tipos: benignos, limítrofes ou “bordeline”, e malignos. Um dos pontos mais importantes no estudo das neoplasias é estabelecer os critérios de diferenciação entre cada uma destas lesões, o que, algumas vezes, torna-se difícil. Estes critérios serão discutidos a seguir e são, na grande maioria dos casos, morfológicos:

- **Cápsula:**

Os tumores benignos tendem a apresentar crescimento lento e expansivo determinando a compressão dos tecidos vizinhos, o que leva a formação de uma pseudocápsula fibrosa. Já nos casos dos tumores malignos, o crescimento rápido, desordenado, infiltrativo e destrutivo não permite a formação desta pseudocápsula; mesmo que ela se encontre presente, não deve ser equivocadamente considerada como tal, e sim como tecido maligno.

- **Crescimento:**

Todas as estruturas orgânicas apresentam um parênquima, representado pelas células em atividade metabólica ou em duplicação, e um estroma, representado pelo tecido conjuntivo vascularizado, cujo objetivo é dar sustentação e nutrição ao parênquima. Os tumores também têm estas estruturas, sendo que os benignos, por exibirem crescimento lento, possuem estroma e uma rede vascular

adequada, por isso que raramente apresentam necrose e hemorragia. No caso dos tumores malignos, observa-se que, pela rapidez e desorganização do crescimento, pela capacidade infiltrativa e pelo alto índice de duplicação celular, eles apresentam uma desproporção entre o parênquima tumoral e o estroma vascularizado. Isto acarreta áreas de necrose ou hemorragia, de grau variável com a velocidade do crescimento e a "idade" tumorais.

- **Morfologia:**

O parênquima tumoral exibe um grau variado de células. As dos tumores benignos, que são semelhantes e reproduzem o aspecto das células do tecido que lhes deu origem, são denominadas bem diferenciadas. As células dos tumores malignos perderam estas características, têm graus variados de diferenciação e, portanto, guardam pouca semelhança com as células que as originaram e são denominadas pouco diferenciadas. Quando se estudam suas características ao microscópio, vêem-se células com alterações de membrana, citoplasma irregular e núcleos com variações da forma, tamanho e cromatismo.

- **Mitose:**

O número de mitoses expressa a atividade da divisão celular. Isto significa dizer que, quanto maior a atividade proliferativa de um tecido, maior será o número de mitoses verificadas.

No caso dos tumores, o número de mitoses está inversamente relacionado com o grau de diferenciação. Quanto mais diferenciado for o tumor, menor será o número de mitoses observada e menor a agressividade do mesmo. Nos tumores benignos, as mitoses são raras e têm aspecto típico, enquanto que, nas neoplasias malignas, elas são em maior número e atípicas.

- **Antigenicidade**

As células dos tumores benignos, por serem bem diferenciadas, não apresentam a capacidade de produzir antígenos. Já as células malignas, pouco diferenciadas, têm esta propriedade, embora raramente, que pode ser utilizada no diagnóstico e no diagnóstico precoce de alguns tipos de câncer.

- **Metástases**

As duas propriedades principais das neoplasias malignas são: a capacidade invasivo- destrutiva local e a produção de metástases. Por definição, a metástase constitui o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário.

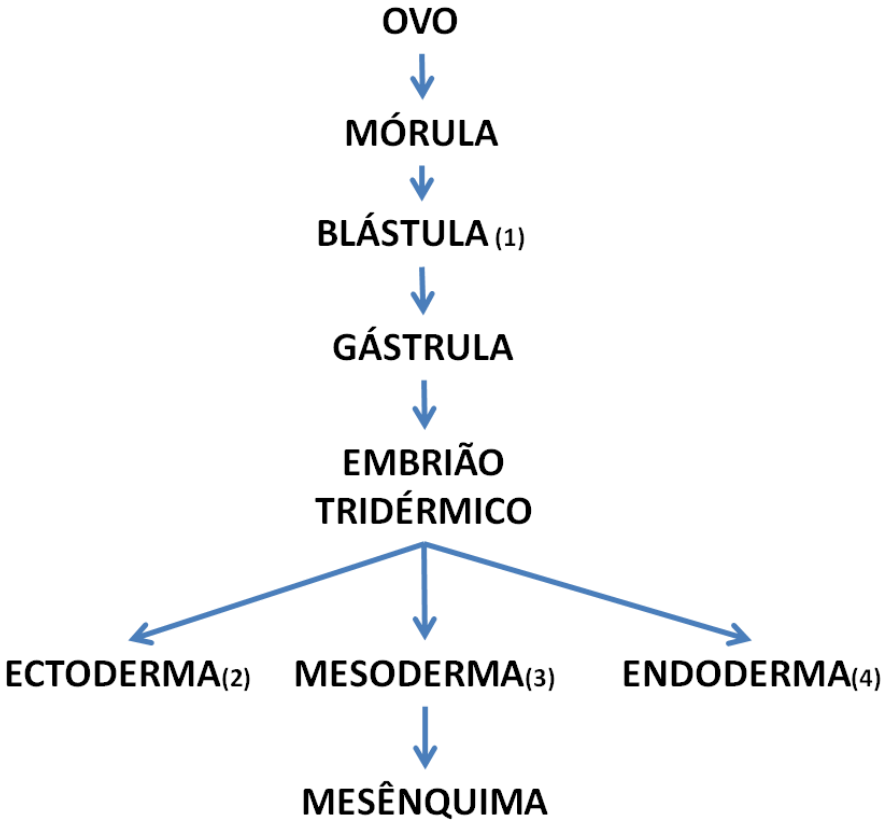
Características Diferenciais dos Tumores

Critério	Benigno	Maligno
Encapsulação	Freqüente	Ausente
Crescimento	Lento	Rápido
	Expansivo	Infiltrativo
	Bem delimitado	Pouco delimitado
Morfologia	Semelhante à origem	Diferente
Mitose	Raras e típicas	Freqüentes e atípicas

Antigenicidade	Ausente	Presente
Metástase	Não ocorre	Freqüente

2.2.2. Histogênese

O diagrama abaixo resume as etapas do desenvolvimento do ovo até a formação do embrião tridérmico, do qual derivam todos os tecidos do corpo humano (histogênese).



(1) Células blásticas, residuais, são daqui derivadas.
(2) O ectoderma dá origem ao epitélio de revestimento externo, o epitélio glandular e o tecido nervoso.
(3) O mesoderma diferencia-se em diversos tecidos, entre os quais os tecidos ósseo, muscular, vascular, seroso, cartilaginoso e hematopoético.
(4) O endoderma dá origem ao epitélio de revestimento interno e de glândulas.

2.3. Nomenclatura

- **Regra Geral**

A designação dos tumores baseia-se na sua histogênese e histopatologia. Para os tumores benignos, a regra é acrescentar o sufixo “oma” (tumor) ao termo que designa o tecido que os originou.

Exemplos:

- tumor benigno do tecido cartilaginoso – condroma;

- tumor benigno do tecido gorduroso – lipoma;

- tumor benigno do tecido glandular – adenoma.

Quanto aos tumores malignos, é necessário considerar a origem embrionária dos tecidos de que deriva o tumor. Quando sua origem for dos tecidos epiteliais de revestimento externo e interno, os tumores são denominados *carcinomas.* Quando o epitélio de origem for glandular, passam a ser chamados de *adenocarcinomas.*

Os tumores malignos originários dos tecidos conjuntivos ou mesenquimais terão o acréscimo de *sarcoma* ao vocábulo que corresponde ao tecido. Por sua vez, os tumores de origem nas células blásticas, que ocorrem mais freqüentemente na infância, têm o sufixo *blastoma* acrescentado ao vocábulo que corresponde ao tecido original.

Exemplos:

- Carcinoma basocelular de face – tumor maligno da pele;

- Adenocarcinoma de ovário – tumor maligno do epitélio do ovário;

- Condrossarcoma - tumor maligno do tecido cartilaginoso;

- Lipossarcoma - tumor maligno do tecido gorduroso;

- Leiomiossarcoma - tumor maligno do tecido muscular liso;

- Hepatoblastoma - tumor maligno do tecido hepático jovem;

- Nefroblastoma - tumor maligno do tecido renal jovem.

- **Exceções**

Apesar de a maioria dos tumores incluírem-se na classificação pela regra geral, alguns constituem exceção a ela. Os casos mais comuns são:

- **Tumores Embrionários**

São os Teratomas (podem ser benignos ou malignos, dependendo do seu grau de diferenciação), seminomas, coriocarcinomas e carcinoma de células embrionárias. São tumores malignos de origem embrionária, derivados de células primitivas totipotentes que antecedem o embrião tridérmico.

- **Epônimos**

Há tumores malignos que receberam os nomes daqueles que os descreveram pela primeira vez: linfoma de Burkitt, Doença de Hodgkin, sarcoma de Ewing, sarcoma de Kaposi, tumor de Wilms (nefroblastoma), tumor de Krukenberg (adenocarcinoma mucinoso metastático para ovário).

- **Morfologia Tumoral**

Os carcinomas e adenocarcinomas podem receber nomes complementares (epidermoide, papilífero, seroso, mucinoso, cístico, medular, lobular etc.), para melhor descrever sua morfologia, tanto macro como microscópica: cistoadenocarcinoma papilífero, carcinoma ductal infiltrante, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma medular, etc.

- **Epitélios Múltiplos**

Os tumores, tanto benignos como malignos, podem apresentar mais de uma linhagem celular. Quando benignos, recebem o nome dos tecidos que os compõem,

mais o sufixo *"oma":* fibroadenoma, angiomiolipoma, etc. O mesmo é feito para os tumores malignos, com os nomes dos tecidos que correspondem à variante maligna: carcinossarcoma, carcinoma adenoescamoso, etc. Outras vezes encontram-se componentes benigno e maligno, e os nomes estarão relacionados com as respectivas linhagens: adenoacantoma (linhagem glandular maligna e metaplasia escamosa benigna).

- **Sufixo Indevido**

Algumas neoplasias malignas ficaram denominadas como se fossem benignas (ou seja, apenas pelo sufixo "oma") por não possuírem a correspondente variante benigna: melanoma, linfomas e sarcomas (estes dois últimos nomes representam classes de variados tumores malignos).

- **Outros**

Algumas vezes, a nomenclatura de alguns tumores escapa a qualquer critério histogenético ou morfológico: mola hidatiforme (uma neoplasia trofoblástica gestacional, como o corioma) e micose fungoide (linfoma não Hodgkin cutâneo).

- **Código Internacional de Doenças**

Tentando uniformizar a nomenclatura tumoral, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem lançado, em vários idiomas, edições da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Por ela, é possível classificar os tumores por localização (topografia) e nomenclatura (morfologia), dentro de códigos de letras e números, sendo usada por especialistas em todo o mundo.

Exceto pelos procedimentos de radioterapia de doença ou condição benigna (0304010014 e 0304010235), os procedimentos oncológicos em APAC correlacionam-se com tumores classificados pelos códigos de **C00 a C97 e D37 a D48**, embora não obrigatoriamente todos os incluídos entre esses intervalos. Por isso, para efeito de autorização de radioterapia, o carcinoma *in situ*, que é o estágio 0 do câncer (ver em 5- Estadiamento, adiante), deve ser codificado com código do capítulo C (por exemplo, C44 – pele, C50 – mama e C60 - pênis), especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Origem e Nomenclatura dos Tumores

Origem	Benigno	Maligno
A) Tecido epitelial		
Revestimento	Papiloma	Carcinoma
Glandular	Adenoma	Adenocarcinoma

B) Tecido conjuntivo Fibroso Mixoide Adiposo Cartilagem Vasos sangüíneos Glômus Pericitos Vasos linfáticos Mesotélio Meninge	 Fibroma Mixoma Lipoma Condroma Hemangioma Glomangioma Hemangiopericitoma Linfangioma - Meningioma	 Fibrossarcoma Mixossarcoma Lipossarcoma Condrossarcoma Hemangiossarcoma - Hemangiopericit. maligno Linfangiossarcoma Mesotelioma Meningioma maligno
c) Tecido Hemolinfopoético Mieloide Linfoide Células de Langerhans	**-** **-** **-** **-** **-** **-**	**-** Leucemia Leucemia Linfomas Plasmocitoma mieloma Histiocitose X
D) Tecido Muscular Liso Estriado	- Leiomioma Rabdomioma	 Leiomiossarcoma Rabdomiossarcoma
E) Tecido Nervoso Neuroblasto ou neurônio Células gliais Nervos periféricos Neuroepitélio	 Ganglioneuroma - Neurilemoma -	 Glanglioneuroblastoma Neuroblastoma Simpaticogonioma Gliomas Neurilemoma ependimoma
F) Melanócitos	-	Melanoma
G) Trofoblasto	Mola hidatiforme (corioma)	Coriocarcinoma
H) Células Embrionárias Totipotentes	Teratoma maduro (cisto dermoide)	Teratoma imaturo (maligno)

2.4. Graduação Histopatológica

A graduação histopatológica dos tumores baseia-se no grau de diferenciação das células tumorais e no número de mitoses. O primeiro refere-se a maior ou menor semelhança das células tumorais com as do tecido normal que se supõe ter-lhe dado origem. Para tanto, há quatro graus descritivos de diferenciação: bem diferenciado (G1), moderadamente diferenciado (G2), pouco diferenciado (G3) e anaplásico (G4).

Ao contrário do que se supõe uma neoplasia maligna não é uma entidade homogênea; ela tem, numa mesma área, células com graus diferentes de diferenciação. Por outro lado, alguns tumores podem modificar este grau à medida

que evoluem, tornando-se pouco diferenciados, o que traduz uma maior rapidez de crescimento e maior agressividade.

Outro dado importante é o número de mitoses, que expressa a atividade celular. Quanto maior a proliferação de um tecido, maior será o número de mitoses verificadas, conforme já assinalado anteriormente.

2.5. Estadiamento

- **Estadiamento Clínico**

Os tumores malignos, apesar da sua grande variedade (mais de 100 tipos diferentes), apresentam um comportamento biológico semelhante, que consiste em crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica. O tempo gasto nestas fases depende tanto do ritmo de crescimento tumoral como de fatores constitucionais do hospedeiro.

O conhecimento da biologia dos tumores levou a União Internacional Contra o Câncer (UICC) a desenvolver um sistema que permitisse classificar a evolução das neoplasias malignas, para se determinar o melhor tratamento e a sobrevida dos doentes.

Este sistema, denominado, no Brasil, de “estadiamento”, tem como base a avaliação da dimensão do tumor primário (representada pela letra T), a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais (representada pela letra N) e a presença, ou não, de metástase à distância (representada pela letra M) e é conhecido como **Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos**. Para algumas neoplasias malignas (de pele e de ovário, por exemplo), o exame histopatológico de material biopsia do, incisional ou excisionalmente, faz-se necessário mesmo para o estadiamento dito clínico.

Cada categoria do estadiamento clínico apresenta diversas subcategorias: para o tumor primitivo, vão de T1 a T4; para o acometimento linfático, de N0 a N3; e para as metástases, de M0 a M1 – sendo que alguns tumores não preenchem obrigatoriamente todas as categorias T ou N.

A combinação das diversas subcategorias do TNM (letra e números) determina os estádios clínicos, que variam de I a IV, na maioria dos casos, havendo caso de tumor, como o de testículo, que tem sua classificação máxima no estádio III, ou seja, não tem o estádio IV.

O estadiamento clínico também representa, portanto, a linguagem de que o oncologista dispõe para definir condutas e trocar conhecimentos a partir dos dados do exame físico e de exames complementares pertinentes ao caso.

O sistema é permanentemente atualizado pela UICC. Além do TNM da UICC, grupos que se dedicam a estudos de tumores específicos desenvolveram sistemas próprios de estadiamento, o que não significa incompatibilidade, e sim complementação, entre as diferentes classificações. Uma das contribuições mais importantes foi dada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) no estadiamento dos tumores da genitália feminina, já tendo sido compatibilizada e incorporada a sua classificação à da UICC.

- **Estadiamento Patológico**

O estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológicos da peça operatória. É estabelecido após o tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão. Este estadiamento pode ou não coincidir com o estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores, embora para alguns (pele e ovário, por exemplo) seja o único estadiamento possível.

É grafado com a letra p minúscula antes das letras T, N e M: *Exemplo:* pT1pN1pM0.

- **Grau de Diferenciação**

Independentemente do tipo de sistema utilizado para a classificação anatômica do tumor, este deve ser, sempre que possível classificado quanto ao grau de diferenciação histopatológica. Algumas vezes, a denominação patológica do tumor já inclui a sua diferenciação:

Exemplo: adenocarcinoma gástrico difuso de Lauren, que significa pouco diferenciado, ou o do tipo intestinal de Lauren, que é bem diferenciado.

- **Símbolos Adicionais**

Foram propostos com a finalidade de permitir o estadiamento, devendo ser de uso e aceitação restritos:

- x: Para os casos em que o tumor primário, os linfonodos regionais ou metástases não possam ser avaliados pelo exame físico ou exames complementares, sendo grafado em letra minúscula após o T, N ou M. Não corresponde a desconhecimento do estadiamento quando este já foi feito ou o doente já foi anteriormente tratado.

- y: Para os casos em que o estadiamento é feito durante ou após o tratamento, sendo grafado com a letra y minúscula antes do TNM ou do pTNM.

- r: Para os casos de recidiva tumoral, quando o estadiamento é feito após um intervalo livre de doença, sendo grafado com a letra r minúscula antes do TNM ou pTNM.

- R: A ausência, ou presença, de tumor residual ao término do tratamento é descrita pela letra R: **Rx:** a presença do tumor residual não pode ser avaliada; **R0:** ausência de tumor residual; **R1:** tumor residual microscópico; **R2:** tumor residual macroscópico.

- **Importância do Estadiamento**

A determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela acometidos constituem um conjunto de informações fundamentais para:

. Obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor;

. Seleção da terapêutica;

. Previsão das complicações;

. Obtenção de informações para estimar o prognóstico do caso;

. Avaliação dos resultados do tratamento;

. Investigação em oncologia: pesquisa básica e clínica;

. Publicação dos resultados e troca de informações.

Além da avaliação da extensão do tumor (estadiamento), deve-se avaliar também a condição funcional do doente (performance status ou capacidade funcional). Deve-se determinar se esta, quando comprometida, é devida à repercussão do câncer no organismo, anterior à neoplasia, derivada do tratamento ou devida a outra doença concomitante.

NOTAS:

1) A classificação TNM e o grupamento por estádios, uma vez estabelecidos, devem permanecer imutáveis no prontuário médico.

2) Os tumores malignos classificavam pelo sistema TNM são aqueles de tipos histológicos mais comuns nas seguintes localizações: **Lábio e Cavidade Bucal** (Carcinomas); **Faringe** (Carcinomas); **Laringe** (Carcinomas); **Seios Para-Nasais** (Carcinomas); Glândulas **Salivares** (Carcinomas), **Tireoide** (Carcinomas), **Esôfago** (Carcinomas); **Estômago** (Carcinomas); **Intestino Delgado** (Carcinomas); **Cólon e Reto** (Carcinomas); **Canal Anal** (Carcinomas); **Fígado** (Carcinoma Hepatocelular Primário e Colangiocarcinoma Hepático do ducto biliar intra-hepático); **Vesícula Biliar** (Carcinomas); **Ductos Biliares Extra-Hepáticos** (Carcinomas); **Papila de Vater** (Carcinomas); **Pâncreas** (Carcinoma do pâncreas exócrino); **Pulmão** (Carcinomas); **Mesotelioma Pleural**; **Osso** (tumores malignos primários do osso, exceto linfomas, mieloma múltiplo, osteossarcoma superficial/justacortical e condrossarcoma justacortical); **Partes Moles** (Sarcoma Alveolar de Partes Moles, Angiossarcoma, Sarcoma Epitelioide, Condrossarcoma Extra-Esquelético, Fibrossarcoma, Leiomiossarcoma, Lipossarcoma, Fibrohistiocitoma Maligno, Hemangiopericitoma Maligno, Mesenquimoma Maligno, Schwannoma Maligno, Rabdomiossarcoma, Sarcoma Sinovial e Sarcoma SOE, ou seja, sem outra especificação); **Pele** (Carcinoma, Melanoma); **Mama, Vulva, Vagina, Colo Uterino, Corpo Uterino, Ovário, Trompa de Falópio, Córion Placentário** (Tumores Trofoblásticos Gestacionais); **Pênis, Próstata, Testículo, Rim, Pelve Renal e Ureter, Bexiga, Uretra, Olho – Pálpebra** (Carcinoma); **Conjuntiva** (Carcinoma, Melanoma); Úvea (Melanoma); **Retina** (Retinoblastoma); **Órbita** (Sarcoma) e **Glândula Lacrimal** (Carcinoma); Sistema **Linfopoético** (Doença de Hodgkin e Linfomas não Hodgkin).

3) Só se pode exigir no subsistema APAC-Onco, o estadiamento dos tumores acima relacionados, que são os incluídos em TNM - Classificação de Tumores Malignos, UICC, Genebra, 2002, 6ª Edição, traduzida, publicada e distribuída pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, em 2004, e disponível em www.inca.gov.br, na Internet.

Estadiamento Geral dos Tumores (*Estádio Descrição):*

0 - carcinoma “in situ” (TisN0M0);

I - invasão local inicial;

II - tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima;

III - tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa;

IV - tumor localmente avançado ou presença de metástases.

Capacidade Funcional do Doente (PS):

- Zubrod 0, Karnofsky 100-90: Doente assintomático ou com sintomas mínimos.

- Zubrod 1, Karnofsky 89-70: Doente sintomático, mas com capacidade para o comparecimento ambulatorial.

- Zubrod 2, Karnofsky 69-50: Doente permanece no leito menos da metade do dia.

- Zubrod 3, Karnofsky 49-30: Doente permanece no leito mais da metade do dia.

- Zubrod 4, Karnofsky 29-10: Doente acamado, necessitando de cuidados constantes.

- Karnofsky < 9: Doente agônico.

Para a autorização de procedimentos de radioterapia e de quimioterapia, é necessária a apresentação de cópia do laudo cito ou histopatológico, e, conforme especificado na descrição dos respectivos procedimentos, é indispensável a comprovação de receptor hormonal positivo, nos casos de mulheres sob hormonioterapia do carcinoma de mama ou do adenocarcinoma de endométrio; da positividade do exame do anti-CD 117/c-Kit, nos casos de tumor do estroma gastrintestinal; do cromossoma Philadelphia ou do gene bcr/abl, nos casos de leucemia mielóide crônica e linfoblástica aguda; do HER-2 (por exame de imunohistoquímica com exame confirmatório por técnica molecular), em casos de câncer de mama; e outros que venham a se estabelecer em portarias específicas.

Ressalta-se que o exame citopatológico do colo do útero – exame preventivo, de Papanicolaou – é um exame de triagem e não representa um meio diagnóstico definitivo de câncer, daí a necessidade de, quando sugestivo de malignidade, ter sua confirmação por exame histopatológico.

Inexiste indicação de tratamento de câncer sem a confirmação cito ou histopatológica de malignidade.

Em caso de tumor primário desconhecido, a definição terapêutica se dá conforme o tipo e subtipo celulares do tumor metastático, identificados por exame cito ou histopatológico.

Em casos excepcionais (tumor primário ou metastático cerebral e tumor mediastinal comprimindo veia cava superior) poderá ser o diagnóstico clínico (por exame físico e de imagem) que justifica o início do tratamento solicitado, inclusive o de emergência, ainda sem confirmação de malignidade.

3. TRATAMENTO DO CÂNCER

Existem três formas de tratamento do câncer: **cirurgia, radioterapia e quimioterapia**. Elas são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação.

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica. Daí, a importância de uma assistência integral pela integração de serviços oncológicos (de cirurgia, radioterapia e quimioterapia), entre si e com serviços gerais, em estrutura hospitalar, cuja regulamentação para credenciamento e habilitação foi atualizada pelas portarias SAS/MS 741/2005, nº 361/2007 e nº 102/2012 e suas subseqüentes.

Obviamente, a autorização de procedimentos deve verificar a compatibilidade com a real existência de respectivos equipamentos e instalações, a habilitação dos estabelecimentos e seu cadastro atualizado no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

Por seu lado, as portarias GM/MS nº 1.655/2002 e as portarias SAS/MS nº 757/2005 (retificada e republicada em 15/02/2006 e alterada pela SAS/MS 723, de 28/12/2007, republicada em 18/03/2008), 466 e 467/2007 (revogada pela GM/MS 1.945/2009) e 649/2008 (que revogou as 431/2001 e 347/2008), estabelecem diretrizes diagnóstico-terapêuticas e de autorização.

Atentar que, com a publicação da Portaria SAS/MS 420/2010, o Ministério da Saúde passou a estabelecer protocolos e diretrizes diagnósticas e terapêuticas de neoplasias malignas, iniciando com a republicação das normas de autorização da hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata (Anexo da Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010, substituta da GM/MS 1.945/2009) e a publicação de diversas portarias específicas por neoplasia maligna (ver Anexo VII).

A observância de todos os atributos dos procedimentos oncológicos, mormente as descrições dos procedimentos, orienta as decisões de autorização, e todos os procedimentos podem ser pesquisados no sítio eletrônico:

http://sigtap.datasus.gov.br/

Na Tabela Unificada do SUS, os procedimentos oncológicos (assim considerados os cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos e de iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireoide) encontram-se em dois grupos:

a) Grupo 03–Procedimentos Clínicos; Sub-Grupo 04–Tratamento em Oncologia, com as seguintes formas de organização (quinto e sexto dígitos dos códigos): 01–Radioterapia, 02–Quimioterapia Paliativa-Adulto, 03–Quimioterapia para Controle Temporário de Doença–Adulto, 04–Quimioterapia Prévia (neoadjuvante/citorredutora)-Adulto, 05–Quimioterapia Adjuvante–Adulto, 06–Quimioterapia Curativa–Adulto, 07–Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescente, 08–Quimioterapia–Procedimentos Especiais, 09-Medicina Nuclear Terapêutica Oncológica e 10–Gerais em Oncologia; e

b) Grupo 04–Procedimentos Cirúrgicos; Sub-Grupo 16–Cirurgia Oncológica, sendo as formas de organização relacionadas com as diversas especialidades cirúrgicas: 01-Urologia), 02–Sistema Linfático, 03–Cabeça e Pescoço (04–Esôfago-Gastro-Duodenal e Vísceras Anexas e Outros Órgãos Intra-abdominais, 05–Colo-Proctologia, 06–Ginecologia, 07–Oftalmologia (sem procedimentos, disponibilizados no Subgrupo 05-Cirurgia do Aparelho da Visão), 08–Pele e Cirurgia Plástica, 09–Ossos e Partes Moles, 10–Neurocirurgia (sem procedimentos, disponibilizados no Subgrupo 03), 11–Cirurgia Torácica, 12–Mastologia.

Há de se atentar para as habilitações em Oncologia também compatibilizadas com procedimentos de Ortopedia (Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos; Subgrupo 08-Cirurgia do Sistema Ósteo-muscular) e de Oftalmologia (Grupo 04-Procedimentos Cirúrgicos; Subgrupo 05-Cirurgia do Aparelho da Visão), de média e de alta complexidade, seja para o diagnóstico, seja para o para tratamento do câncer, lembrando-se de que a Portaria SAS/MS 288, de 19/05/2008, operacionaliza a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, instituída pela PT GM/MS 957, de 15/05/2008, inclusive no que respeita aos procedimentos oftalmológicos aplicáveis ao tratamento do câncer.

Quanto à Neurocirurgia, recorda-se que a Portaria SAS/MS 723, de 28/12/2007, republicada em 18/03/2008, estabeleceu os procedimentos de alta complexidade comuns a Neurocirurgia e Cirurgia Oncológica e a Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Oncológica, definindo as habilitações correspondentes:

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE COMUNS A NEUROCIRURGIA E CIRURGIA ONCOLÓGICA

HABILITAÇÕES EXIGIDAS: Neurocirurgia ou Oncologia

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
04.03.01.004-7	Craniotomia para retirada de cisto/ abscesso / granuloma encefálico
04.03.01.005-5	Craniotomia para retirada decisto/ abscesso / granuloma encefálico c/ técnica complementar
04.03.01.011-0	Descompressão da órbita
04.03.01.012-8	Microcirurgia cerebral endoscópica
04.03.01.014-4	Reconstrução craniana / crânio facial
04.03.01.024-1	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica craniana
04.03.01.025-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica raquiana
04.03.01.029-2	Tratamento cirúrgico do hematoma intracerebral com técnica complementar
04.03.01.035-7	Trepanação p/ biópsia cerebral/ drenagem de abscesso / cisto c/ técnica complementar
04.03.02.009-3	Neurotomia seletiva do trigêmeo e outros nervos cranianos
04.03.03.017-0	Tratamento conservador de tumor do sistema nervoso central
04.03.03.005-6	Craniectomia por tumor ósseo
04.03.03.001-3	Craniotomia para biopsia encefálica
04.03.03.002-1	Craniotomia para biopsia encefálica com técnica complementar
04.03.03.004-8	Craniotomia para retirada de tumor intracraniano
04.03.03.006-4	Hipofisectomia transesfenoidal com microcirurgia
04.03.03.007-2	Hipofisectomia transesfenoidal endoscópica
04.03.03.016-1	Ressecção de tumor raquimedular extra-dural
04.03.03.008-0	Microcirurgia de tumor intradural e extramedular
04.03.03.010-2	Microcirurgia de tumor medular
04.03.03.009-9	Microcirurgia do tumor medular com técnica complementar
04.03.03.011-0	Microcirurgia para biópsia de medula espinhal ou raízes
04.03.03.013-7	Microcirurgia para tumor de órbita

04.03.03.014-5	Microcirurgia para tumor intracraniano
04.03.03.015-3	Microcirurgia para tumor intracraniano com técnica complementar
04.03.03.012-9	Microcirurgia para tumore da base do crânio
04.03.03.003-0	Craniotomia para retirada de tumor cerebral inclusive da fossa posterior
04.03.04.002-7	Descompressão neurovascular de nervos cranianos
04.03.04.008-6	Tratamento cirúrgico da fistula carótido cavernosa
02.01.01.053-4	Biopsia estereotática
04.03.05.016-2	Tratamento de lesão estereotática estrutura profunda p/ tratamento. dor ou movimentos anormais
04.03.05.003-0	Bloqueios prolongados sist nerv periférico/ central c/ uso bomba infusão
04.03.05.006-5	Microcirurgia com cordotomia / mielotomia a céu aberto
04.03.05.004-9	Cordotomia / mielotomia por radiofreqüência
04.03.05.015-4	Tratamento de lesão do sistema neurovegetativo por agentes químicos
04.03.05.007-3	Microcirurgia com rizotomia a céu aberto
04.03.05.010-3	Rizotomia percutânea por radiofreqüência
04.03.05.009-0	Rizotomia percutânea com balão
03.03.04.006-8	Tratamento conservador da dor rebelde de origem central e neoplásica
04.03.07.013-9	Embolização de tumor intra-craniano ou da cabeça e pescoço
04.08.03.018-6	Artrodese occipto-cervical (c3) posterior
04.08.03.019-4	Artrodese occipto-cervical (c4) posterior
04.08.03.020-8	Artrodese occipto-cervical (c5) posterior
04.08.03.021-6	Artrodese occipto-cervical (c6) posterior
04.08.03.022-4	Artrodese occipto-cervical (c7) posterior
04.08.03.008-9	Artrodese cervical anterior c1-c2; via trans-oral ou extra-oral
04.08.03.007-0	Artrodese cervical anterior; até dois níveis
04.08.03.006-2	Artrodese cervical anterior; três ou mais níveis
04.08.03.002-0	Artrodese cervical / cérvico-torácico posterior (1 nível-inclui instrumentação)
04.08.03.003-8	Artrodese cervic/cerv-torac poster; três ou mais níveis, inclui instrumentação
04.08.03.023-2	Artrodese tóraco-lombo-sacra anterior (1 nível inclui instrumentação)
04.08.03.024-0	Artrodese tóraco-lombo-sacra anterior (2 níveis, inclui instrumentação)
04.08.03.026-7	Artrodese tóraco-lombo-sacra posterior (1 nível inclui instrumentação)
04.08.03.027-5	Artrodese tóraco-lombo-sacra posterior (3 níveis inclui instrumentação)
04.08.03.029-1	Artrodese tóraco-lombo-sacra posterior, dois níveis, inclui instrumentação
04.08.03.013-5	Artrodese intersomática via posterior/póstero-lateral (1 nível)
04.08.03.014-3	Artrodese intersomática via posterior/póstero-lateral (2 níveis)
04.08.03.036-4	Descompressão óssea na junção crânio-cervical via posterior
04.08.03.037-2	Descompressão óssea na junção crânio-cervical via posterior c/ ampliação dural
04.08.03.035-6	Descompressão da junção crânio-cervical via transoral / retrofaringea
02.01.01.025-9	Biopsia da lâmina / pedículo / processos vertebrais a céu aberto
02.01.01.012-7	Biopsia de corpo vertebral a céu aberto
02.01.01.013-5	Biopsia de corpo vertebral/lâmina/pedículos vertebrais por dispositivo guiado
04.08.03.055-0	Ressecção de um corpo vertebral cervical

04.08.03.050-0	Ressecção de dois ou mais corpos vertebrais cervicais (inclui reconstrução)
04.08.03.051-8	Ressecção de dois ou mais corpos vertebrais tóraco-lombo-sacrais (inclui reconstrução)
04.08.03.053-4	Ressecção de elemento vertebral posterior / postero-lateral / distal a c2 (mais de 2 segmentos)
04.08.03.054-2	Ressecção de elemento vertebral posterior / postero-lateral distal a c2 (ate 2 segmentos)
04.08.03.055-0	Ressecção de um corpo vertebral cervical
04.08.03.051-9	Ressecção um corpo vertebral tóraco-lombo-sacro (inclui reconstrução)
04.08.03.056-9	Ressecção um corpo vertebral tóraco-lombo-sacro (inclui reconstrução)
04.08.03.061-5	Revisão artrodese / tratamento. cirúrgico de pseudartose da coluna tóraco-lombo-sacra anterior
04.08.03.062-3	Revisão artrodese / tratamento. cirúrgico de pseudartrose da coluna cervical posterior
04.08.03.063-1	Revisão artrodese / tratamento. cirúrgico de pseudartrose da coluna tóraco-lombo-sacra posterior
04.08.03.064-0	Revisão artrodese tratamento. cirúrgico de pseudoartorse da coluna cervical anterior
04.08.04.021-1	Retirada de enxerto autógeno de ilíaco
04.08.03.079-8	Vertebroplastia em um nível por dispositivo guiado (3 níveis)
04.03.02.005-0	Microneurólise de nervo periférico
04.03.02.006-9	Microneurorrafia
04.03.02.002-6	Enxerto microcirúrgico de nervo periférico (único nervo)
04.03.02.001-8	Enxerto microcirúrgico de nervo periférico(2 ou mais nervos)
04.03.02.013-1	Tratamento microcirúrgico de tumor de nervo periférico / neuroma

Com a publicação da Portaria GM/MS 2.947, de 21/12/2012, todos os procedimentos do Grupo 04-Tratamento Cirúrgico Subgrupo 16-Cirurgia em Oncologia foram atualizados, com a exclusão, alteração e inclusão de procedimentos, e a criação do 04.15.02.005-0 - Procedimentos sequenciais em oncologia.

També foram compatibilizados os procedimentos com os seus respectivos sequenciais e materiais.

Além, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em oncologia foram classificados em três grupos, conforme a sua produção de procedimentos cirúrgicos de câncer, nas média e alta complexidades, fazendo os hospitais alocados nos dois primeiros grupos, jus a incentivo de 20% sobre faturamento total pela produção cirúrgica do ano anterior.

A Portaria GM/MS 2.947/2012 prevê a sua avaliação contínua, inclusive quanto à classificação dos hospitais.

Aqui, vale ressaltar que compatibilidades existem entre as habilitações dos estabelecimentos de saúde e os procedimentos oncológicos que podem ser respectivamente faturados:

a) Obviamente, os procedimentos de internação, autorizados e informados em AIH (encontrados entre os 03.04.01.xxx-x–Radioterapia e 03.04.08.xxx-x–Quimioterapia-procedimentos especiais e todos os 03.04.09.xxx-x-Medicina Nuclear Terapêutica Oncológica e 04.16.xx.xxx-x-Cirurgia Oncológica) são exclusivamente compatíveis com habilitações hospitalares (todas as classificações de UNACON e

CACON), sendo que alguns dos 03.04.08.xxx-x–Quimioterapia-procedimentos especiais e todos os 03.04.09.xxx-x-Medicina Nuclear Terapêutica Oncológica e todos os 04.16.xx.xxx-x-Cirurgia Oncológica são incompatíveis com a classificação UNACON exclusiva de Hematologia. O procedimento 03.04.10.001-3 Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico (forma de organização 10-Gerais em Oncologia) não exige habilitação.

b) Os procedimentos de Radiocirurgia e de Radioterapia Estereotática Fracionada são compatíveis com as habilitações hospitalares de UNACON com Serviço de Radioterapia e as duas categorias de CACON (que, obrigatoriamente, o detêm).

c) Já os procedimentos informados em APAC de quimioterapia de todas as formas de organização (ou seja, a de adultos, a de crianças e adolescentes e a de procedimentos especiais) são inteiramente compatíveis com as habilitações hospitalares (todas as categorias de UNACON e CACON) e ambulatoriais (Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar e Serviço Isolado de Quimioterapia). Porém, quando se trate de UNACON exclusiva assim não se dá, sendo a habilitação UNACON exclusiva de Hematologia compatível com os procedimentos das formas de organização 03-Quimioterapia para Controle Temporário de Doença–Adulto, 06-Quimioterapia Curativa–Adulto, 07-Quimioterapia de Tumores de Crianças e Adolescentes e 08–Quimioterapia-procedimentos especiais; e a habilitação UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica com os procedimentos da formas de organização 07-Quimioterapia de Tumores de Crianças e Adolescentes e 08-Quimioterapia-procedimentos especiais.

d) Quando se trata de um SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR (código 17.15), poderão ser realizados todos os procedimentos de radioterapia, em AIH e em APAC, compatíveis com a habilitação UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA (código 17.07), tendo o seu CNES de informar que os leitos do hospital com que forma o Complexo lhe são “terceirizados”.

e) Quando se trata de um SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA DE COMPLEXO HOSPITALAR (código 17.16), poderão ser realizados todos os procedimentos de quimioterapia e procedimentos especiais, em AIH e em APAC, compatíveis com a habilitação UNACON (17.06), tendo o seu CNES de informar que os leitos do hospital com que forma o Complexo lhe são “terceirizados”.

A tabela a seguir resume as compatibildades das habilitações em Oncologia com as formas de organização do tratamento em Oncologia, que, exceto pelo procedimento 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, da forma de organização 10–Gerais em Oncologia, consta como atributos dos procedimentos oncológicos:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	CIR ONCOL	RT	QT	ESPECIAIS	IODO	GERAIS
17.04	SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA		1				
~~17.05~~	~~SERVIÇO ISOLADO DE QUIMIOTERAPIA~~	~~-~~		~~2~~	~~3~~	~~-~~	~~-~~
17.06	UNACON	X	4	2	3	X	X
17.07	UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	X	X	X	X	X	X
17.08	UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA	X	4	X	X	X	X
17.09	UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	X	4	X	X	X	X
17.10	UNACON EXCLUSIVA DE HEMATOLOGIA		5	6	7		X
17.11	UNACON EXCLUSIVA DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	X	4	8	7	X	X
17.12	CACON	X	X	X	X	X	X

17.13	CACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	X	X	X	X	X	X
17.14	HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLÓGICA	X				X	X
17.15	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR		X				
17.16	SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA DE COMPLEXO HOSPITALAR			X	X		
1 Só procedimentos radioterápicos ambulatoriais (APAC ou BPA individualizado), mas não Braquiterapia de alta taxa de dose, Radiocirurgia nem RT esterotáxica.							
2 Todos os procedimentos quimioterápicos ambulatoriais (APAC).							
3 Só procedimentos especiais ambulatoriais em APAC.							
4 Só os procedimentos “Internação para radioterapia externa” e “Implantação de halo para radiocirurgia”.							
5 Só o procedimento “Internação para radioterapia externa”.							
6 Só procedimentos de quimioterapia para controle temporário de doença, curativa e de tumores de crianças e adolescentes.							
7 Procedimentos especiais que não os de quimioterapia intra-arterial ou intra-cavitária.							
8 Só procedimentos de quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes.							
AS RESPECTIVAS COMPATIBILIDADES ENCONTRAM-SE ESPECIFICADAS COMO ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS. O procedimento 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, da forma de organização 10– Gerais em Oncologia, independente de habilitação na alta complexidade em Oncologia.							

Por todo o exposto, o autorizador deve atentar não somente para os procedimentos e normativos relativos ao SIA/SUS, mas, também, aos do SIH/SUS, e a assistência que eles integram. São exemplos as correlações entre a APAC de quimioterapia de leucemia (SIA/SUS) e a AIH de internação para quimioterapia de leucemias agudas (inclusive o linfoma linfoblástico e o linfoma de Burkitt, que se tratam como leucemia linfoide aguda) ou crônicas agudizadas (SIH/SUS); entre a APAC de radioterapia e a AIH de internação para radioterapia externa; entre a APAC para quimioterapia e a AIH de internação para quimioterapia de administração contínua; e entre APAC de quimioterapia prévia ou adjuvante com a AIH do respectivo ato operatório.

Atenção deve ser dada para os procedimentos do SIH-SUS unificados e seus períodos de internação:

O período de administração da chamada Quimioterapia de Infusão Contínua é de 24 horas/dia, sem interrupção, com tempo médio de permanência de 03 dias (ou seja, de 02 a 06 dias) descrito no procedimentos 03.04.08.002-0 - INTERNAÇÃO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRAÇÃO CONTÍNUA, seja o doente criança ou adulto, conforme a prescrição médica. Esse procedimento remunera a internação (AIH), sendo que a quimioterapia propriamente dita deverá ser cobrada por APAC, concomitantemente. Vale então afirmar que quimioterapia com infusão de longa duração não se enquadra no conceito de "contínua". [Como o seu tempo médio de permanência é de 03 dias, significa que este varia de 02 a 06 e esse intervalo de tempo é suficiente para as possíveis eventualidades que possam ocorrer: suspensão antecipada da administração contínua (02 dias) ou necessidade de permanência a maior (até 04, 05 ou 06 dias). Caso esta necessidade se faça para além dos dias de permanência permitidos (06 dias), não mais se trata de quimioterapia, e, sim de intercorrência. Nessa eventualidade, a AIH para o procedimento 0304080020 - INTERNAÇÃO PARA QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRAÇÃO CONTÍNUA deverá ser encerrada e aberta uma para o procedimento 0304100013 - TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO.]

Observar que a Portaria SAS/MS 420/2010 recompõe atibutos no procedimento 03.04.08.003-9 - INTERNAÇÃO P/ QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIAS AGUDAS / CRÔNICAS AGUDIZADAS, sendo agora registrado por dia de

permanência e não mais por média de permanência em dias. Pemanece a concomitância da cobrança de procedimento de quimioterapia em APAC. E a Portaria GM/MS 2.498, de 21/12/2012, que aumenta o valor deste procedimento.

Pela Portaria SAS/MS 420/2010, seja o doente criança ou adulto, o procedimento 03.04.10.001-3 - TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO passou a ter como atributo complementar a permanência por dia e não mais o tempo médio de permanência em dias. A Portaria SAS/MS 581/2010, retificada em 29/10/2010, melhor descreve este procedimento 03.04.10.001-3 e cria o procedimento 03.04.10.002-1 para o Tratamento Clínico de Paciente Oncológico.

As recomposições trazidas pela Portaria SAS/MS 420/2010 para os procedimentos 03.04.08.003-9 - Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas e 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico deram-se por sugestão das sociedades de especialistas, para a sua compatibilização também com a modalidade de atendimento em Hospital-Dia. Dois foram os argumentos dessa solicitação: Primeiro, o avanço observado nos esquemas terapêuticos do câncer e de suas complicações, que passou a exigir menor tempo de permanência hospitalar e mesmo permitir o atendimento diário, em regime externo; e, segundo, a consequente otimização do uso de leitos hospitalares. Com isto, ambos os procedimentos foram recompostos em seus atributos de forma a contemplar-se também a modalidade Hospital-Dia (sendo que o 03.04.08.003-9 - Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas teve, além, uma significativa valoração) e o 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico manteve o valor total. E a permanência desses procedimentos passou de “média de permanência” (respectivamente, 8 e 4 dias) para “permanência por dia” (com a quantidade máxima de dias, também respectivamente, de 16 e 8 dias), não se alterando os tempos médios de permanência originais dos procedimentos, que também foram os encontrados no banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), mas excluindo-se o atributo “admite permanência a maior”.

Porém, com a vigência da referida Portaria, surgiram demandas pela revisão da mudança no procedimento, em função da necessidade de um maior número de dias de permanência de doentes internados para o procedimento 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico. E os exemplos dados pelos demandantes demonstravam que a finalidade das internações não era “tratamento clínico de intercorrências”, mas, sim, “internação para cuidados prolongados” ou mesmo “internação de doentes em fase terminal de câncer”. Levantou-se, então, que, no Brasil como um todo, cerca de 90% das internações registradas como 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico eram, na verdade, para cuidados paliativos de doentes terminais. Impôs-se, assim, a necessidade de uma adequação do procedimento 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, de modo a orientar-lhe o uso para a sua real finalidade e buscar-lhe validade epidemiológica, mas, também, possibilitar o atendimento de doentes de câncer avançado ou em fase terminal necessitados de internação hospitalar. Com isto, manteve-se o procedimento 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, conforme se encontra na Portaria SAS/MS 420/2010, alterando-se a sua descrição, de modo a melhor orientar o seu uso e qualificar a informação epidemiológica, de “Tratamento clínico de paciente internado por

intercorrência devida ao câncer ou ao seu tratamento" para "Tratamento clínico de paciente internado por intercorrência devida ao câncer ou ao seu tratamento. Entende-se por intercorrência clínica a complicação aguda, previsível ou não, devida à neoplasia maligna ou ao seu tratamento e que necessita de internação, na modalidade hospitalar ou em hospital-dia, para controle da complicação." E criou-se um procedimento, com o mesmo valor unitário, para as outras utilizações identificadas, na modalidade exclusivamente hospitalar e com a possibilidade de permanência a maior, assim especificado: "03.04.10.002-1 - Tratamento clínico de paciente oncológico - Tratamento clínico de paciente internado na modalidade hospitalar por complicação aguda ou crônica devida à neoplasia maligna ou ao seu tratamento, inclusive a progressão tumoral ou complicação progressiva. A autorização deste procedimento pode seguir-se à do procedimento 03.04.10.001-3 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, se o controle da complicação intercorrente exigir maior permanência hospitalar."

Ainda na Portaria SAS/MS 420/2010, existe ao Artigo 6º um parágrafo específico quanto ao procedimento 02.01.01.027-5 – BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA: *Parágrafo Único - O procedimento 02.01.01.027-5 – Biópsia de medula óssea terá o instrumento de registro AIH- procedimento especial, quando a internação ocorrer com um procedimento principal diverso, e terá o instrumento de registro AIH-procedimento principal, quando necessitar de internação para se realizar somente esta biópsia*. Muita atenção do gestor deve ser dada ao controle e avaliação do registro e ressarcimento deste procedimento, dado que o seu número máximo são 4 (quatro) biopsias em uma competência, número de rara utilização, mas pode ser necessário em casos de Leucemia Aguda, por exemplo, nas fases iniciais do tratamento.

O procedimento 03.04.01.011-1 - INTERNAÇÃO P/ RADIOTERAPIA EXTERNA (COBALTOTERAPIA / ACELERADOR LINEAR), seja também o doente criança ou adulto, tem o a quantidade máxima de 31 dias.

Os procedimentos 03.04.08.006-3 - QUIMIOTERAPIA INTRACAVITÁRIA (PLEURAL / PERICÁRDICA / PERITONEAL), e 03.04.08.004-7 - QUIMIOTERAPIA INTRA-ARTERIAL têm uma média de permanência estabelecida em 04 dias (ou seja, de 02 a 08 dias).

Note-se que procedimentos diagnósticos e terapêuticos (inclusive hidratação, controle de efeitos colaterais de tratamentos, administração de medicamentos, reposição de eletrólitos, etc.) já contam com a modalidade de Hospital-Dia. Já os procedimentos de quimioterapia (de administração curta, longa ou contínua) e de radioterapia, sejam de doente internado, sejam de doente ambulatorial, adulto ou criança, se incluem em APAC.

Procedimentos diagnósticos podem ser registrados e faturados como Diagnóstico ou primeiro atendimento em ...; e terapêuticos (inclusive, hidratação, controle de efeitos colaterais de tratamentos, administração de medicamentos, reposição de eletrólitos, etc.) como Intercorrências clínicas de paciente oncológico; Tratamento clínico de paciente oncológico; ou procedimentos específicos.

Com a unificação, todos os procedimentos de radioterapia e de quimioterapia trazem uma descrição que, muitas das vezes, explicitam além do que o faz a denominação dos próprios procedimentos.

Como na Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, houve procedimentos que deixaram de ser unificados, alguns foram excluídos por unificação de procedimentos pela Portaria SAS/MS 420/2010:

PROCEDIMENTO DE ORIGEM	PROCEDIMENTO(S) VIGENTE(S)
03.04.01.022-7 Radiocirurgia por gama-knife – hum isocentro	03.04.01.021-9 Radiocirurgia – um isocentro
03.04.02.035-4 Hormonioterapia do carcinoma de mama receptor positivo (doença metastática ou recidivada) – 2ª linha	03.04.02.033-8 Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado - 2ª linha
03.04.04.003-7 Quimioterapia do carcinoma de mama em estádio III – 2ª linha	03.04.04.002-9 Quimioterapia do carcinoma de mama (prévia)
03.04.05.014-8 Quimioterapia do carcinoma de mama em estádio II clínico ou patológico – Com linfonodos axilares acometidos	03.04.05.007-5 Quimioterapia do carcinoma de mama em estádio II
03.04.06.005-4 Quimioterapia da leucemia promielocítica aguda - 1ª fase	03.04.06.007-0 Quimioterapia de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 1ª linha
03.04.06.006-2 Quimioterapia da leucemia promielocítica aguda - fases subseqüentes	03.04.06.008-9 Quimioterapia de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 2ª linha 03.04.06.009-7 Quimioterapia de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 3ª linha 03.04.06.010-0 Quimioterapia de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 4ª linha
03.04.06.019-4 Quimioterapia de neoplasia trofoblástica gestacional (corioma/mola hidatiforme persistente/invasiva)	03.04.06.017-8 Quimioterapia de neoplasia trofoblástica gestacional - baixo risco

E a mesma Portaria SAS/MS 420/2010, em seu Artigo 7º, inclui dez novos procedimentos, sendo o 03.04.01.034-0 o único deles que é um procedimento secundário:

Código	Nome	Descrição	Registro
03.04.01.034-0	Narcose para Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (por procedimento)	Sedação/anestesia para se manter a necessária imobilidade durante o procedimento 03.04.01. 007-3 Braquiterapia de alta taxa de dose.	APAC (proced. secundário)
03.04.02.038-9	Quimioterapia de Carcinoma do Fígado ou do Trato Biliar Avançado	Quimioterapia paliativa do carcinoma do fígado ou do trato biliar inoperável em estágio (UICC) II, III ou IV ou recidivado.	APAC (proced. principal)
03.04.02.039-7	Quimioterapia de Neoplasia Maligna do Timo Avançada	Quimioterapia paliativa do timoma invasivo ou carcinoma tímico inoperável, em estágio III ou IV (Masaoka) ou recidivado.	
03.04.02.040-0	Quimioterapia de Carcinoma Urotelial Avançado	Quimioterapia paliativa do carcinoma de pelve renal, ureter, bexiga urinária e uretra. Doença loco-regionalmente avançada, metastática ou recidivada.	APAC (proced. principal)
03.04.04.017-7	Quimioterapia do Adenocarcinoma de Estômago (pré-operatória)	Quimioterapia prévia à cirurgia do adenocarcinoma de estômago em estádio de II até IV sem metástase (M0).	APAC (proced. principal)
03.04.05.025-3	Quimioterapia do	Quimioterapia pós-operatória do	APAC

	Adenocarcinoma de Estômago (pós-operatória)	adenocarcinoma de estômago em estádio de IB até IV sem metástase (M0).	(proced. principal)
03.04.06.022-4	Quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células B – 1ª Linha	Quimioterapia curativa de 1ª linha do Linfoma Difuso de Grandes Grandes Células B. Marcadores celulares positivos e resultado de exame sorológico incompatível com hepatite tipo B e tipo C ativa e negativo para HIV. Excludente com o procedimento 03.04.06.013-5 Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de Grau Intermediário ou Alto – 1ª linha.	APAC (proced. principal)
04.16.04.017-9	Alcoolização percutânea de carcinoma hepático	Injeção percutânea de etanol para tratamento de carcinoma hepático primário localizado, em estágio I e II (UICC), ou metástase hepática isolada com maior diâmetro de até 05 cm. Máximo de 04.	AIH (proced. principal)
04.16.04.018-7	Tratamento de carcinoma hepático por radiofrequência	Ablação térmica por radiofreqüência para tratamento do carcinoma hepático primário localizado, em estágio I e II (UICC). Máximo de 02.	AIH (proced. principal)
04.16.04.019-5	Quimioembolização de carcinoma hepático	Quimioterapia intra-arterial seguida por infusão de contraste rádio-opaco e um agente embolizante para citorredução paliativa de câncer hepático irressecável. Máximo de 03. Excludente com 03.04.08.004-7 – Quimioterapia intra-arterial.	AIH (proced. principal)

NOTA: Os materiais compatíveis com o procedimento 04.16.04.019-5 Quimioembolização de carcinoma hepático e seu tipo de financiamento foram publicados pela Portaria SAS/MS 939, de 21/12/2011.

E, em seu Artigo 5º, a mesma Portaria SAS/MS 420/2010 estabelece a alteração do atributo CID nos seguintes procedimentos:

Procedimento	CÓDIGO DA CID
03.04.02.016-8 Quimioterapias do carcinoma de rim avançado.	Excluir C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8 e C67.9.
03.04.02.018-4 Quimioterapia do carcinoma epidermoide /adenocarcinoma do colo ou do corpo uterino avançado	Incluir C54.1.
03.04.08.007-1 Inibidor de osteólise	Incluir C80.

Como a Portaria SAS/MS 420/2010 altera o nome (Artigo 2º) e descrição (Artigo 3º) de muitos procedimentos, atentar para as diferenças pesquisando no SIGTAP, já referido anteriormente.

Ressalta-se que a ciência atualizada dos normativos (ver o Anexo VII) é essencial para o exercício da autorização. As bases da autorização e ressarcimento da quimioterapia e da radioterapia são dadas a seguir.

Alerta-se que, neste Manual, os procedimentos não estão ordenados em seqüência alfabética ou numérica, mas principalmente topográfica, em ordem mais compatível com a utilizada na CID-10.

4. QUIMIOTERAPIA (QT)

4.1. Definições e Orientações Gerais

É a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos” (sejam eles quimioterápicos propriamente ditos, hormonioterápicos, bioterápicos, imunoterápicos, alvoterápicos) que são administrados continuamente ou a intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos.

A maioria dos quimioterápicos utilizados tem sua dose básica, para efeito antiblástico, que deve ser ajustada para cada doente de acordo com sua superfície corporal. Esta é obtida a partir do peso e da altura do doente (consultando tabela própria) e é expressa em metro quadrado (m2). Assim, obtida a superfície corporal do doente multiplica-se esta pela dose básica do quimioterápico e se obtém a dose do doente. Porém, alguns quimioterápicos têm dose única, que não se modifica com a superfície corporal do doente, e alguns outros são prescritos por Kg do peso corporal.

Os quimioterápicos de um esquema terapêutico podem ser aplicados por dia, semana, quinzena, de 3/3 semanas, de 4/4 semanas, 5/5 semanas ou de 6/6 semanas. Quando se completa a administração do(s) quimioterápico(s) de um esquema terapêutico, diz-se que se aplicou um ciclo. Portanto, a QT é aplicada em ciclos que consistem na administração de um ou mais medicamentos a intervalos regulares.

1) Exemplos:

Esquema CMF modificado – intervalo de 3/3 semanas:

C = CTX = ciclofosfamida 600 mg/m2 IV dia 1

M = MTX = metotrexato 40 mg/m2 IV dia 1

F = 5FU = fluoro-uracila 600 mg/m2 IV dia 1

Esquema BEP – intervalo de 3/3 semanas

B = BLM = bleomicina 30 U IV dias 2, 9 e 16

E = VP16 = etoposido 120 mg/m2 IV dias 1, 2, 3

P = CDDP = cisplatina 20 mg/m2 IV dias 1, 2, 3, 4 e 5.

2) Hormonioterapia: Quimioterapia que consiste do uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para tratar as neoplasias que são dependentes destes. A sua administração pode ser diária ou cíclica e se caracteriza por ser de longa duração. Os tumores malignos sensíveis ao tratamento hormonal são: os carcinomas de mama, o adenocarcinoma de próstata e o adenocarcinoma de endométrio.

Exemplos:

- Hormonioterápicos do câncer de mama: tamoxifeno, megestrol, inibidores da aromatase.

- Hormonioterápicos do câncer de próstata: flutamida, bicalutamida, ciproterona, agonista/antagonista GnRH/análogo LH-RH.

- Hormonioterápico do câncer de endométrio: megestrol.

NOTAS:

2.1) Para a hormonioterapia, é necessária a comprovação da sensibilidade do tumor a hormonioterápico, por meio da determinação de receptor hormonal para estrogênios ou progesterona, no caso de mulheres e homens com câncer de mama e de mulheres com adenocarcinoma de endométrio.

2.2) Todos os procedimentos de hormonioterapia do câncer de mama, estejam em forma de organização de quimioterapia paliativa, prévia ou adjuvante, exigem receptor positivo, que significa presença estabelecida de pelo menos um dos dois receptores hormonais tumorais (para estrogênios ou para progesterona), podendo estar à mulher em pré- ou em pós-menopausa.

A hormonioterapia prévia à cirurgia ou radioterapia do carcinoma de mama receptor positivo em estádio III é autorizável, combinada, ou não, a radioterapia, em casos excepcionais, individualizados, na falha ou contra-indicação da quimioterapia, devendo ser informada à parte, pelo gestor local, fora do sub-sistema APAC-SIA/SUS.

2.3) Estabelecida a presença de receptor, a hormonioterapia poderá ser autorizada, de acordo com a sua finalidade, estando à mulher em pré-menopausa ou em pós-menopausa. [Se paliativa, estando a mulher em pré-menopausa, a hormonioterapia pode ser feita por castração cirúrgica (ooforectomia bilateral) ou actínica (radioterapia).] Estabelecida a ausência de receptor, a hormonioterapia não deverá ser autorizada, esteja a mulher em pré-menopausa ou em pós-menopausa. Sendo o receptor hormonal tumoral desconhecido, a hormonioterapia não deverá ser autorizada.

2.4) O dito no item 2.3, acima, também se aplica à hormonioterapia paliativa do adenocarcinoma de endométrio.

2.5) A dosagem de receptores hormonais mais utilizada é a feita pelo método imunohistoquímico, e o resultado é assim expresso: RE positivo alto (+++), com mais de 75%; RE positivo médio (++), de 25% a 75%; RE positivo baixo, de 10% a 25%; e RE negativo (-), com <10%. Quanto menor for o percentual de RE, menor e menos duradoura será a resposta à hormonioterapia do câncer mamário ou endometrial.

2.6) A quimioterapia do câncer da mama masculina deve seguir as recomendações dadas para o câncer de mama da mulher em pós-menopausa, caso essa condição esteja especificada na descrição do procedimento. Isto se dá por que o câncer de mama, em homens e em mulheres em pós-menopausa, apresenta comportamento similar, em termos terapêuticos e prognósticos. Os procedimentos sem especificação do estado hormonal do indivíduo, ou do tumor, são aplicáveis, indistintamente, a mulheres em pré-menopausa, mulheres em pós-menopausa ou homens. No caso do homem, a hormonioterapia pode ser também procedida por castração cirúrgica (orquiectomia bilateral); por vezes, a hormonioterapia medicamentosa é menos tolerada por ele e nele causa, freqüentemente, perda da libido. Os receptores tumorais hormonais são também encontrados no câncer da mama masculina, sendo responsáveis por 80% das respostas obtidas com a hormonioterapia.

2.7) Os procedimentos relativos à hormonioterapia dos cânceres de mama e de endométrio tiveram suas descrições devidamente adequadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, que unifica os procedimentos antes múltiplos no SIA/SUS e SIH/SUS.

2.8) A dosagem de receptor tumoral hormonal não é exigência para a hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata.

2.9) Especificamente em caso de adenocarcinoma de próstata histopatologicamente confirmado, existe uma correlação direta de alto grau de certeza, com sensibilidade e especificidade comprovadas, entre o marcador tumoral PSA (antígeno prostático específico) e volume e atividade tumorais. O estádio III é um caso locrregionalmente avançado. A autorização de hormonioterapia paliativa em estádio clínico III é, assim, válida, pois um tumor nesse estágio é inoperável, com possibilidade terapêutica de radioterapia ou hormonioterapia paliativas. A autorização de hormonioterapia na "recidiva bioquímica" sem metástase é igualmente válida, pois o aumento progressivo do PSA em caso de adenocarcinoma de próstata histopatologicamente conformado e já tratado configura-se como recidiva, mesmo que ainda não se detecte(m) lesão(ões) local (recidiva) ou à distância (metástase), assintomática(s), por exame de imagem. [Vale dizer que esta indicação não se justifica em casos de outras neoplasias malignas com outros marcadores tumorais, como o CEA (antígeno carcinoembrionário).] E não se pode confundir a hormonioterapia como o primeiro tratamento de tumor avançado (locorregionalmente ou metastático) recém-diagnosticado com a hormonioterapia paliativa de tumor recidivado (ou seja, após o primeiro tratamento ter sido feito), mesmo que essa recidiva seja manifesta ainda somente pelo aumento progressivo do PSA. As duas condições, porém, justificam a autorização de procedimento de hormonioterapia paliativa do adenocarcinoma de próstata.

2.10) Um procedimento hormonioterápico é sempre principal e pode ser ou isolado ou seqüencial, mas não concomitante, a um procedimento quimioterápico, quando ambos são indicados para os mesmos tipos e características tumorais. Porém, pode ser concomitante à radioterapia, seja quando a hormonioterapia e a radioterapia são tratamentos indicados para os mesmos tipos e características tumorais ou para tipos tumorais diferentes.

2.11) Note-se que, conforme o § 4º do Artigo 10 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, no caso de um doente apresentar tumores primários malignos múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos, poderão ser autorizadas APAC distintas para cada tratamento, na mesma competência, independentemente da finalidade do tratamento, desde que um dos tumores seja câncer de pele (radioterapia); câncer de mama, próstata ou endométrio (hormonioterapia); leucemia crônica; doença linfoproliferativa rara ou mieloproliferativa rara; linfoma não Hodgkin de baixo grau; neoplasia de células plasmáticas e neoplasia de células de Langerhans (histiocitose).

2.12) Nos casos de carcinoma de mama HER-2 positivo, a concomitância da hormonioterapia só se faz com os procedimentos de monoterapia adjuvante.

2.13) Os corticosteroides podem compor esquemas terapêuticos antiblásticos, em doses maiores do que as usuais, e não devem ser considerados quimioterápicos, para efeito de autorização e ressarcimento, quando usados isoladamente, fora da composição desses esquemas, exceto em caso de Mieloma Múltiplo (isolado ou

associado a talidomida, como procedimento principal, ou a inibidor de osteólise, este como procedimento secundário).

3) Bioterapia: É a quimioterapia na qual se usam medicamentos que inicialmente foram identificados como substâncias naturais do próprio corpo humano. São exemplos: os interferons, a interleucina e os anticorpos monoclonais. No caso dos anticorpos monoclonais - que, à semelhança dos alvoterápicos (ver adiante), agem mais seletivamente -, exige-se a positividade de exames específicos que demonstrem a presença dos respectivos antígenos, como, por exemplo, o CD20, para a prescrição de Rituximabe na quimioterapia do Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células.

4) Alvoterapia: Embora, a rigor, toda quimioterapia atue em alvo estrutural ou funcional das células, define-se a alvoterapia como a quimioterapia que consiste na utilização de substâncias que atuam mais seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos, para o que se exige a positividade de exames que demonstrem a presença desses alvos. São exemplos, o Cromossoma Philadelphia positivo ou o gene bcr-abl positivo, para o tratamento da leucemia mieloide crônica com inibidor da tirosino-quinase; o antiCD117 ou cKIT positivo, para o tratamento do tumor do estroma gastrintestinal com o mesilato de imatinibe; e o HER-2 para o tratamento do câncer de mama com o trastuzumabe.

4.2. Autorização e Ressarcimento pelo SUS

Na quimioterapia, apesar de o tratamento ser feito de forma contínua ou por ciclos, a tabela de procedimentos do SUS refere-se a um valor médio mensal de um esquema terapêutico, e não ao valor diário ou de um ciclo, seja ele aplicado em que intervalo for. Isto significa que o valor total do tratamento é dividido pelo número de meses em que ele é feito e o resultado desta divisão é a quantia a ser ressarcida a cada mês independentemente de quantos ciclos sejam feitos no mês. Assim, é preciso atentar-se para que não se continue ressarcindo por meses de quimioterapia de ciclos que já se completaram (por exemplo, 09 ciclos de 3/3 semanas cumprem-se em 06 meses e não podem ser ressarcidos como 09 meses).

O SUS ressarce por competências e não por ciclos; assim, o valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado, e ressarcido, uma única vez por mês, isto é, mensalmente.

Porém, vale ressaltar que produtos de análogos LH-RH são medicamentos similares, de mesmo mecanismo de ação e efeitos terapêutico e tóxico, e o seu intervalo de aplicação depende da dose da apresentação do medicamento. Por exemplo,a apresentação de 3,6 mg é de aplicação mensal e a de 10,8 mg é de aplicação trimestral. Com isto, uma APAC para procedimento de hormonioterapia de câncer de próstata, que é de essarcimento mensal, pode corresponder tanto aos casos de aplicação mensal como os de aplicação trimestral. Assim, poderá haver meses em que haverá o ressarcimento sem a correspondente administração do análogo.

Os procedimentos quimioterápicos descritos como exclusivos e únicos muito raramente podem repetir-se; e a mudança de esquema terapêutico significa mudança de linha ou de finalidade, conseqüentemente, um novo planejamento terapêutico global.

Atente-se para que a regressão tumoral (ou seja, a existência de resposta terapêutica) impõe a manutenção do esquema quimioterápico, do planejamento terapêutico e do procedimento; ao contrário da progressão tumoral, que obriga a mudança de esquema, de planejamento e, consequentemente, de procedimento, se houver. Como exemplo, cita-se um caso de Leucemia Mieloide Crônica: a regressão da fase de transformação para a fase crônica não altera o tratamento nem o procedimento compatíveis com a fase de transformação; já na situação inversa, sim: a progressão da fase crônica para a fase de transformação obriga a mudança do tratamento e, consequentemente, do procedimento.

Atente-se, também, para o Artigo 11 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, e seus parágrafos, cujo § 3º foi alterado pela Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008:

Art. 11 – Exceto pelos procedimentos da Forma de Organização 03–Quimioterapia para Controle Temporário de Doença–Adulto, um mesmo procedimento de quimioterapia não pode ser utilizado para mais de um planejamento terapêutico global para um mesmo doente.

§ 1º - Um mesmo procedimento da Forma de Organização 03–Quimioterapia para Controle Temporário de Doença-Adulto pode, observadas as suas respectivas descrições e atributos, ser autorizado mais de uma vez, em diferentes planejamentos terapêuticos globais de um mesmo doente, utilizando-se, ou não, o(s) mesmo(s) antineoplásico(s).

§ 2º - O procedimento 0304030112 - Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 1ª linha se aplica a autorização inicial para entrada no sistema e a continuidade das autorizações dadas sob este mesmo código, antes da publicação desta Portaria, quando este procedimento era de 2ª linha, de modo a garantir a manutenção dos planejamentos terapêuticos originalmente informados a continuidade de terapêutica vigente com resultados benéficos.

"§ 3º - O procedimento 0304030120 - Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 3ª linha se aplica a autorização inicial para entrada no sistema de novo planejamento terapêutico ou para a continuidade das autorizações dadas sob este mesmo código, antes da publicação desta Portaria (a Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008)*, quando este procedimento era descrito como de 2ª linha, de modo a garantir a manutenção dos planejamentos terapêuticos originalmente informados e a continuidade de terapêutica vigente com resultados benéficos."*

$ 4º - O procedimento 0304030198 - Quimioterapia de neoplasia de células plasmáticas – 2ª linha também se aplica a autorização inicial para entrada no sistema, ou seja como 1ª linha, se há indicação de transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas.

§ 5º – Exceto pelo disposto nos parágrafos 2º e 3º anteriores e no Art. 32, a autorização de procedimento das formas de organização 02–Quimioterapia Paliativa–Adulto, 03–Quimioterapia para Controle Temporário de Doença–Adulto, 04–Quimioterapia Prévia–Adulto, 05–Quimioterapia Adjuvante–Adulto, 06–Quimioterapia Curativa–Adulto e 07–Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescente deve seguir obrigatoriamente a seqüência de linhas 1ª, 2ª e 3ª contidas na descrição de procedimentos, sendo possível a autorização da primeira APAC inicial, para entrada no sistema, para procedimento de 2ª ou de 3ª linha, sem autorização nem cobrança prévia do respectivo procedimento de 1ª ou de 2ª linha, tendo ou não a(s) linha(s) antecedente(s) sido procedida(s) em outro serviço, dentro ou fora do SUS, mas não se poderá autorizar quimioterapia de 1ª linha para doente já tratado com quimioterapia de 2ª ou de 3ª linha, como não se poderá autorizar quimioterapia de 1ª ou de 2ª linha, para doente já tratado com quimioterapia de 3ª linha.

Porém, exceto quando há protocolo ou diretriz do Ministério publicados, inexiste regra que estabeleça que um determinado medicamento ou esquema

terapêutico seja correspondente a procedimento de 1ª, 2ª ou 3ª linha de quimioterapia na tabela do SUS.

Especificamente quanto à hormonioterapia, a prescrição de uma linha subseqüente está condicionada à existência de resposta à linha antecedente, e a Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010, especifica quais procedimentros e medicamentos correspondem a 1ª e 2ª linhas da hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata.

Exceto pelos procedimentos 03.04.08.007-1 Inibidor da Osteólise e 03.04.08.001-2 Fator Estimulante de Crescimento de Colônias de Granulócitos/Macrófagos, os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não referem medicamentos, mas, sim, indicações terapêuticas de tipos e situações tumorais especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado, sendo a prescrição médica prerrogativa e responsabilidade do médico assistente.

À exceção da Talidomida para a quimioterapia do Mieloma Múltiplo (Portaria SAS 298/2013, retificada); do Trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo (Portaria SAS 73/2013, retificada) e do Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia do GIST-Tumor do Estroma Gastrointestinal do adulto (Portaria GM/MS 1.655/2002), para a quimioterapia LMC-Leucemia Mielóide Crônica (portarias SAS 649/2008 e 114/2012) e para a quimioterapia da Leucemia Linfoblástica Aguda (portarias SAS 115/2012 e 312/2013), o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde não fornecem diretamente medicamentos contra o câncer. Nestes casos, o fornecimento de medicamentos não ocorre por meio de programas de dispensação de medicamentos do SUS; os medicamentos estão incluídos em procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA/SUS, devendo ser fornecidos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, sendo ressarcidos conforme o código do procedimento registrado na APAC; e é a respectiva Secretaria de Saúde gestora que repassa o recurso recebido do Ministério da Saúde para o hospital conforme o código do procedimento informado. Cabe exclusivamente ao corpo clínico do estabelecimento de saúde credenciado e habilitado a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no hospital.

Assim, exceto por esses antineoplásicos, comprados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos aos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia – sem alteração do processo de autorização, registro e ressarcimento relativos aos respectivos procedimentos de quimioterapia –, os hospitais são responsáveis pela aquisição e fornecimento dos medicamentos por eles mesmos padronizados, cabendo-lhes codificar e cobrar conforme as normas expressas nas portarias e manuais.

Por causa do seu potencial teratogênico, a Talidomida é medicamento de uso controlado e de aquisição e fornecimento exclusivos dos governos, em todo o mundo, sendo adquirido, no Brasil, pelo Ministério da Saúde e fornecido aos hospitais, para o tratamento em oncologia e transplante de células-tronco hematopoéticas (Mieloma Múltiplo e da Doença Enxerto contra Hospedeiro), pelas secretarias estaduais de saúde, no âmbito da Assistência Farmacêutica no SUS.

O Ministério da Saúde decidiu pela compra centralizada de antineoplásicos com o objetivo de, no âmbito do SUS, reduzir o custo dos tratamentos, corrigir desvios de codificação e, principalmente, aumentar o acesso da população ao

tratamento. (Ver “Perguntas e Respostas” em www.saude.gov.br/medicamentos, sobre o Mesilato de Imatinibe e o Trastuzumabe.

No § 2º do Artigo 2º da portaria SAS/MS 90/2011, encontra-se que *Os procedimentos especificados neste Artigo continuarão a ser registrados através de Autorização de Procedimentos Ambulatorial (APAC) pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia*, sendo os procedimentos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.04.02.031-1	Quimioterapia paliativa do Tumor do Estroma Gastrintestinal avançado
03.04.03.009-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – Marcador positivo - Sem fase crônica ou detransformação anterior - 1ª linha
03.04.03.011-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica - Marcador positivo - 1ª linha
03.04.03.015-5	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação - Marcador positivo – Sem fase crônica anterior - 1ª linha

Os valores destes procedimentos foram progressivamente decrescendo a partir de julho de 2010, incorporando-se, assim, os termos do acordo assinado entre o Ministério da Saúde com o laboratório produtor do mesilato de imatinibe (portarias SAS 282 e 706, de 2010 (redução de valores), excluindo-se inteiramente o componente do medicamento desses procedimentos pela Portaria SAS 90/2011. E, a partir da aquisição centralizada do mesilato de imatinibe pelo Ministério da Saúde e o fornecimentos aos hospitais habilitados em Oncologia no SUS pelas secretarias estaduais de saúde, houve alteração final desses valores, a valer de abril de 2011 em diante, excluindo-se inteiramente, nestes procedimentos, o valor correspondente ao medicamento. Lembra-se que o doente ambulatorial de LMC é assintomático, e que o seu atendimento pode resultar em muitos outros procedimentos, como diversos exames laboratoriais, mielograma, biópsia de medula óssea, exames de imagem, internação por intercorrências, internação para quimioterapia ou internação para cuidados.

Resumindo, todos os procedimentos de quimioterapia, inclusive os de 2ª e 3ª linhas da LMC continuam a ter de ser autorizados e informados no APAC-SIA-SUS, sendo que os procedimentos de quimioterapia da LMC para controle hematológico (independente da fase) e de 2ª e de 3ª linhas (para cada fase) devem ter os medicamento(s) adquirido(s) e fornecido(s) pelos hospitais.

E a Portaria SAS 90/2011 também estabelece parâmetros para crítica da produção dos procedimentos de quimioterapia da LMC que especificam fases e linhas em suas descrições, devendo ser continuamente aplicados pelo Controle e Avaliação das secretarias de saúde na sua função gestora do SUS.

Já a Portaria SAS 73, de 30/01/2013 (retificada em 26/03/2013), estabelece que a utilização dos procedimentos de poli- e de monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo, dar-se-á conforme os esquemas terapêuticos estabelecidos no Protocolo de Uso do Trastuzumabe (Anexo I desta Portaria),

devendo os hospitais informarem no APAC-SIA/SUS conforme os seguintes procedimentos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.04.04.018-5	Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (prévia)
03.04.05.026-1	Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio I (adjuvante)
03.04.05.029-6	Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio I (adjuvante)
03.04.05.027-0	Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio II (adjuvante)
03.04.05.030-0	Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio II (adjuvante)
03.04.05.028-8	Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (adjuvante)
03.04.05.031-8	Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (adjuvante)

E a Portaria SAS 73/2013 também estabelece parâmetros para crítica da produção dos procedimentos de quimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo, devendo ser continuamente aplicados pelo Controle e Avaliação das secretarias de saúde na sua função gestora do SUS.

Dúvidas e sugestões dos hospitais habilitados: Devem ser encaminhadas aos gestores estaduais ou municipais da Assistência Farmacêutica ou da Alta Complexidade (ou do Controle e Avaliação, se for o caso), utilizando-se da lista de contatos disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos .

Dúvidas dos gestores estaduais da Assistência Farmacêutica: Dúvidas ainda não esclarecidas em "Perguntas e Respostas", disponíveis neste mesmo sítio eletrônico, ou por outro meio de comunicação, por exemplo dos Ofícios Circulares específicos sobre o tema encaminhados pelo Ministério da Saúde, devem ser encaminhadas para o email cancer@saude.gov.br .

Dúvidas dos usuários do SUS: O médico prescritor, o farmacêutico ou o diretor do hospital deverão esclarecer as dúvidas dos usuários, podendo consultar a Assistência Farmacêutica estadual ou municipal ou outro setor da respectiva Secretaria Estadual de Saúde, caso necessite (ver os contatos na relação disponível no sítio eletrônico já mencionado). Além disso, o usuário do SUS poderá encaminhar as suas dúvidas e sugestões por meio dos contatos da Ouvidoria, que são: 0800-61-1997 e o "Fale Conosco" (www.saude.gov.br no link "fale conosco" ou "ouvidoria").

A autorização para cobrança de quimioterapia é independente do esquema terapêutico utilizado, desde que adequadamente indicado, e é possível a entrada de uma cobrança no sistema por procedimento de segunda linha, sem cobrança prévia do respectivo procedimento de primeira linha, sendo a autorização para isso uma prerrogativa do gestor local, sabendo-se que se retira do doente a chance de uma linha terapêutica, caso ele venha a necessitar e não tenha recebido a 1ª linha, dentro ou fora do SUS. Mas a quebra da seqüência de linhas deve ser vista como uma exceção e somente uma avaliação especializada isenta poderá atestar a consistência técnico-científica da indicação. Porém não deverá haver autorização para procedimento já utilizado em planejamento terapêutico anterior, exceto pelos procedimentos do sub-grupo Quimioterapia de Controle Temporário de Doença – Adulto. [Porém, quando se trate de procedimento de quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica, atente-se para as alíneas b e c, do Art. 7º da Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008: *b - A autorização dos procedimentos acima relacionados é independente de doses diárias menores ou maiores do que as respectivas doses preconizadas no Anexo desta portaria; e c - Um mesmo procedimento dos acima relacionados pode ser utilizado para mais de um planejamento terapêutico para um mesmo doente, desde que o novo esquema terapêutico seja compatível com o procedimento e corresponda ao preconizado no Anexo desta Portaria.]*

Considera-se de 1ª linha a quimioterapia inicialmente aplicável a um doente com um determinado tumor maligno, e as de 2ª e de 3ª linhas, as indicadas para se seguirem, respectivamente, às de 1ª e de 2ª linhas, em caso de progressão (na vigência da quimioterapia) ou de recidiva do tumor (doente já previamente tratado com QT). A quimioterapia paliativa, quando não há limite de número de ciclos tecnicamente definidos, tem mudança de linha, ou é suspensa, na existência de progressão tumoral.

O motivo de cobrança "2.6 – Permanência por mudança de procedimento" é aplicável também aos procedimentos de quimioterapia, sendo que a mudança de procedimentos de quimioterapia, dentro de uma mesma forma de organização, pode-se dar nas seguintes circunstâncias: entre procedimentos de diferentes linhas; entre procedimentos de finalidade paliativa do carcinoma de mama (de quimioterapia para hormonioterapia, ou vice-versa) e do adenocarcinoma de próstata (de hormonioterapia para quimioterapia); e entre procedimentos de quimioterapia de controle temporário de doença.

No caso de recidiva tumoral dentro de 02 ou mais anos após quimioterapia adjuvante, o(s) mesmo(s) medicamento(s) poderá(ão) ser de novo utilizado(s), com finalidade paliativa, respeitando-se o limite máximo de dose(s), quando for o caso.

Os procedimentos quimioterápicos são excludentes entre si, exceto nos casos previstos de concomitância com procedimento(s) especial (ais) e no caso de um doente apresentar tumores primários malignos múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos.

Repete-se que, pelo § 4º do Artigo 10 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, que, se um doente apresentar tumores primários malignos múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos, poderão ser autorizadas APAC distintas para cada tratamento, na mesma competência, independentemente da finalidade do tratamento, desde que um dos tumores seja **câncer de pele** (radioterapia); **câncer de mama, próstata ou endométrio** (hormonioterapia); **leucemia crônica**; **doença linfoproliferativa rara ou mieloproliferativa rara**; **linfoma não Hodgkin de baixo**

grau; **neoplasia de células plasmáticas ou histiocitose**. Mesmo assim, a hormonioterapia não pode ser autorizada concomitantemente à quimioterapia, quando ambas são indicadas para um mesmo tumor, exceto em caso de monoquimioterapia adjuvante de câncer de mama HER-2 positivo.

g) O **Anexo I** deste Manual apresenta o Roteiro para termo de esclarecimento e responsabilidade, que é o Anexo da Portaria SAS/MS 420/2010, para a cientificação do doente, ou de seu responsável legal, sobre o tratamento antineoplásico administrado e os potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados, e para viabilizar ações de farmacovigilância. O Termo deverá ser preenchido pelo farmacêutico ou o responsável pela central de quimioterapia, sendo o original entregue ao doente ou seu responsável legal e uma cópia ser anexada ao prontuário, juntamente com os registros de aplicação da quimioterapia. Esta exigência atende a necessidade de suprir informações técnicas essenciais ao registro de eventos adversos junto aos sistemas de farmacovigilância instituídos pela RDC ANVISA Nº 04/2009, garantindo que sejam tomadas ações apropriadas por outros profissionais de saúde que venham a cuidar do doente e pelo órgão de vigilância sanitária, quando necessário.

O Termo deve ser fornecido ao paciente após cada sessão de quimioterapia, podendo ser adaptado pelo estabelecimento de saúde desde que contenha informações completas sobre:

Identificação do estabelecimento de saúde (nome e meio de contato), profissionais responsáveis (farmacêutico, enfermeiro e médico) e individualização do tratamento (doente, peso, altura e superfície corpórea).

Tratamento administrado ou dispensado: a) medicamento (nome comercial); b) princípio ativo; c) dose e via de administração; d) lote; e) prazo de validade.

Efeitos colaterais mais comuns com o tratamento e medidas apropriadas a serem adotadas pelo doente nas intercorrências.

O Termo contribui adicionalmente para ações de avaliação e controle pelos gestores públicos.

h) No processo de autorização de um procedimento de quimioterapia ou radioterapia, vários itens são observados, como, por exemplo, as compatibilidades dos atributos do procedimento solicitado. Mas também é fundamental, no processo autorizativo, a observância a diretrizes ou protocolos terapêuticos publicados em portarias.

Ao contrário de um protocolo (que significa estabelecer critérios, parâmetros e padrões, com base em evidências que garantam a segurança, a efetividade e a reprodutibilidade do que se protocola, e não significa disponibilizar o que existe e está disponível, mas o que se assume como dever prioritário de disponibilizar), que deve ser observado, uma diretriz terapêutica, publicada em consulta pública ou em portaria, não deve ser interpretada como que o SUS se obrigue a ressarcir todas as possibilidades descritas, visto que continua a competir ao hospital estabelcer as suas próprias condutas. Os procedimentos contemplados serão autorizados em conformidade com as regras usuais.

Assim, a compreensão dos conceitos de Diretriz e Protocolo é fundamental para o exercício da Autorização e liberação de APAC.

As portarias que estabelecem protocolos e diretrizes diagnósticas e terapêuticas de neoplasias malignas encontram-se relacionadas no Anexo VII, devendo-se ficar atento à publicação de novos protocolos e diretrizes.

4.3. Finalidades da Quimioterapia

O uso da quimioterapia deverá estar sempre dentro de um programa terapêutico global e tem as finalidades abaixo relacionadas, que também classificam os grupos de quimioterapia de doentes adultos, na tabela de procedimentos do SUS:

4.3.1. Quimioterapia Paliativa

Está indicada para a paliação de sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do doente, mas não repercutirá, obrigatoriamente, sobre a sua sobrevida. Independentemente da via de administração é de duração limitada, tendo em vista a incurabilidade do tumor (estádio IV, doença recidivada ou metastática), que tende a tornar-se progressivo a despeito do tratamento aplicado.

De uma maneira geral, a duração da quimioterapia paliativa varia de 03 a 12 meses (dependendo do tipo tumoral e independendo do tipo ou intervalo do esquema terapêutico – por exemplo, o câncer de pulmão, de 4 a 6 meses; o câncer de ovário, de 6 a 8 meses; o câncer de esôfago e do colo uterino, 6 meses), que pode se cumprir, ou não. Em não se cumprindo a duração planejada, seja por toxicidade inaceitável, seja por progressão tumoral na vigência da quimioterapia, pode-se autorizar-se novo procedimento, nos casos previstos de segunda ou terceira linhas.

A duração da autorização pode exceder o total de doze meses de competência, nos casos de hormonioterapia de cânceres metastáticos de mama, endométrio e próstata, cuja duração de hormonioterapia poderá chegar a 60 ou mais meses.

Como já dito, a quimioterapia paliativa, quando não há limite de número de ciclos tecnicamente definidos, tem mudança de linha, ou é suspensa, na existência de progressão tumoral.

Na quimioterapia paliativa, é importante avaliar o grau de resposta à quimioterapia; determinar a sobrevida global do doente; detectar a progressão da doença e prevenir e tratar as complicações possíveis de ocorrer.

Indicações:

. doentes com capacidade funcional suficiente (Zubrod: 0, 1 ou 2);

. doentes com expectativa de vida maior que 6 meses;

. doentes com neoplasias sensíveis à QT;

. doentes com lesões tumorais não irradiadas (exceto metástases ósseas).

Códigos/Procedimentos/Neoplasias/CID-10 Topográfico: Quimioterapia Paliativa (adulto):

03.04.02.015-0 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Nasofaringe avançado (estádio IV C ou doença recidivada) – C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9;

03.04.02.020-6 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Epidermoide de Cabeca e Pescoço avançado (doença locorregionalmente avançada, metastática ou recidivada) – C01, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08. , C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1 , C10.2, C10.3, C10.4, C10.8 , C10.9 , C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9 , C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2; C14.8, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9, C76.0;

003.04.02.017-6 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Epidermoide / Adenocarcinoma de Esôfago avançado (doença metastática ou recidivada) – C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9;

3.04.02.004-4 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Estômago avançado (doença metastática ou recidivada) – C16.0, 16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9;

03.04.02.001-0 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Cólon avançado (estádio IV ou doença recidivada) - 1ª linha – C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9;

03.04.02.002-8 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Cólon avançado (estádio IV ou doença recidivada) - 2ª Linha – C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9;

03.04.02.009-5 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Reto avançado (estádio IV ou doença recidivada) - 1ª Linha – C19; C20;

03.04.02.010-9 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Reto avançado (estádio IV ou doença recidivada) - 2ª Linha – C19; C20;

03.04.02.019-2 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Epidermoide de Reto / Canal Anal / Margem Anal avançado (doença inoperável locorregional avançada ou recidivada ou metastática) – C20, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8;

03.04.02.038-9 – Quimioterapia Paliativa do Carcinoma do Fígado ou do Trato Biliar avançado [inoperável em estágio (UICC) II, III ou IV ou recidivado] – C220, C221, C222, C223, C224, C227, C229, C23, C240, C241, C248;

03.04.02.005-2 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Pâncreas avançado – C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9;

03.04.02.011-7 - Quimioterapia Paliativa do Apudoma / tumor neuroendócrino avançado (apudoma - doença loco-regional avançada, inoperável, metastática ou recidivada; alteração da função hepática; dosagem do ácido 5-hidroxi-indol-acético > 150 mg/dia; cardiopatia associada à síndrome carcinoide) ou de tumor neuroendócrino.– C00 a C22; C25; C34; C38; C73; C75;

03.04.02.031-1 – Quimioterapia Paliativa do Tumor do Estroma Gastrintestinal avançado (com marcador positivo, doença irressecável primária ou metastática ou recidivada) – C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9, C16.0, C156.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9, C17.0, C17.1, C17.2,

C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3; C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C26.8, C47.4, C48.1, C49.3;

03.04.02.021-4 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Pulmonar de Células não Pequenas avançado (estádio III com derrame pleural maligno ou estádio IV ou doença recidivada. Performance status de 0 até 1) - C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9;

03.04.02.022-2 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Pulmonar Indiferenciado de Células Pequenas avançado - doença extensa ou metastática ou recidivada – C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9;

03.04.02.039-7 - Quimioterapia Paliativa do Timoma invasivo ou Carcinoma tímico inoperável avançado, [em estágio III ou IV (Masaoka) ou recidivado] – C37;

03.04.02.029-0 - Quimioterapia Paliativa de Sarcoma de Partes Moles avançado (doença inoperável, metastática ou recidivada) – C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9; C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9;

03.04.02.030-3 - Quimioterapia Paliativa de Sarcoma Ósseo avançado (metastático / recidivado) – C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9;

03.04.02.023-0 - Quimioterapia Paliativa do Melanoma Maligno avançado (metastático / recidivado / inoperável) – C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9;

03.04.02.013-3 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Mama avançado (doença metastática ou recidivada) - 1ª Linha – C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.02.014-1 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Mama avançado (doença metastática ou recidivada) - 2ª Linha – C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.02.034-6 - Hormonioterapia Paliativa do Carcinoma de Mama avançado (receptor positivo, doença metastática ou recidivada) – 1ª linha - C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.02.033-8 - Hormonioterapia Paliativa do Carcinoma de Mama avançado (receptor positivo, doença metastática ou recidivada) - 2ª linha - C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.02.018-4 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Epidermoide / Adenocarcinoma do Colo Uterino avançado (doença locorregionalmente avançada, metastatica ou recidivada) - C53.0 , C53.1 , C53.8 , C53.9; C54.1;

03.04.02.003-6 - Hormonioterapia (receptor positivo) do Adenocarcinoma do Endométrio avançado (doença metastática, recidivada ou locoregional avançada) – C54.1;

03.04.02.027-3 - Quimioterapia Paliativa de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina avançado (estádio IV ou recidiva) - 1ª linha – C56; C57.0;

03.04.02.028-1 - Quimioterapia Paliativa de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina avançado (estádio IV ou recidiva) - 2ª linha – C56; C57.0;

03.04.02.037-0 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Pênis avançado (doença locorregionalmente avançada, metastática ou recidivada) – C60.0, C60.1, C60.2, C60.8, C60.9;

03.04.02.007-9 - Hormonioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Próstata avançado – (Sem supressão cirúrgica prévia) –- 1ª Linha – C61;

03.04.02.006-0 - Hormonioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Próstata avançado – (Com supressão androgênica prévia) - 2ª Linha – C61;

03.04.02.008-7 - Quimioterapia Paliativa do Adenocarcinoma de Próstata Resistente à Hormonioterapia – C61;

03.04.02.016-8 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Rim (doenca metastática / recidivada / inoperável) - C64;

03.04.02.040-0 – Quimioterapia Paliativa do Carcinoma Urotelial (de pelve renal, ureter, bexiga urinária e uretra) avançado (Doença loco-regionalmente avançada, metastática ou recidivada) – C65, C66, C670, C671, C672, C673, C674, C675, C676, C677, C678, C679, C680;

03.04.02.032-0 - Quimioterapia Paliativa de Tumor do Sistema Nervoso Central avançado (tumores: astrocitoma anaplásico, glioma de alto grau/glioblastoma multiforme ou meduloblastoma/doença inoperável primária ou recidivada) – C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9;

03.04.02.012-5 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Adrenal avançado (metastático, recidivado ou irressecável) – C74.0, C74.1, C74.9;

03.04.02.036-2 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma de Tireoide avançado (estádio IVA até IVC) – C73;

03.04.02.024-9 - Quimioterapia Paliativa de Metástase de Adenocarcinoma de Origem Desconhecida - C80;

03.04.02.025-7 - Quimioterapia Paliativa de Metástase de Carcinoma Epidermoide/Carcinoma Neuroendócrino de Origem Desconhecida– C80;

03.04.02.026-5 - Quimioterapia Paliativa de Metástase de Neoplasia Maligna Indiferenciada de Origem Desconhecida (metástase de neoplasia maligna de origem celular não identificada) – C80.

4.3.2. Quimioterapia para Controle Temporário de Doença

Os procedimentos desta forma de organização de quimioterapia têm, a rigor, finalidade paliativa. O que diferencia essas duas formas de organização é que a autorização de um procedimento para quimioterapia de controle temporário, dado as características biológicas e terapêuticas das doenças correspondentes, pode ser repetida para mais de um planejamento terapêutico global de um mesmo, interessando o mesmo ou diferente esquema quimioterápico.

A quimioterapia para controle temporário de doença está indicada para hemopatias malignas de evolução crônica, que permitem longa sobrevida (meses ou

anos), mas sem possibilidade de cura, obtendo-se, ou não, o aumento da sobrevida global do doente.

Geralmente é de administração mais oral do que injetável, pode ser cíclica ou contínua, tem duração média a longa, e um mesmo procedimento, observadas as suas respectivas descrições e atributos, pode ser autorizado mais de uma vez, em diferentes planejamentos terapêuticos globais de um mesmo doente, utilizando-se, ou não, o(s) mesmo(s) quimioterápico(s), e a entrada no sistema, pode dar-se por procedimento de 1ª linha ou por procedimento 2ª linha.

Note-se que, nessa Forma de Organização, a Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008, revogou as portarias SAS/MS 431, de 03/10/2001, e SAS/MS 347, de 23/06/2008, e atualiza as diretrizes para o tratamento da Leucemia Mieloide Crônica do Adulto.

Assim, atente-se que, conforme a Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, em seu Artigo 32, foram dadas disposições transistórias para a autorização de procedimentos da Forma de Organização 03 – Quimioterapia para Controle Temporário de Doença-Adulto, no que diz respeito à:

a) continuidade da autorização para o procedimento 0304030112 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 1ª linha, dada quando ele era de 2ª linha (os casos já autorizados permanecem com este mesmo código, cujo procedimento apenas mudou de descrição, mantendo-se o planejamento terapêutico);

b) adequação da autorização para o procedimento 0304030155 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase de transformação sem fase crônica anterior – 1ª linha, quando tenha sido utilizado para leucemia mieloide crônica em fase crônica (os casos em fase crônica devem ser recodificados como 0304030112 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 1ª linha, mantendo-se o planejamento terapêutico);

c) continuidade da autorização para o procedimento 0304030120 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 2ª linha, dada quando ele era de 1ª linha (os casos já autorizados permanecem com este mesmo código, cujo procedimento apenas mudou de descrição, mantendo-se o planejamento terapêutico);

d) a continuidade da autorização para 0304030155 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase de transformação sem fase crônica anterior – 1ª linha, somente nos casos que deram entrada no sistema sob a codificação deste segundo procedimento, quando tenha sido utilizado para leucemia mieloide crônica em fase crônica, observando-se progressão leucêmica na vigência deste antes de a codificação ter sido corrigida para 0304030112 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 1ª linha (os casos já autorizados devem ser recodificados como 0304030120 Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 2ª linha, mantendo-se o planejamento terapêutico).

Porém, com a publicação da Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008, novas disposições transitórias foram dadas, em seu Artigo 8º, visto que houve criação de novo procedimento e alteração de descrições e valores de procedimentos de quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica:

a) O procedimento 03.04.03.022-8 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 2ª linha pode ser autorizado em seqüência ao 03.04.0.011-2 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 1ª linha ou ao 03.04.03.012-0 Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 3ª linha que tenha sido autorizado quando descrito como de 2ª linha;

b) O procedimento 03.04.03.012-0 - Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 3ª linha pode ser autorizado em seqüência ao 03.04.03.022-8 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo – 2ª linha, caso o procedimento 03.04.03.012-0 não tenha sido antes autorizado como de 2ª linha;

c) O procedimento 03.04.03.014-7 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase de transformação - marcador positivo – 2ª linha pode ser autorizado em seqüência ao 03.04.03.015-5 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase de transformação - marcador positivo – 1ª linha ou ao 03.04.03.013-9 Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase de transformação - marcador positivo – 3ª linha que tenha sido autorizado quando descrito como de 2ª linha;

d) O procedimento 03.04.03.013-9 - Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase de transformação - marcador positivo – 3ª linha pode ser autorizado em seqüência ao 03.04.03.014-7 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase de transformação - marcador positivo – 2ª linha, mesmo que o procedimento 03.04.03.013-9 tenha sido antes autorizado como de 2ª linha;

e) O procedimento 03.04.03.008-2 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase blástica - marcador positivo – 2ª linha pode ser autorizado em seqüência ao 03.04.03.009-0 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase blástica - marcador positivo – 1ª linha ou ao 03.04.03.010-4 Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase blástica - marcador positivo – 3ª linha que tenha sido autorizado quando como de 2ª linha;

f) O procedimento 03.04.03.010-4 - Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase blástica - marcador positivo – 3ª linha pode ser autorizado em seqüência ao 03.04.03.008-2 Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase blástica - marcador positivo – 2ª linha, mesmo que o procedimento 03.04.03.010-4 tenha sido antes autorizado como de 2ª linha.

A duração de quimioterapia para controle temporário de doença é bastante variável, dependendo do tipo tumoral e independendo do tipo ou intervalo do esquema terapêutico. O número máximo de meses (geralmente de 06 a 12 meses) será determinado pela resposta tumoral máxima, mesmo que transitória, quando, então passar-se-á ao controle do doente, até a próxima manifestação de sintoma ou recidiva tumoral, quando, novamente, se indica a quimioterapia, sob o mesmo código de procedimento, ou não.

Nos casos de leucemia crônica e doenças hemoproliferativas, como a trombocitemia essencial e a policitemia vera, a quimioterapia pode durar mais do que 60 meses, podendo ser administrada de forma contínua ou descontínua.

Quando cíclica, o número de ciclos tem limite estabelecido e a doença deve ser tratada, com o mesmo ou diferente esquema terapêutico global, sempre que se manifestarem sintomas ou sinais que comprometam a capacidade funcional ou função orgânica do doente.

Aqui, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre o uso de Eritropoetina, solicitada em Oncologia para casos que cursam com anemia.

A Eritropoetina não é um atineoplásico, mas, sim, uma glicoproteína que estimula, na medula óssea, a divisão e a diferenciação dos progenitores das células vermelhas do sangue, por isso classificada como fator estimulante de crescimento de colônias de eritrócitos (hemácias ou glóbulos vermelhos do sangue). O uso deste medicamento em Oncologia e Hematologia ainda é controverso, pois questiona-se a

quem tratar, quando começar o tratamento, por quanto tempo tratar e como avaliar a resposta terapêutica. Mesmo níveis séricos baixos de eritropoetina não podem predizer essa resposta, e a continuidade da sua aplicação é também questionável, se não houver aumento dos reticulócitos e das dosagens de hemoglobina e ferritina. A melhora dos parâmetros laboratoriais não significa, obrigatoriamente, benefício para o paciente, visto que é difícil demonstrar-se o impacto sobre sua capacidade funcional (*performance status*), sintomas ou qualidade de vida. A relação entre o benefício e o custo é, também, de difícil determinação.

Porém, em Oncologia, a Eritropoetina tem seu papel bem delimitado em casos de Mielodisplasias (síndrome mielodisplásica) e de Mieloma Múltiplo.

A anemia da Mielodisplasia é causada pela deficiência de produção medular de hemácias, vez que a Mielodisplasia resulta da proliferação clonal de células da medula óssea, caracterizada por pancitopenia devida a defeitos de maturação. Pode haver, inicialmente, citopenia isolada e, por vezes, evolui da fase pré-leucêmica para a franca leucemia (40%), ao passo que outros pacientes evoluem a óbito por falência medular (30%) ou por outras causas (30%). Alguns pacientes sobrevivem anos com apenas controle da anemia.

Já a anemia do Mieloma Múltiplo deve-se tanto à infiltração da medula óssea pelas células neoplásicas plasmáticas, como por responsividade inadequada à eritropoetina endógena. A supressão dos efeitos de várias citocinas sobre a eritropoese e o efeito de insuficiência renal sobre a produção de eritropoetina também são fatores causais. A insuficiência renal como complicação do Mieloma Múltiplo é também multifatorial, sendo a causa mais comum depósitos protéicos tubulares que levam à nefrite intersticial (o rim do mieloma).

As Mielodisplasias são um conjunto de doenças que se classificam sob o código D46 da Classificação Internacional de Doenças (CID) como Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido. As mielodisplasias classificadas como D46.2 – Anemia refratária com excesso de blastos e D46.9 - Síndrome mielodisplásica, não especificada são compatíveis com os seguintes códigos de procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS: 2904104-9 – Doença Mieloproliferativa Rara - 1ª linha e 2904105-8 – Doença Mieloproliferativa Rara - 2ª linha.

Em caso de Mielodisplasia como as antes classificadas, o tratamento da anemia pode ser o único tratamento a ser indicado e é feito com eritropoetina; neste caso (e mesmo quando associada à quimioterapia), o seu uso pode ser codificado e registrado, visto que os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não referem medicamentos, mas, sim, indicações terapêuticas de tipos e situações tumorais especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado. [O código D46.3 - Anemia refratária com excesso de blastos com transformação está compatível com os procedimentos de quimioterapia curativa de Leucemia Aguda/Mielodisplasia/Linfoma Linfoblástico/Linfoma de Burkitt.]

Tratando-se de Mieloma Múltiplo, o uso de Eritropoetina destina-se aos casos <u>não refratários</u> à quimioterapia e à alta dose de dexametasona e que cursam com anemia que não se corrige satisfatoriamente com esses tratamentos antitumorais, não podendo, assim, o seu uso isolado ser codificado e registrado como terapêutico do Mieloma.

No Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (antes, programa de dispensão de medicamentos excepcionais), a eritropoetina é indicada para o tratamento de casos de Insuficiência renal crônica codificados pela CID-10 como N18.0 – Doença renal em estágio final, N18.8 – Outra insuficiência renal crônica e D63.8 - Anemia em doenças crônicas classificadas em outra parte, códigos estes vinculados ao Protocolo Clínico da Anemia em Portadores de Insuficiência Renal Crônica); Z94.8 - Outros órgãos e tecidos transplantados - intestino, medula óssea e pâncreas, inexistindo Protocolo Clínico para esse CID, ficando a critério das Secretarias Estaduais de Saúde a dispensação da eritropoetina; e B17.1 – Hepatite aguda C e B18.2 – Hepatite viral crônica C, códigos estes, no caso da alfaepoetina de 10.000UI, vinculados ao Protocolo da Hepatite Viral C.

Indicações:

. doentes com capacidade funcional suficiente (Zubrod: 0, 1 ou 2);

. doentes com uma expectativa de vida superior a 12 meses (contando-se com o

efeito terapêutico);

. doentes com possibilidade de receber tratamento regular, bem como comparecer às consultas de seguimento para se detectar precocemente a recidiva ou progressão da doença.

Códigos/Procedimentos/Neoplasias/CID-10 Topográfico: Quimioterapia

para Controle Temporário de Doença (adulto):

03.04.03.001-5 - Quimioterapia para Controle Temporário de Doenca Linfoproliferativa Rara (Linfopatia angioimunoblástica, Neoplasia imunoproliferativa angiocêntrica, Histiocitose maligna, doenças imunoproliferativas malignas; outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfáticos, hematopoético e tecidos correlatos; tumores de comportamento incerto ou desconhecido de mastócito e células histiocíticas) – 1ª linha – C88.7, C88.9, C96.0, C96.1, C96.2, C96.7, D47.0, D47.9;

03.04.03.002-3 - Quimioterapia para Controle Temporário de Doenca Linfoproliferativa Rara (Linfopatia angioimunoblástica, Neoplasia imunoproliferativa angiocêntrica, Histiocitose maligna, doenças imunoproliferativas malignas; outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfáticos, hematopoético e tecidos correlatos; tumores de comportamento incerto ou desconhecido de mastócito e células histiocíticas) - 2ª linha – C88.7, C88.9, C96.0, C96.1, C96.2, C96.7, D47.0, D47.9;

03.04.03.003-1 - Quimioterapia para Controle Temporário de Doenca Mieloproliferativa Rara (policitemia vera; anemia refratária com excesso de blastos; síndrome mielodisplásica não especificada – mielodisplasia/pré-leucemia (síndrome) sem outras especificações; doença mieloproliferativa crônica – doença meiloproliferativa não especificada, mieloesclerose ou mielofibrose; trombocitemia essencial/hemorrágica) - 1ª linha - D45, D46.2, D46.9, D47.1, D47.3;

03.04.03.004-0 - Quimioterapia para Controle Temporário de Doenca Mieloproliferativa Rara (policitemia vera; anemia refratária com excesso de blastos; síndrome mielodisplásica não especificada – mielodisplasia/pré-leucemia (síndrome)

sem outras especificações;; doença mieloproliferativa crônica – doença meiloproliferativa não especificada, mieloesclerose ou mielofibrose; trombocitemia essencial/hemorrágica) - 2ª linha - D45, D46.2, D46.9, D47.1, D47.3;

03.04.03.005-8 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Linfocítica Crônica (leucemia linfocítica crônica; leucemia pró-linfocítica; leucemia de célula T do adulto) - 1ª linha - C91.1, C91.3, C91.5;

03.04.03.006-6 - Quimioterapia para Controle Temporário de Leucemia Linfocítica Crônica (leucemia linfocítica crônica; leucemia pró-linfocítica; leucemia de célula T do adulto) - 2ª linha - C91.1, C91.3, C91.5;

03.04.03.007-4 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica - Qualquer Fase - Controle Sangüíneo (com a finalidade de redução do número de glóbulos brancos ao hemograma, não se consistindo em linha terapêutica) – C92.1;

03.04.03.011-2 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica Marcador Positivo (Leucemia Mieloide Crônica em fase crônica cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo – para controle sanguíneo e citogenético ou molecular) - 1ª linha - C92.1;

03.04.03.022-8 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica Marcador Positivo (Leucemia mieloide crônica em fase crônica cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo. Este procedimento se aplica a autorização inicial para entrada no sistema de novo planejamento terapêutico.) - 2ª linha

03.04.03.012-0 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica Marcador Positivo (Leucemia mieloide crônica em fase crônica cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo. Este procedimento se aplica a autorização para entrada no sistema de planejamento terapêutico inicial; para novo planejamento subseqüente à utilização dos procedimentos 03.04.03.011-2 ou 03.04.03.022-8; ou para continuidade da autorização para este procedimento como de 2ª linha, de modo a garantir a manutenção dos planejamentos terapêuticos originalmente informados e a continuidade de terapêutica vigente com resultados benéficos.) - 3ª linha - C92.1;

03.04.03.015-5 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação Marcador Positivo – sem fase crônica anterior (Leucemia Mieloide Crônica em fase de transformação – cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo - para controle sanguíneo e citogenético ou molecular) - 1ª linha - C92.1;

03.04.03.014-7 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação Marcador Positivo (Leucemia mieloide crônica em fase de transformação cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo, com ou sem fase crônica anterior. Este procedimento se aplica a autorização para entrada no sistema de planejamento terapêutico inicial ou para novo planejamento subseqüente à utilização do procedimento 03.04.03.011-2 ou 03.04.03.015-5.) - 2ª linha - C92.1;

03.04.03.013-9 - Quimioterapia para Controle Temporário de Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação Marcador Positivo (Leucemia mieloide crônica em fase de transformação cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo.

Este procedimento se aplica a autorização para entrada no sistema de planejamento terapêutico inicial; para novo planejamento subseqüente à utilização dos procedimentos 03.04.03.015-5 ou 03.04.03.014-7; ou para continuidade da autorização para este procedimento quando era descrito como de 2ª linha.) – 3ª Linha - C92.1;

03.04.03.009-0 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica Marcador Positivo – sem fase crônica ou de transformação anterior (Leucemia Mieloide Crônica em fase blástica - cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo - para controle sanguíneo e citogenético ou molecular) - 1ª linha - C92.1;

03.04.03.008-2 - Quimioterapia para Controle Temporário da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica Marcador Positivo (Leucemia mieloide crônica em fase blástica cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo, com ou sem fase crônica ou de transformação anterior. Este procedimento se aplica a autorização para entrada no sistema de planejamento terapêutico inicial ou para novo planejamento subseqüente à utilização do procedimento 03.04.03.011-2, 03.04.03.015-5 ou 03.04.03.009-0.) - 2ª linha - C92.1;

03.04.03.010-4 - Quimioterapia para Controle Temporário de Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica Marcador Positivo (Leucemia mieloide crônica em fase blástica cromossoma Philadelphia ou Bcr-Abl positivo. Este procedimento se aplica a autorização para entrada no sistema de planejamento terapêutico inicial; para novo planejamento subseqüente à utilização dos procedimentos 03.04.03.009-0 ou 03.04.03.008-2; ou para continuidade da autorização para este procedimento quando era descrito como de 2ª linha.) – 3ª Linha - C92.1;

03.04.03.016-3 - Quimioterapia para Controle Temporário de Linfoma não Hodgkin de Baixo Grau de Malignidade (linfomas de células T cutâneas e periféricas; doença de Sézary; linfoma de linfócito pequeno; linfoma folicular com predomínio de células pequenas e clivadas; linfoma folicular misto, de células pequenas e grandes; linfoma de células T periférico; linfoma não Hodgkin de outros tipos e tipos não especificados), estádios I e II com doença maciça ou extensa e sintomas constitucionais; estádios III e IV e recidiva) - 1ª linha - C820, C821, C827, C829, C83.0, C83.1, C84.0, C84.1, C84.2, C84.3, C84,4, C84.5, C85.7, C85.9, C88.3, C88.7, C88.9, D47.0, D47.9;

03.04.03.017-1 - Quimioterapia para Controle Temporário de Linfoma não Hodgkin de Baixo Grau de Malignidade (linfomas de células T cutâneas e periféricas; doença de Sézary; linfoma de linfócito pequeno; linfoma folicular com predomínio de células pequenas e clivadas; linfoma folicular misto, de células pequenas e grandes; linfoma de células T periférico; linfoma não Hodgkin de outros tipos e tipos não especificados), estádios I e II com doença maciça ou extensa e sintomas constitucionais; estádios III e IV e recidiva) - 2ª linha - C820, C821, C827, C829, C83.0 , C83.1 , C84.0 ,C84.1, C84.2 , C84.3, C84,4, C84.5, C85.7, C85.9, C88.3, C88.7, C88.9, D47.0 , D47.9;

03.04.03.018-0 - Quimioterapia para Controle Temporário de Neoplasia de Células Plasmáticas (macroglobulinemia de Waldenström, mieloma múltiplo, leucemia plasmocitária, plasmocitoma extra-medular, gamopatia monoclonal) - 1ª linha – Sem indicação de transplante – C88.0, C90.0, C90.1, C90.2, D47.2;

03.04.03.019-8 - Quimioterapia para Controle Temporário de Neoplasia de Células Plasmáticas (macroglobulinemia de Waldenström, mieloma múltiplo, leucemia plasmocitária, plasmocitoma extra-medular, gamopatia monoclonal) – 2ª linha [Resistência (2ª linha) ou com indicação de transplante (1ª linha)] – C88.0, C90.0, C90.1, C90.2, D47.2.

03.04.03.021-0 - Quimioterapia para Controle Temporário da Tricoleucemia (leucemia de células pilosas ou cabeludas). Procedimento único e exclusivo - 1ª linha – C91.4;

03.04.03.020-1 - Quimioterapia para Controle Temporário da Tricoleucemia (leucemia de células pilosas ou cabeludas) - 2ª linha – C91.4.

NOTA:

Relembrando as críticas no SIA/SUS descritas pelas portarias SAS/MS 649/2008 e 90/2011:

I - (a) máximo de 20% para os procedimentos de quimioterapia da LMC em fase de transformação e máximo de 5% para os de em fase blástica; e

II - (b) máximo de 15% dos procedimentos de 2ª linha de quimioterapia da LMC.

A crítica estabelecida e ratificada entrou em vigor, para fins de advertência, na competência abril/2011 e, para fins de GLOSA, a partir da competência julho/2011, sendo dela excluídos os hospitais com produção mensal abaixo de 20 procedimentos de quimioterapia da LMC a seguir especificados, devendo as respectivas Secretarias de Saúde gestoras procederem ao monitoramento, controle e avaliação da produção desses, e ao DRAC/SAS/MS o acompanhamento com monitoramento periódico da mesma produção.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
030403011-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 1ª linha
030403022-8	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 2ª linha
030403012-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica – 3ª linha
030403015-5	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 1ª linha
030403014-7	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação - 2ª linha
030403013-9	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação – 3ª linha
030403009-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 1ª linha

030403008-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 2ª linha
030403010-4	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – 3ª linha

Todos esses percentuais foram estabelecidos a partir da análise estatística da produção dos procedimentos de LMC, no SUS, em 2009 e 2010, e consolidados em hospitais cujas auditorias não demonstrou desvios de codificação. Além do mais, eles situam-se abaixo daqueles observados nos hospitais: 82% para LMC-C (na crítica, 75%), 14% para LMC-T (na crítica, 20%), 4% para a LMC-B (na crítica, 5%) e 10% para a 2ª linha (na crítica, 15%).

O mesilato de imatinibe adquirido pelo Ministério da Saúde e distribuído pela fornecidos pelas secretarias estaduais de saúde tem o objetivo de tratar os pacientes adultos com Leucemia Mieloide Crônica ou Tumor do Estroma Gastrointestinal que apresentem os critérios de elegibilidade preconizados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para essas doenças (respectivamente a Portaria SAS/MS 649/2008 e a Portaria GM/MS 1.655/2002) e tratados em hospitais habilitados em oncologia no SUS. Assim, os quantitativos do medicamento encaminhados pelo Ministério da Saúde não devem ser utilizados fora desse objetico. Para outro uso de mesilato de imatinibe porventura adotado pelos hospitais, fora dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a compra e o fornecimento deste medicamento continuam a ser da exclusiva responsabilidade do hospital. [O uso do mesilato de imatinibe para tratamento de crianças e adolescentes já se encontra liberado pela ANVISA. Os respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de Leucemia Mieloide Crônica (LMC) e de Leucemia Linfoblástica Aguda cromossoma Philadelphia positivo (LLA Ph+) serão postos em Consulta Pública. Até que se estabeleçam e se publiquem os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que incluam o mesilato de imatinibe no tratamento dessas doenças nessa faixa etária, a responsabilidade pelo fornecimento de mesilato de imatinibe para esses doentes, quando prescrito, continuará a ser dos hospitais.]

Doentes novos de GIST e LMC devem ser encaminhados para os hospitais habilitados em oncologia no SUS que já atendem doentes com estas neoplasias. O cadastro dos doentes de LMC e GIST deverá ser mensalmente atualizado. Auditorias analíticas deverão ser regulares (as críticas no SIA/SUS, limitando os percentuais de procedimentos de fase de transformação e blástica e da quimioterapia de 2ª linha da LMC) e auditorias operativas devem ser realizadas sempre que indicadas.

Note-se que o medicamento protocolado para a quimioterapia de 2ª linha da LMC é o dasatinibe, aplicável a todas as fases desta doença.

Para facilitar a comunicação, sugere-se o seguinte fluxo para a apresentação de dúvidas e sugestões sobre a distribuição do mesilato de imatinibe:

Dúvidas e sugestões dos hospitais habilitados: Devem ser encaminhadas aos gestores estaduais ou municipais da Assistência Farmacêutica ou da Alta Complexidade (ou do Controle e Avaliação, se for o caso), utilizando-se da lista de contatos disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos .

Dúvidas dos gestores estaduais da Assistência Farmacêutica: Dúvidas ainda não esclarecidas em “Perguntas e Respostas”, disponíveis neste mesmo sítio

eletrônico, ou por outro meio de comunicação, por exemplo dos Ofícios Circulares específicos sobre o tema encaminhados pelo Ministério da Saúde, devem ser encaminhadas para o email lmc@saude.gov.br .

Dúvidas dos usuários do SUS: O médico prescritor, o farmacêutico ou o diretor do hospital deverão esclarecer as dúvidas dos usuários, podendo consultar a Assistência Farmacêutica estadual ou municipal ou outro setor da respectiva Secretaria Estadual de Saúde, caso necessite (ver os contatos na relação disponível no sítio eletrônico já mencionado). Além disso, o usuário do SUS poderá encaminhar as suas dúvidas e sugestões por meio dos contatos da Ouvidoria, que são: 0800-61-1997 e o "Fale Conosco" (www.saude.gov.br no link "fale conosco" ou "ouvidoria").

4.3.3. Quimioterapia Prévia, Neoadjuvante ou Citorredutora.

É a quimioterapia indicada para a redução de tumores loco-regionalmente avançados (geralmente estádios II ou III), que são, no momento, irressecáveis ou não. Tem a finalidade de tornar os tumores ressecáveis ou de melhorar o prognóstico do doente.

Geralmente é de administração venosa (raramente oral ou arterial), tem duração limitada e é seguida por cirurgia ou radioterapia após curto intervalo (entre 15 a 30 dias). A duração do tratamento é de 03 a 06 meses, determinada pelo tipo ou localização tumoral, toxicidade, resposta objetiva à quimioterapia e pelo plano terapêutico proposto.

Nota: Nos casos especificados na descrição dos procedimentos, pode ser autorizada como quimioterapia concomitante à radioterapia.

Indicações:

. doentes com boa capacidade funcional (Zubrod = 0 ou 1);

. doentes com expectativa de vida superior a 12 meses;

. doentes com possibilidade de ser operado (caso indicado) no prazo máximo de 3 a 4 semanas depois do término da QT;

. garantia da radioterapia (caso indicada) dentro de 3 a 4 semanas depois do término da QT;

. garantia da QT adjuvante, se indicada (ver a seguir);

. garantia do acompanhamento regular, a longo prazo.

Códigos/Procedimentos/Neoplasias/CID-10 Topográfico: Quimioterapia Prévia (neoadjuvante/citorredutora) – adulto

03.04.04.006-1 - Quimioterapia prévia à cirurgia ou concomitante à radioterapia do Carcinoma Epidermoide dos Seios Para-nasais / Laringe / Hipofaringe / Cavidade oral / Orofaringe - Estádios III ou IV – C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12,

C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9;

03.04.04.008-8 – Quimioterapia prévia à cirurgia ou concomitante à radioterapia do Carcinoma de Nasofaringe em Estádio de III até IVB – C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9;

03.04.04.011-8 – Quimioterapia concomitante à radioterapia de Carcinoma Epidermoide ou Adenocarcinoma de Esôfago em estádio de I até IVA – C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.9;

03.04.04.017-7 – Quimioterapia pré-operatória do Adenocarcinoma de Estômago em estádio de II até IV sem metástase (M0) – C160, C161, C162, C163, C164, C165, C166, C168, C169;

03.04.04.001-0 – Quimioterapia concomitante à radioterapia do Adenocarcinoma de Reto – estádios II e III ou Dukes B e C) – C20;

03.04.04.005-3 – Quimioterapia Prévia do Carcinoma Epidermoide de Reto / Canal Anal / Margem Anal – C20, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8, C44.5;

03.04.04.009-6 – Quimioterapia prévia à cirurgia ou concomitante à radioterapia do Carcinoma Pulmonar de Células não Pequenas (prévia à cirurgia ou concomitante à radioterapia em estádio III – C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9;

03.04.04.010-0 – Quimioterapia prévia isolada ou combinada a radioterapia (concomitante ou seqüencial) do Carcinoma Pulmonar Indiferenciado de Células Pequenas – C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9;

03.04.04.016-9 - Quimioterapia Prévia de Sarcoma Ósseo/Osteossarcoma – 1ª linha - C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9;

03.04.04.15-0 - Quimioterapia Prévia de Osteossarcoma – 2ª linha - C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9;

03.04.04.002-9 - Quimioterapia Prévia do Carcinoma de Mama - C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.04.018-5 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (prévia) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506, C508.

03.04.04.012-6 - Quimioterapia Prévia do Carcinoma Epidermoide de Vulva – C51.0, C51.1, C51.2, C51.8, C51.9;

03.04.04.004-5 - Quimioterapia concomitante à radioterapia do Carcinoma Epidermoide / Adenocarcinoma do Colo do Útero - C53.0, C53.1, C53.8, C53.9;

03.04.04.014-2 - Quimioterapia Prévia de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina (estádio III ou IV) – 1ª linha - C56, C57.0;

03.04.04.013-4 - Quimioterapia Prévia de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina (estádio III ou IV) - 2ª Linha – C56, C57.0;

03.04.04.007-0 - Quimioterapia Prévia do Carcinoma de Bexiga - C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9.

4.3.4. Quimioterapia Adjuvante ou Profilática

De administração oral ou venosa, define-se como adjuvante a QT indicada após tratamento cirúrgico curativo, quando o doente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável pelo exame físico e exames complementares indicados para o caso.

Os doentes candidatos a este tipo de tratamento são considerados de alto risco, face à capacidade de disseminação de seus tumores, mesmo que já ressecados (em estádio I, II ou III) e já tenham sido submetidos, ou não, à quimioterapia prévia. (A chamada "quimioprevenção", por vezes solicitada para caso de carcinoma *in situ* de mama, não se constitui em quimioterapia adjuvante, não podendo ser codificada nem ressarcida como tal.)

A quimioterapia adjuvante deve ser iniciada, no máximo, entre 30 a 60 dias do pós-operatório, e tem por finalidade aumentar o intervalo livre de doença e a sobrevida global dos doentes. É de longa duração (de 6 a 12 meses para quimioterapia não hormonal e 60 meses para a hormonioterapia do câncer de mama).

A duração prevista pode ser cumprida, ou não, dependendo de o doente ficar, ou não, sem evidência de doença tumoral em atividade no período de tempo programado.

A quimioterapia adjuvante pode constituir-se, ou não, do mesmo esquema terapêutico da quimioterapia prévia.

Observe-se que, em caso de câncer de mama a quimioterapia adjuvante não se aplica quando houve quimioterapia prévia, exceto se o procedimento adjuvante for de monoterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo.

Indicações:

. doentes com boa capacidade funcional (Zubrod = 0 ou 1);

. doentes com no máximo dois meses de operados;

. doentes com expectativa de vida maior que 24 meses;

. um planejamento terapêutico global;

. garantia do acompanhamento regular, a longo prazo.

Nota:

O procedimento de código 03.04.05.001-6 - Quimioterapia intra-vesical tem sua origem em um procedimento especial e deve ser autorizado para o carcinoma superficial de bexiga nos estádios 0 ou I. Assim, é imprescindível a descrição histopatológica do grau de invasão tumoral, em profundidade da bexiga, para que se caracterize o estágio tumoral e, conseqüentemente, a sua compatibilidade com esse procedimento. A quimioterapia intravesical consiste de instilação semanal (inclusive do BCG especificamente preparado e comercializado para essa finalidade ou outro material de efeito localmente irritante, como o é a doxorrubicina/adriamicina); e, como reserva-se ao carcinoma superficial de bexiga (estádios 0 e I) e se segue à ressecção trans-endoscópica do(s) tumor(es), ela tem uma finalidade adjuvante. A quimioterapia intra-vesical pode-se fazer necessária mais de uma vez para um

mesmo doente (pelo caráter recidivante do câncer superficial de bexiga). O procedimento pode ser repetido tantas vezes quanto necessário, em blocos de tratamento, que poderá levar até 16 semanas (04 meses). Porém, o seguinte esquema tem sido utilizado: 06 aplicações semanais; 06 aplicações mensais e 03 aplicações semanais, de 6 em 6 meses, por 02 anos. Nesse caso, há de se pensar que o ressarcimento do procedimento em APAC é mensal e corresponde ao tratamento como um todo, e não somente a uma aplicação mensal. Assim, o segundo esquema antes mencionado, soma 24 aplicações, que correspondem, para efeito de autorização, a 06 meses de competência de quimioterapia dispostos em 32 meses calendário. Compete ao gestor acordar com o prestador como proceder à autorização e pagamento (por exemplo, 01 APAC para pagamento de três meses de competência cada, no começo e no 27o mês de tratamento), atentando-se para a possibilidade de suspensão do tratamento antes do tempo programado, quando deve ser levantado o número de meses de quimioterapia efetivamente aplicada e autorizar e ressarcir conforme este número apurado.

Códigos/Procedimentos/Neoplasias/CID-10 Topográfico: Quimioterapia Adjuvante (profilática) - adulto

03.04.05.016-4 - Quimioterapia Adjuvante do Carcinoma Epidermoide de Cabeça e Pescoço (doença residual mínima) – C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9;

03.04.05.025-3 - Quimioterapia pós-operatória do Adenocarcinoma de Estômago em estádio de IB até IV sem metástase (M0) – C160, C161, C162, C163, C164, C165, C166, C168, C169;

03.04.05.002-4 – Quimioterapia Adjuvante do Adenocarcinoma de Cólon em estádios II ou III / Dukes B ou C – C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9;

03.04.05.003-2 - Quimioterapia Adjuvante do Adenocarcinoma de Reto em estádios II ou III / Dukes B ou C – C19, C20;

03.04.05.017-2 - Quimioterapia do Carcinoma Pulmonar de Células não Pequenas em estádio II ou III – C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9;

03.04.05.018-0 - Quimioterapia Adjuvante do Carcinoma Pulmonar Indiferenciado de Células Pequenas (doença limitada) – C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9;

03.04.05.022-9 - Quimioterapia Adjuvante de Sarcoma de Partes Moles de Extremidades em estádio IIB a IV sem metástase à distância (G2 ou G3, tumor com mais 5 cm) – C49.1; C49.2;

03.04.05.021-0 - Quimioterapia Adjuvante do Osteossarcoma – C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9;

03.04.05.032-6 - Quimioterapia de melanoma maligno (estádio III) - C430, C431, C432, C433, C434, C435, C436, C437, C438.

03.04.05.013-0 - Quimioterapia Adjuvante do Carcinoma de Mama em estádio I Clínico ou Patológico - C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6;

03.04.05.026-1 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio I (adjuvante) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506.

03.04.05.029-6 - Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio I (adjuvante) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506.

03.04.05.004-0 - Hormonioterapia Adjuvante do Carcinoma de Mama receptor positivo em estádio I Clínico ou Patológico - C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6;

03.04.05.007-5 - Quimioterapia Adjuvante do Carcinoma de Mama em estádio II Clínico ou Patológico – C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6;

03.04.05.027-0 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio II (adjuvante) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506.

03.04.05.030-0 - Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio II (adjuvante) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506.

03.04.05.012-1 - Hormonioterapia Adjuvante do Carcinoma de Mama receptor positivo em estádio II Clínico ou Patológico – C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6;

03.04.05.006-7 - Quimioterapia Adjuvante do Carcinoma de Mama em estádio III Clínico ou Patológico – C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.05.028-8 - Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (adjuvante) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506, C508.

03.04.05.031-8 - Monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (adjuvante) - C50.0, C50.1, C502, C503, C504, C505, C506, C508.

03.04.05.011-3 - Hormonioterapia Adjuvante do Carcinoma de Mama receptor positivo em estádio III Clínico ou Patológico – C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9;

03.04.05.020-2 - Quimioterapia Adjuvante de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário ou da Tuba Uterina (em estádio IA ou IB com grau G3 ou G4/ estádio IC ou II / estádio III ou estádio IV sem doença residual pós-operatória) – C56, C57.0;

03.04.05.001-6 - Quimioterapia Intra-Vesical – C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7.

4.3.5. Quimioterapia Curativa

Assim define-se a QT que representa a principal modalidade do tratamento que tem finalidade de curar definitivamente doentes com neoplasias malignas, podendo, ou não, estar associada à cirurgia e radioterapia. As neoplasias que se enquadram neste grupo são aquelas que, pelo conhecimento atual, são passíveis de cura definitiva. Este tipo de tratamento, geralmente de administração oral e venosa (em alguns casos também intra-tecal), é de duração média (03 a 08 meses) a longa,

podendo chegar a cerca de 36 meses, em casos de criança com leucemia aguda ou linfoma linfoblástico, por exemplo.

A duração da quimioterapia pode não ser cumprida, uma vez que se pode observar suspensão definitiva por falha do tratamento (o que obriga à mudança de linha terapêutica, se for o caso) ou suspensão temporária por complicação decorrente do mesmo (o que não altera o número de meses do planejamento terapêutico global, mas sim o intervalo de tempo em que eles se cumprirão).

A Portaria SAS/MS 420/2010, em seus parágrafos 5º, 6º e 7º do Artigo 7º, exara quanto ao procedimento **03.04.06.022-4** – Quimioterapia Curativa do Linfoma Difuso de Grandes Grandes Células B – 1ª linha:

§ 5º - Para a autorização do procedimento 03.04.06.022-4 – Quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células B – 1ª linha, o diagnóstico histopatológico tem de estar comprovado pela apresentação do laudo do respectivo exame de imuno-histoquímica ou citometria de fluxo, com positividade dos marcadores celulares especificados nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

§ 6º - Para a autorização do procedimento 03.04.06.022-4 – Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células B – 1ª Linha, não deve existir, para o mesmo doente, APAC anterior para procedimento quimioterápico de Linfoma não Hodgkin, de Leucemia Linfocítica Crônica ou de outra hemopatia maligna ou de comportamento incerto se benigno ou maligno.

§ 7º - O parâmetro para o controle e avaliação da utilização do procedimento 03.04.06.022-4 – Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células B – 1ª Linha é o percentual máximo – determinado a partir de dados publicados e da análise do banco de dados do SUS – de 30% da soma de todos os procedimentos de quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de baixo grau (procedimentos de códigos 03.04.03.016-3 e 03.04.03.017-1) e de Linfoma não Hodgkin de grau intermediário ou alto (procedimentos de códigos 03.04.06.011-9, 03.04.06.12-7 e 03.04.06.013-5).

Indicações:

. doentes com boa capacidade funcional (Zubrod = 0, 1 ou 2);

. doentes com expectativa de vida superior a 36 meses;

. um planejamento terapêutico global;

. garantia do tratamento cirúrgico ou radioterápico se for o caso;

. garantia do acompanhamento regular, a longo prazo.

Códigos/Procedimentos/Neoplasias/CID-10 Topográfico: Quimioterapia Curativa - adulto

03.04.06.001-1 - Quimioterapia Curativa da Doença de Hodgkin (estádio de I a IV) - 1ª linha – C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9;

03.04.06.003-8 - Quimioterapia Curativa da Doença de Hodgkin (estádio de I a IV) - 2ª Linha – C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9;

03.04.06.004-6 - Quimioterapia Curativa da Doença de Hodgkin (estádio de I a IV) – 3ª linha – C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9;

03.04.06.013-5 - Quimioterapia Curativa de Linfoma não Hodgkin de Graus de Malignidade Intermediário e Alto (Grau Intermediário: Linfoma folicular de células grandes, Linfoma difuso de células pequenas e clivadas, Linfoma difuso misto de células clivadas pequenas e grandes, Linfoma difuso de grandes células clivadas ou não. Grau Alto: Linfoma de grandes células – imunoblástico, Linfoma de células pequenas e não clivadas) (estádio de I a IV) - 1ª Linha - C82.2, C83.2, C83.3, C83.4, C83.6, C83.8, C83.9;

03.04.06.022-4 - Quimioterapia Curativa do Linfoma Difuso de Grandes Grandes Células B – 1ª linha – marcadores celulares positivos e resultado de exame sorológico incompatível com hepatite tipo B e tipo C ativa e negativo para HIV (excludente com o procedimento 03.04.06.013-5 Quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de Grau Intermediário ou Alto – 1ª linha) – C83.3

03.04.06.011-9 - Quimioterapia Curativa de Linfoma não Hodgkin de Graus de Malignidade Intermediário e Alto (Grau Intermediário: Linfoma folicular de células grandes, Linfoma difuso de células pequenas e clivadas, Linfoma difuso misto de células clivadas pequenas e grandes, Linfoma difuso de grandes células clivadas ou não. Grau Alto: Linfoma de grandes células – imunoblástico, Linfoma de células pequenas e não clivadas) (estádio de I a IV) - 2ª Linha - C82.2, C83.2, C83.3, C83.4, C83.6, C83.8, C83.9;

03.04.06.012-7 - Quimioterapia Curativa de Linfoma não Hodgkin de Graus de Malignidade Intermediário e Alto (Grau Intermediário: Linfoma folicular de células grandes, Linfoma difuso de células pequenas e clivadas, Linfoma difuso misto de células clivadas pequenas e grandes, Linfoma difuso de grandes células clivadas ou não. Grau Alto: Linfoma de grandes células – imunoblástico, Linfoma de células pequenas e não clivadas) (estádio de I a IV) - 3ª Linha - C82.2, C83.2, C83.3, C83.4, C83.6, C83.8, C83.9;

03.04.06.007-0 - Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 1ª linha (incluídos antibióticos profiláticos e a quimioterapia intratecal). Valor mensal único e independente de fase – C83.5, C83.7, C91.0, C92.0, C92.3, C92.4, C92.5, C93.0, C94.0, C94.2, D46.3;

03.04.06.008-9 - Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 2ª linha (primeira recaída) (incluídos antibióticos profiláticos e a quimioterapia intratecal). Valor mensal único e independente de fase – C83.5, C83.7, C91.0, C92.0 , C92.3, C92.4, C92.5, C93.0, C94.0, C94.2, D46.3;

03.04.06.009-7 - Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 3ª linha (segunda recaída) (incluídos antibióticos profiláticos e a quimioterapia intratecal). Valor mensal único e independente de fase – C83.5, C83.7, C91.0, C92.0 , C92.3, C92.4, C92.5, C93.0, C94.0, C94.2, D46.3;

03.04.06.010-0 - Quimioterapia Curativa de Leucemia Aguda / Mielodisplasia / Linfoma Linfoblástico / Linfoma de Burkitt – 4ª linha (terceira recaída) (incluídos antibióticos profiláticos e a quimioterapia intratecal). Valor mensal único e independente de fase – C83.5, C83.7, C91.0, C92.0, C92.3, C92.4, C92.5, C93.0, C94.0, C94.2, D46.3;

03.04.06.015-1 - Quimioterapia Curativa de Tumor Germinativo Extra-Gonadal – C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C48.0, C75.3;

03.04.06.016-0 - Quimioterapia Curativa de Tumor Germinativo de Ovário em estádio de II até IV [(disgerminoma, teratoma misto, tumor do seio endodérmico, carcinoma embrionário, coriocarcinoma não gestacional ou tumor de células germinativas misto) – doença loco-regional avançada, metastática ou recidivada] – C56;

03.04.06.017-8 - Quimioterapia Curativa de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (Coriocarcinoma de Risco Baixo) – C58; D39.2;

03.04.06.018-6 - Quimioterapia Curativa de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (Coriocarcinoma de Risco Baixo Persistente/Risco Alto/Recidiva) – C58;

03.04.06.020-8 - Quimioterapia Curativa de Tumor Germinativo de Testículo (tumor germinativo em estádio I com invasão vascular ou predomínio de carcinoma embrionário ou em estádio II ou III - tumor seminomatoso e tumor não seminomatoso (carcinoma embrionário / teratoma maduro ou não com transformação maligna/ coriocarcinoma/ tumor do seio endodérmico e tumor de células germinativas misto) - 1ª Linha – C62.0, C62.1, C62.9;

03.04.06.021-6 - Quimioterapia Curativa de Tumor Germinativo de Testículo (tumor germinativo em estádio I com invasão vascular ou predomínio de carcinoma embrionário ou em estádio II ou III - tumor seminomatoso e tumor não seminomatoso (carcinoma embrionário / teratoma maduro ou não com transformação maligna/ coriocarcinoma/ tumor do seio endodérmico e tumor de células germinativas misto) - 2ª Linha – C62.0, C62.1, C62.9;

4.3.6. Quimioterapia de Tumores de Crianças e Adolescentes - até 18 anos

A quimioterapia antineoplásica de crianças e adolescentes tem as mesmas finalidades que a de adultos, e, na tabela do SUS, corresponde a três tipos de procedimentos, assim definidos: doentes que se submetem à quimioterapia primária, inicial; doentes com doença recidivada, que se submetem à quimioterapia, cujos esquemas terapêuticos são diferentes dos da quimioterapia inicial; e doentes com osteossarcoma tratado com quimioterapia de alta dose.

Nos procedimentos desta forma de organização, o limite máximo de idade para a entrada no sistema seja 18 anos, 11 meses e 29 dias, este limite diz respeito à idade inicial máxima prevista para uma autorização de um planejamento terapêutico global, que determinará a duração da quimioterapia. Como essa duração é máxima nos casos de leucemia linfoide aguda e linfoma linfoblástico, podendo chegar a 36 meses, a idade máxima nos procedimentos de quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes é de 22 anos, que também garante uma margem de cobertura para o tempo em que o doente fique sem quimioterapia por conta de intercorrências devidas a toxicidade. Assim, a idade máxima do procedimento pode estender-se até os 22 anos, quando a quimioterapia se inicie em doente prestes a completar 19 anos.

Em caso de osteossarcoma, cuja quimioterapia é de muito menor duração, a idade máxima, também de 22 anos, se dá por conta do desenvolvimento ósseo que se prolonga até os 21 anos.

O custo da quimioterapia intra-tecal, assim como o de antibacterianos e antifúngicos profiláticos, já foi incluído nos esquemas de tratamento de todos os tumores para os quais são obrigatórias estas condutas. Portanto, a quimioterapia intra-tecal (ver procedimentos especiais a seguir) não pode ser cobrada concomitantemente aos procedimentos oncológicos pediátricos, exceto se se constituir em um procedimento terapêutico principal e isolado.

A autorização e ressarcimento do procedimento 03.04.07.005-0 – Quimioterapia de Alta Dose de Osteossarcoma merecem atenção especial, pois este procedimento é opcional e excludente com 03.04.07.001-7 – Quimioterapia de Câncer na infância e adolescência – 1ª linha, só pode ser utilizado em hospital bem equipado e exige o monitoramento da quimioterapia com a dosagem sérica do antiblástico.

Como os grupamentos abaixo incluem diferentes tipos de tumores com prognósticos e custos próprios, vale atentar para a seleção de doentes ou de procedimentos que resultem mais lucrativos ou menos trabalhosos. A análise comparativa e periódica dos gastos médios entre profissionais e serviços assinala os possíveis desvios, devendo-se considerar, obviamente, os centros de referência para casos de neoplasias raras ou que requerem maior nível de especialização e tecnologia.

As neoplasias que mais se incluem nesta forma de organização são: **(a)** leucemia linfoide aguda; **(b)** leucemia mieloide aguda; **(c)** leucemia mieloide crônica; **(d)** tumor do sistema nervoso central; **(e)** neuroblastoma; **(f)** doença de Hodgkin; **(g)** linfoma não Hodgkin (linfoblástico, de Burkitt, difuso de grandes células e anaplásico de grandes células); **(h)** doença de células de Langerhans (histiocitose); **(i)** sarcoma de Ewing e outros tumores neuroectodérmicos primitivos; **(j)** sarcoma de partes moles; **(l)** osteossarcoma; **(m)** tumor de Wilms de histologia favorável e tumor de Wilms anaplásico; **(n)** sarcoma renal; **(o)** retinoblastoma intra-ocular; **(p)** retinoblastoma extra-ocular; **(q)** rabdomiossarcoma; **(r)** tumor de células germinativas; **(s)** hepatoblastoma; **(t)** tumor de supra-renal; **(u)** adenocarcinoma de cólon/sigmoide/reto; **(v)** melanoma maligno; **(x)** carcinoma anaplásico de tireoide; **(y)** neoplasia trofoblástica gestacional (coriocarcinoma/corioma/mola hidatiforme); **(w)** metástase de origem desconhecida; e **(z)** neoplasia de localização mal definida.

Códigos/Procedimentos/CID-10 Topográfico:

03.04.07.001-7 - Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 1ª linha - C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2,

C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C58, C62.0, C62.1, C62.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3, C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C80, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.4, C91.0, C91.5, C92.0, C92.1, C92.3, C92.4, C92.5, C92.7, C93.0, C93.1, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.7, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7, C96.9, D39.2, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D46.0, D46.1, D46.2, D46.3, D46.4, D46.7, D46.9.

03.04.07.005-0 - Quimioterapia de Alta Dose do Osteossarcoma na Infância e Adolescência (Procedimento de primeira linha, portanto excludente com o 03.04.07.001-7; obrigatório o monitoramento com a dosagem sérica de antiblástico.) – C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9;

03.04.07.002-5 - Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 2ª linha (primeira recidiva) - C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C58, C62.0, C62.1, C62.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3, C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C80, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.4, C91.0, C91.5, C92.0, C92.1, C92.3, C92.4, C92.5, C92.7, C93.0, C93.1, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.7, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3,

C96.7, C96.9, D39.2, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D46.0, D46.1, D46.2, D46.3, D46.4, D46.7, D46.9.

03.04.07.004-1 - Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 3ª linha (segunda recidiva) - C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, ~~C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9,~~ C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C58, C62.0, C62.1, C62.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3, C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C80, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.4, C91.0, C91.5, C92.0, C92.1, C92.3, C92.4, C92.5, C92.7, C93.0, C93.1, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.7, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7, C96.9, D39.2, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D46.0, D46.1, D46.2, D46.3, D46.4, D46.7, D46.9.

03.04.07.003-3 - Quimioterapia de Câncer na Infância e Adolescência – 4ª linha (terceira recidiva) - C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, ~~C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9,~~ C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C52, C53.0,

C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C58, C62.0, C62.1, C62.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3, C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C80, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.4, C91.0, C91.5, C92.0, C92.1, C92.3, C92.4, C92.5, C92.7, C93.0, C93.1, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.7, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7, C96.9, D39.2, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D46.0, D46.1, D46.2, D46.3, D46.4, D46.7, D46.9.

4.3.7. Quimioterapia Experimental

Os procedimentos quimioterápicos constantes da tabela de procedimentos do SUS são aqueles estabelecidos, não experimentais, de indicações específicas e de resultados conhecidos, em termos do aumento de sobrevida, diminuição da mortalidade ou melhora da qualidade de vida do doente.

A indicação de qualquer procedimento quimioterápico fora desses só pode ser enquadrado como experimental, ou seja, incluído em protocolo clínico-terapêutico, para o que se faz necessário um projeto de pesquisa que seja aprovado em todas as instâncias normativas em vigor no Brasil (como o Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição em que esta se dará) e que defina a(s) fonte(s) de financiamento do Projeto. Caso seja o SUS, o gestor local deverá ser consultado e assumir, ou não, esse financiamento.

A experimentação de novos quimioterápicos requer apresentação, desenvolvimento e avaliação de projeto de pesquisa prospectiva, devendo ser especificados a fase, duração, finalidade e metodologia e o número de doentes a serem incluídos após o seu consentimento explícito. Os resultados devem ser divulgados em periódicos nacionais (preferencialmente) ou internacionais.

4.3.8. Procedimentos Especiais

03.04.08.005-5 - Quimioterapia intra-tecal – C79.3

Procedimento que pode ser PRINCIPAL ou SECUNDÁRIO.

Quando PRINCIPAL, a sua compatibilidade se dá com o código C79.3 da CID-0, para tratamento isolado de meningite carcinomatosa.

Quando SECUNDÁRIO, associa-se a um procedimento das seguintes formas de organização: 02-Quimioterapia paliativa–adulto (tratamento de meningite carcinomatosa), 03-Quimioterapia para controle temporário de doença–adulto (tratamento de meningite linfomatosa), 06–Quimioterapia curativa–adulto (tratamento de meningite carcinomatosa ou linfomatosa) e 07–Quimioterapia de tumores de

criança e adolescente (prevenção ou tratamento da invasão do sistema nervoso central por rabdomiossarcoma ou retinoblastoma).

Como a quimioterapia intra-tecal integra os respectivos esquemas quimioterápicos, não pode ser autorizado em associação aos procedimentos principais correspondentes a casos de leucemias agudas e linfoma linfoblástico de crianças, adolescentes e adulto.

03.04.08.007-1 - Inibidor da osteólise (bisfosfonato) – C79.5, C80, C90.0.

Atentar que a Portaria SAS/MS 420/2010 alterou este procedimento, acrescentando o código C80, para permitir a sua utilização em caso de hipercalcemia maligna paraneoplásica, e modificando-lhe a descrição para: *Procedimento principal para mieloma múltiplo (C90.0); metástase óssea (C75.9) de carcinoma de mama tratado exclusivamente com ooforectomia bilateral (cirúrgica ou actínica) ou de adenocarcinoma de próstata tratado exclusivamente com orquiectomia bilateral (cirúrgica); ou hipercalcemia paraneoplásica (C80). Procedimento secundário para mieloma múltiplo (C90.0) ou metástase óssea (C79.5) compatível com os procedimentos principais de quimioterapia/hormonioterapia paliativa, quimioterapia para controle temporário de doença, quimioterapia curativa e quimioterapia de tumores de criança e adolescente. Procedimento principal ou secundário, em caso de hipercalcemia maligna paraneoplásica*.

A terapia com bisfosfonato, uma vez iniciada, é mantida até a evidência de progressão da doença óssea (ou seja, ausência de eficácia do próprio inibidor, da quimioterapia ou da hormonioterapia), de efeitos colaterais (hipocalcemia, por exemplo) e de declínio da capacidade funcional (perfomance status – PS).

O procedimento 03.03.12.005-3 – Tratamento da Dor Óssea com Samário é de alta complexidade, do âmbito da Medicina Nuclear, compatível com metástase óssea e informado em BPA individualizado.

03.04.08.001-2 - Fator estimulante de colônias de granulócitos / macrófagos

Este procedimento é exclusivamente secundário e compatível somente com os procedimentos das formas de organização 06-Quimioterapia curativa-adulto e 07-Quimioterapia de tumores de criança e adolescente.

Autorizar para os casos de doentes intensamente neutropênicos, em intervalo de quimioterapia (fora do nadir), impedidos de receber a quimioterapia ou radioterapia programada. Se as neutropenias (fora do nadir) se repetirem em pelo menos dois ciclos consecutivos, comprovadas por hemograma, pode-se autorizar o tratamento profilático com os fatores estimulantes. Porém, na vigência de infecção instalada, o uso desses fatores não é de eficácia comprovada.

O Fator estimulante de colônias de granulócitos (G-CSF) é o mais utilizado.

O uso de fatores estimulantes de crescimento de colônias não diminui a incidência das neutropenias graves, nem altera o nadir leucocitário, nem diminui a ocorrência de infeccções, nem diminui a gravidade das infecções, nem altera a sobrevida livre de doença; apenas observa-se um a três dias a menos para a recuperação dos neutrófilos. Por isso, o uso rotineiro de G-CSF na profilaxia primária da neutropenia febril de doentes não tratados previamente não está justificado. O uso do G-CSF está indicado em doentes considerados de alto risco de complicações infecciosas induzidas pela quimioterapia e naqueles com fatores preditivos de mau

prognóstico. Estes incluem neutropenia grave (contagem absoluta de neutrófilos < 100/mm3) com estimativa de duração >10 dias, doença primária descontrolada; pneumonia; instabilidade hemodinâmica, quadro séptico grave com falência de órgãos e história prévia de doença fúngica ou quadro clínico compatível com infecção fúngica disseminada.

NOTAS:

1) Denomina-se *nadir* o período pós-quimioterapia, em que o número de leucócitos é o mais baixo desse período que se verifica em torno entre 7 a 14 dias pós-quimioterapia.

2) Como a quimioterapia de leucemias agudas não se dá por ciclos que se repetem a intervalos regulares, e o nadir é um efeito esperado e desejado, esse conceito para a autorização de fator estimulante de crescimento de colônias de granulócitos ou macrófagos não se aplica propriamente a esses casos, pois neles o fator, quando utilizado, o é com finalidade profilática.

5. RADIOTERAPIA (RT)

5.1. Definições e Orientações Gerais

A radioterapia é o método de tratamento local ou loco-regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas.

A radioterapia externa (roentgenterapia, cobaltoterapia e radioterapia por acelerador linear) consiste na aplicação diária de uma dose de radiação, expressa em centigray (cGy) ou em gray (Gy), durante um intervalo de tempo pré-determinado, a partir de uma fonte de irradiação localizada longe do organismo (teleterapia).

Esta dose diária varia de 180 a 200 cGy/dia e o tempo médio de tratamento é de 4 a 5 semanas, o que perfaz uma dose total de 4.500 a 5.000 cGy, ou 45 a 50 Gy. É possível utilizar-se tanto intervalos de tempo como doses totais menores (200 a 2.000 cGy) ou maiores (7.000 a 8.000 cGy).

A variação da dose está relacionada com a finalidade do tratamento, com a localização e o tipo histológico do tumor. Os números máximos de campos de radioterapia de megavoltagem correspondentes às descrições de Localização primária/Tumor, no Anexo III deste manual (que corresponde ao também Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008), já incluem a irradiação das respectivas cadeias de drenagem linfática do órgão de localização do tumor primário, exceto quando especificamente ressaltado na própria descrição ou, por não condizer com a radioterapia dessas cadeias, se trate de descrição do tipo “por localização anatômica” e “metástase”.

O número máximo de campos expressa para o autorizador a dose total máxima prevista para a irradiação, com finalidade curativa ou de controle, de uma determinada área ou neoplasia, primária ou metastática.

De modo geral, a radioterapia de uma área já irradiada não poderá mais ser autorizada, se o número máximo de campos previstos tenha sido integralmente alcançado. Isso porque, uma vez administrada a dose total máxima para uma determinada região do organismo, esta dose não poderá ser ultrapassada. Porém, uma dose maior do que a dose máxima permitida pode ser aplicada com finalidade anti-hemorrágica, ou anti-álgica, em doentes incuráveis ou terminais. Também, como tratamento de resgate de tumor residual localizado. Neste caso, a re-irradiação não se aplica a qualquer localização primária e é um tratamento de exceção. Assim, as exceções para a indicação de re-irradiação devem ser analisadas e autorizadas como exceções. Aguardam-se resultados finais para que se proceda à consideração da sua incorporação como rotina radioterápica e especificamente em que casos.

Somente em casos especiais (irradiação de meio corpo, irradiação de corpo inteiro pré-transplante de medula óssea e irradiação de pele total) irradia-se, de vez, uma grande área corporal.

Quando a fonte de radiação fica em contato com o corpo (braquiterapia) por um período pré-determinado de tempo, a radioterapia é interna (betaterapia, radiomoldagem, braquiterapia com fios de irídio e braquiterapia de baixa ou de alta taxa de dose). [A iodoterapia é um tipo de radioterapia interna, com iodo radioativo (I^{131}), que, no âmbito da Medicina Nuclear, quando indicado, se aplica a casos de carcinoma diferenciado da tireoide ou de hipertiroidismo por doença de Graves ou por doença de Plummer, sendo que a Doença de Graves deve, quando indicado, ser tratada por teleterapia.]

Recorde-se que a Portaria SAS/MS 466/2007 atualiza os procedimentos de iodoterapia e estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma diferenciado da tireoide.

Assim, a radioterapia externa pode ser de ortovoltagem (roentgenterapia) ou de megavoltagem (por acelerador linear e cobaltoterapia) e a braquiterapia, de baixa ou de alta taxa de dose. Exceto pelos procedimentos de braquiterapia de baixa taxa de dose e internação para radioterapia externa, autorizados e informados em AIH, os demais tipos de radioterapia são ambulatoriais, autorizados e informados em APAC ou BPA individualizado (neste caso, somente para betaterapia para profilaxia de pterígio e implantação de halo para radiocirurgia), e “contados” de formas diferentes: a radioterapia externa, por campos; e a braquiterapia de alta taxa de dose, por inserção.

Por vezes, o volume a ser irradiado requer a utilização de técnica especial de radioterapia externa de megavoltagem, que restringe a irradiação a esse volume e minimiza a irradiação dos tecidos normais. Um exemplo é a radioterapia estereotática, que exige planejamento tridimensional (3D) e permite a aplicação de alta dose em uma ou múltiplas frações. [Ver o procedimento 03.04.01.024-3 (código de origem: 28.011.27-9) - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁTICA FRACIONADA.]

Uma outra técnica de radioterapia externa de megavoltagem é a radioterapia conformada tridimensional (*conformacional*), que difere da convencional por ter seu planejamento baseado na reconstituição 3D e requerer blocos individualizados para cada campo planejado. Os números totais de campos, no entanto, não diferem dos utilizados na radioterapia convencional, vez que inexistem trabalhos científicos para justificar benefícios no aumento do número de campos quando esta técnica é usada; na verdade, ela é um aprimoramento da radioterapia convencional.

O motivo de cobrança “2.6 – Permanência por mudança de procedimento” é aplicável aos procedimentos de radioterapia, podendo-se dar nas seguintes circunstâncias, para um mesmo doente de um mesmo tumor:

a) do procedimento Braquiterapia de Alta Taxa de Dose para um procedimento de radioterapia de megavoltagem (Acelerador Linear só de Fótons, Acelerador Linear de Fótons e Elétrons ou Cobaltoterapia), ou vice-versa;

b) entre dois procedimentos de Radioterapia de megavoltagem, sem que se altere o respectivo número máximo de campos especificado na descrição dos procedimentos e no já referido Anexo III; e

c) de um procedimento de Radioterapia de megavoltagem para um procedimento de Radioterapia de ortovoltagem, ou vice-versa, sem que se altere o respectivo número máximo de campos especificado na descrição dos procedimentos e no acima referido Anexo III.

A radioterapia aqui considerada deve corresponder a esquemas e técnicas terapêuticas preconizadas e reconhecidamente eficazes. A autorização para fins de pesquisa com procedimentos inclusos, ou não, na Tabela de Procedimentos compete à Secretaria de Saúde que administra localmente o SUS, mesmo que o projeto tenha sido devidamente avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, Instituto Nacional de Câncer, Colégio Brasileiro de Radiologia (Setor de Radioterapia) ou a Sociedade Brasileira de Radioterapia.

5.2. Finalidades da Radioterapia

Tendo-se em vista o aspecto multidisciplinar e multiprofissional do tratamento do câncer, a autorização da radioterapia também deverá estar sempre dentro de um planejamento terapêutico global, com início e fim previstos. As finalidades da radioterapia estão relacionadas a seguir e mais se referem a doentes adultos, já que, em crianças e adolescentes, cada vez mais se vem reduzindo a radioterapia, pelos efeitos colaterais tardios que ela acarreta ao desenvolvimento orgânico.

5.2.1. Radioterapia Paliativa

Objetiva o tratamento local do tumor primário ou de metástase(s), sem influenciar a taxa da sobrevida global do doente. Geralmente, a dose aplicada é menor do que a dose máxima permitida para a área, exceto quando utilizada de forma isolada, exclusiva, ou nos casos especificados no já referido Anexo III como “metástase”.

5.2.2. Radioterapia Pré-Operatória (RT Prévia, Neoadjuvante ou Citorredutora.)

É a radioterapia que antecede a principal modalidade de tratamento, a cirurgia, para reduzir o tumor e facilitar o procedimento operatório. Normalmente, a dose total aplicada é menor do que a dose máxima permitida para a área.

5.2.3. Radioterapia Pós-Operatória ou Pós-QT (RT Profilática ou Adjuvante.)

Segue-se à principal modalidade de tratamento do doente, com a finalidade de esterilizar possíveis focos microscópicos do tumor. Como a anterior, a dose total não alcança a dose máxima permitida para a área.

5.2.4. Radioterapia Curativa

Consiste na principal modalidade de tratamento e visa à cura do doente. A dose utilizada é geralmente a dose máxima que pode ser aplicada na área. [O radioterapeuta pode utilizar os termos “radical”, “curativa” ou “exclusiva” no sentido de dose máxima, seja qual for a finalidade da radioterapia. Porém, no sub-sistema APAC-ONCO, deve-se entender como exclusiva a radioterapia de finalidade paliativa, ou curativa, que não se associa a outra(s) modalidade(s) terapêutica(s), independentemente de se aplicar a dose máxima.]

5.2.5. Radioterapia Anti-Álgica

Radioterapia paliativa com esta finalidade específica. Tanto pode ser aplicada em dose única como pode ser aplicada diariamente ou, em doses diária maiores, semanalmente. Como é de finalidade paliativa, a dose total é menor do que a máxima permitida para a área, exceto os casos especificados como “metástase”.

Repete-se que o procedimento 03.03.12.005-3 – Tratamento da Dor Óssea com Samário é de alta complexidade, do âmbito da Medicina Nuclear, compatível com metástase óssea e informado em BPA individualizado.

5.2.6. Radioterapia Anti-Hemorrágica

Radioterapia paliativa com esta finalidade específica. Como é de finalidade paliativa, a dose total é menor do que a máxima permitida para a área, aplicada em dose única. Se aplicada em dose fracionada, deve ser classificada como radioterapia paliativa.

5.3. Autorização e Ressarcimento pelo SUS

As formas de informação e ressarcimento dos procedimentos radioterápicos se faz de acordo com as especificações feitas após a citação de cada item, no Grupo 03, Sub-Grupo 04 e Forma de Organização 01 - Radioterapia, da tabela do SUS. A codificação do procedimento radioterápico deve ser compatível tanto com a doença ou condição, o tipo de energia utilizado e os equipamentos de radioterapia cadastrados e disponíveis no estabelecimento de saúde.

Os seguintes conceitos são também essenciais para a autorização e acompanhamento da autorização de procedimentos radioterápicos:

Campo: considera-se campo o número de incidência(s) diária(s) em que se aplica a radioterapia externa, de orto- ou de megavoltagem, em uma área geométrica demarcada externamente. Para efeito de autorização e ressarcimento, a unidade da radioterapia externa será sempre o campo. Quanto maior for o número diário de campos, para uma mesma dose, mais rapidamente se alcançará o número máximo de campos permitido para o respectivo tumor ou indicação.

Exemplo: Dose diária: 200 cGy/dia:

- Dose por 1 campo = 200 cGy
- Dose por 2 campos = 100 cGy
- Dose por 3 campos = 66 cGy

- Dose por 4 campos = 50 cGy

Normalmente, o número diário de campos varia de 01 a 06 (no geral, de 02 a 03, sendo que 06 é exclusivo para tumor maligno de rinofaringe) e a dose diária, como já foi dito, de 180 a 200 cGy/dia.

Exemplo de um tratamento:

- Dose total = 5.000 cGy em 2 campos

- Dose por dia = 200 cGy

- Dose por campo = 100 cGy

- Número total de dias úteis = 5.000 dividido por 200 = 25 dias

- Número total de campos = 25 x 2 = 50

Logo, 50 é o número a ser multiplicado pelo valor correspondente aos respectivos códigos de acelerador linear de fótons, acelerador linear de fótons e elétrons ou cobaltoterapia.

Incidência: considera-se incidência a direção em que a radiação externa é aplicada sobre uma área demarcada, podendo, por exemplo, ser anterior, posterior, lateral direita, lateral esquerda ou oblíqua.

Fração: considera-se fração o número de vezes em que a dose total de radioterapia é dividida em doses diárias. Por exemplo, a dose total de 5.000 cGy, quando dividida em doses diárias de 200 cGy, será aplicada em 25 frações. Vale ressaltar que o número de campos não guarda relação com o número de frações.

Sessão: considera-se sessão o número de vezes em que a radioterapia é aplicada num dia.

Pode-se, em caráter excepcional, aplicar a radioterapia externa por megavoltagem, em mais de uma vez ao dia. Nestes casos, denomina-se Hiperfracionamento, o que significa que a radioterapia é aplicada pelo menos duas vezes ao dia, com intervalo igual ou superior a seis horas entre as aplicações. Esta técnica está indicada em esquemas de condicionamento prévio ao transplante de medula óssea ou para re-tratar doentes previamente irradiados na mesma área.

Inserção: considera-se inserção a colocação de dispositivos guia, dentro de cavidades ou órgãos, para introdução de fontes radioativas (radioterapia interna ou braquiterapia).

5.4. Tempo de Tratamento

O objetivo de se ter as datas previstas de início e término do tratamento, informadas no Laudo para Emissão de APAC/RT, é que elas permitem verificar e acompanhar a cobrança do procedimento.

Em geral, a radioterapia externa é aplicada durante 05 dias, fazendo pausa de 02 para recuperação dos tecidos normais. Na prática, o tratamento é feito nos dias úteis da semana e a suspensão do mesmo, por causa dos efeitos colaterais, deve ser exceção e não a regra.

A braquiterapia de baixa taxa de dose tem os seus tempos médios de permanência definidos como atributo dos respectivos procedimentos de AIH e a braquiterapia de alta taxa de dose, procedimento de APAC, é de inserção semanal.

5.5. Autorização

A autorização de radioterapia externa será feita sempre com base no planejamento terapêutico global e o ressarcimento se fará contando o número de campos feitos no mês e abatido do número total dado no planejamento global informado.

O número de campos autorizados e ressarcidos não pode ultrapassar o número máximo de campos de radioterapia externa com megavoltagem de tumores malignos (incluindo o reforço ou "boost") ou o número máximo de campos de radioterapia de doenças ou condições benignas (procedimento 03.04.01.023-5), que constam no III deste Manual, que, repete-se, corresponde ao Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008.

Como já mencionado anteriormente, somente a radioterapia de finalidade curativa e, quando exclusiva, a de finalidade paliativa podem alcançar esses números máximos, exceto nos casos especificados como radioterapia de metástase.

Para calcular o número máximo de campos planejado, multiplica-se o número de campos utilizados num dia de tratamento pelo número de dias em que o doente se submeteu à radioterapia.

Para calcular a dose total da radioterapia externa aplicada, multiplica-se a dose diária pelo número de dias de aplicação, cálculo este dispensável para efeito de autorização e ressarcimento.

Ressalta-se que a soma dos números de campos cobrados, em um ou mais meses de competência, não poderá ultrapassar nem o número total de campos planejado e muito menos o número máximo de campos do acima referido Anexo III, respectivamente para os tumores e indicações lá discriminados.

No caso de duas ou três diferentes áreas de um mesmo doente serem irradiadas simultaneamente, as informações e cálculos devem ser feitos também isoladamente, pois as doses, o número de campos e o número de dias não coincidirão. Dadas as informações em separado, por área, informa-se a soma dos números de campos em cada área como o número total de campos planejado para o tratamento solicitado.

A Portaria SAS/MS 757, de 27/12/2005, retificada e republicada em 15/02/2006 (e alterada pela SAS/MS 723, de 28/12/2007, republicada em 18/03/2008), regulamenta a radioterapia cerebral, inclusive a radiocirurgia.

5.6. Procedimentos Radioterápicos Principais

Os seguintes os procedimentos radioterápicos são **exclusivamente principais**:

03.04.01.001-4 - BETATERAPIA DÉRMICA (por campo - máximo de 10 por tratamento/área - máximo de 03 áreas) - L91.0;

03.04.01.002-2 - BETATERAPIA OFTÁLMICA (por campo - máximo de 05 por tratamento) - C69.0;

03.04.01.003-0 - BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (por campo – máximo de 06 por tratamento) – Procedimento de alta complexidade registrável em BPA individualizado - H11.0 - [NOTA: A Portaria SAS/MS 461, de 22/08/2008, retificou o § 5º do Artigo 22 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, pois este procedimento principal, registrável em BPA individualizado, estava nele indevidamente compatibilizado com o procedimento secundário 03.04.01.020-0 Planejamento simples, registrável em APAC.];

03.04.01.007-3 - BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (por inserção - máximo de 4 por tratamento) - C51.1, C51.2, C52, C53.0, C53.1, C54.1;

03.04.01.009-0 - COBALTOTERAPIA (Por campo de radioterapia externa de megavoltagem pelo uso de unidade com fonte de cobalto. Excludente em uma mesma competência de uma mesma APAC com os procedimentos 03.03.01.028-6 e 03.04.01.029-4. Número máximo de campos no Anexo III, para os códigos C e D da CID compatíveis.) – C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9, C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9, C17.0, C17.1, C17.2, C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C26.0, C26.1, C26.8, C26.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9, C33, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9, C51.0, C51.1, C51.2, C51.8, C51.9, C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C60.0, C60.1, C60.2, C60.8, C60.9, C61, C62.0, C62.1, C62.9, C63.0, C63.1, C63.2, C63.7, C63.8, C63.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C68.0, C68.1, C68.8, C68.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3,

C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C77.0, C77.1, C77.2, C77.3, C77.4, C77.5, C77.8, C77.9, C78.0, C78.1, C78.2, C78.3, C78.4, C78.5, C78.6, C78.7, C78.8, C79.0, C79.1, C79.2, C79.3, C79.4, C79.5, C79.6, C79.7, C79.8, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C82.0, C82.1, C82.2, C82.7, C82.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.0, C84.1, C84.2, C84.3, C84.4, C84.5, C85.0, C85.1, C85.7, C85.9, C88.0, C88.1, C88.2, C88.3, C88.7, C88.9, C90.0, C90.1, C90.2, C91.0, C91.1, C91.2, C91.3, C91.4, C91.5, C91.7, C93.0, C93.1, C93.2, C93.7, C93.9, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.1, C95.2, C95.7, C95.9, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7, C96.9, D37.0, D37.1, D37.2, D37.3, D37.4, D37.5, D37.6, D37.7, D37.9, D38.0, D38.1, D38.2, D38.3, D38.4, D38.5, D38.6, D39.0, D39.1, D39.2, D39.7, D39.9, D40.0, D40.1, D40.7, D40.9, D41.0, D41.1, D41.2, D41.3, D41.4, D41.7, D41.9, D42.0, D42.1, D42.9, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D44.0, D44.1, D44.2, D44.3, D44.4, D44.5, D44.6, D44.7, D44.8, D44.9, D48.0, D48.1, D48.2, D48.3, D48.4, D48.5, D48.6, D48.7, D48.9;

03.04.01.028-6 - RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS [Por campo de radioterapia externa de megavoltagem (de ou mais de 04 MeV) pelo uso de acelerador linear só de fótons. Excludente em uma mesma competência de uma mesma APAC com os procedimentos 03.04.01.009-0 e 03.04.01.029-4. Número máximo de campos no Anexo III, para os códigos C e D da CID compatíveis.] - C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9, C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9, C17.0, C17.1, C17.2, C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C26.0, C26.1, C26.8, C26.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9, C33, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9, C51.0, C51.1, C51.2, C51.8, C51.9, C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C60.0, C60.1, C60.2, C60.8, C60.9, C61, C62.0, C62.1, C62.9, C63.0, C63.1, C63.2, C63.7, C63.8, C63.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C68.0, C68.1, C68.8, C68.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3,

C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C77.0, C77.1, C77.2, C77.3, C77.4, C77.5, C77.8, C77.9, C78.0, C78.1, C78.2, C78.3, C78.4, C78.5, C78.6, C78.7, C78.8, C79.0, C79.1, C79.2, C79.3, C79.4, C79.5, C79.6, C79.7, C79.8, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C82.0, C82.1, C82.2, C82.7, C82.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.0, C84.1, C84.2, C84.3, C84.4, C84.5, C85.0, C85.1, C85.7, C85.9, C88.0, C88.1, C88.2, C88.3, C88.7, C88.9, C90.0, C90.1, C90.2, C91.0, C91.1, C91.2, C91.3, C91.4, C91.5, C91.7, C93.0, C93.1, C93.2, C93.7, C93.9, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.1, C95.2, C95.7, C95.9, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7, C96.9, D37.0, D37.1, D37.2, D37.3, D37.4, D37.5, D37.6, D37.7, D37.9, D38.0, D38.1, D38.2, D38.3, D38.4, D38.5, D38.6, D39.0, D39.1, D39.2, D39.7, D39.9, D40.0, D40.1, D40.7, D40.9, D41.0, D41.1, D41.2, D41.3, D41.4, D41.7, D41.9, D42.0, D42.1, D42.9, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D44.0, D44.1, D44.2, D44.3, D44.4, D44.5, D44.6, D44.7, D44.8, D44.9, D48.0, D48.1, D48.2, D48.3, D48.4, D48.5, D48.6, D48.7, D48.9;

03.04.01.029-4 - RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS [Por campo de radioterapia externa de megavoltagem (de ou mais de 06 MeV) pelo uso de acelerador linear de fótons e elétrons. Excludente em uma mesma competência de uma mesma APAC com os procedimentos 03.04.01.009-0 e 03.04.01.028-6. Número máximo de campos no Anexo III, para os códigos C e D da CID compatíveis.] – C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9, C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9, C17.0, C17.1, C17.2, C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C26.0, C26.1, C26.8, C26.9, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9, C33, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9, C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9, C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C48.1, C48.2, C48.8, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9, C51.0, C51.1, C51.2, C51.8, C51.9, C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C56, C57.0, C57.1, C57.2, C57.3, C57.4, C57.7, C57.8, C57.9, C60.0, C60.1, C60.2, C60.8, C60.9, C61, C62.0, C62.1, C62.9, C63.0, C63.1, C63.2, C63.7, C63.8, C63.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C68.0, C68.1, C68.8, C68.9, C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.2, C75.3,

C75.4, C75.5, C75.8, C75.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8, C77.0, C77.1, C77.2, C77.3, C77.4, C77.5, C77.8, C77.9, C78.0, C78.1, C78.2, C78.3, C78.4, C78.5, C78.6, C78.7, C78.8, C79.0, C79.1, C79.2, C79.3, C79.4, C79.5, C79.6, C79.7, C79.8, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C81.9, C82.0, C82.1, C82.2, C82.7, C82.9, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C83.9, C84.0, C84.1, C84.2, C84.3, C84.4, C84.5, C85.0, C85.1, C85.7, C85.9, C88.0, C88.1, C88.2, C88.3, C88.7, C88.9, C90.0, C90.1, C90.2, C91.0, C91.1, C91.2, C91.3, C91.4, C91.5, C91.7, C93.0, C93.1, C93.2, C93.7, C93.9, C94.0, C94.1, C94.2, C94.3, C94.4, C94.5, C94.7, C95.0, C95.1, C95.2, C95.7, C95.9, C96.0, C96.1, C96.2, C96.3, C96.7, C96.9, D37.0, D37.1, D37.2, D37.3, D37.4, D37.5, D37.6, D37.7, D37.9, D38.0, D38.1, D38.2, D38.3, D38.4, D38.5, D38.6, D39.0, D39.1, D39.2, D39.7, D39.9, D40.0, D40.1, D40.7, D40.9, D41.0, D41.1, D41.2, D41.3, D41.4, D41.7, D41.9, D42.0, D42.1, D42.9, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D44.0, D44.1, D44.2, D44.3, D44.4, D44.5, D44.6, D44.7, D44.8, D44.9, D48.0, D48.1, D48.2, D48.3, D48.4, D48.5, D48.6, D48.7, D48.9;

03.04.01.021-9 - RADIOCIRURGIA – um isocentro (Radioterapia externa para tratamento de lesão intra-craniana conforme diretrizes estabelecidas na Portaria SAS/MS 757, de 27/12/2005. Procedimento principal único e exclusivo que não admite procedimento secundário em APAC, mas requer o procedimento secundário 03.04.01.010-3 - Implantação de Halo para Radiocirurgia Estereotática ou por Gamaknife, que é registrável em BPA individualizado. Este procedimento 03.04.01.021-9 – RADIOCIRURGIA – um isocentro é excludente com o procedimento de código 03.04.01.024-3 Radioterapia Estereotática Fracionada. - C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C79.3, D43.0, D43.1, Q28.1, Q28.2;

03.04.01.024-3 - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁTICA FRACIONADA (Radioterapia externa para tratamento de lesão intra-craniana conforme diretrizes estabelecidas na Portaria SAS/MS 757, de 27/12/2005. Procedimento principal único e exclusivo que não admite procedimento secundário, nem em APAC nem em BPA individualizado. Excludente com o procedimento de código 03.04.01.021-9.) - C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C79.3.

03.04.01.023-5 - RADIOTERAPIA DE DOENCA OU CONDIÇÃO BENIGNA (Por campo de radioterapia externa por meio de cobaltoterapia, roentgenterapia ou acelerador linear para tratamento de doença ou condição benigna.) - B07, B35.1, D18.0, E05.0, G50.0, H05.1, H53.3, I25.1, L91.0, M15.0, M15.1, M15.2, M153, M154, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M166, M167, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M174, M175, M18.0, M18.1, M18.2, M18.3, M18.4, M18.5, M35.0, M65.0, M65.1, M65.2, M65.3, M65.4, M65.8, M70.0, M70.1, M70.2, M70.3, M70.4, M70.5, M70.6, M70.7, M75.0, M75.1, M75.2 , M75.3 , M754, M75.5, M75.2, M75.3, M76.0, M76.1, M76.2, M76.3, M76.4, M76.5, M76.6, M76.7, M76.8, N48.6; N62;

03.04.01.026-0 - ROENTGENTERAPIA [Radioterapia externa superficial com raios-X pelo uso de equipamento de ortovoltagem de 50 a 500 KV - por campo - máximo de 30 por tratamento/área (máximo de 03 áreas)] - C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C60.1, C79.2;

03.04.01.012-0 - IRRADIAÇÃO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (máximo de 08 por tratamento) - Radioterapia externa para

irradiação do corpo inteiro utilizada como esquema de condicionamento prévio ao transplante alogênico de medula óssea para tratamento de neoplasia maligna. - C83.5, C91.0, C92.0, C92.1, C93.1, C94.5, D46.2, D46.3.

03.04.01.013-8 - IRRADIAÇÃO DE MEIO CORPO (máximo de 05 por tratamento) - Procedimento de radioterapia externa de megavoltagem (com acelerador ou unidade de cobaltoterapia) de metástases ósseas disseminadas e de lesões ósseas de mieloma múltiplo. Pode ser utilizado no máximo duas vezes em um mesmo caso (meio corpo superior e meio corpo inferior) – C79.5 , C90.0;

03.04.01.014-6 - IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL (máximo de 36 por tratamento) - Radioterapia externa para irradiação de toda a pele, em caso de Sarcoma de Kaposi cutâneo disseminado ou Linfoma não Hodgkin Cutâneo de Células T (Micose Fungoide). Exige acelerador linear com feixe de elétrons. - C46.0 , C84.0.

5.7. Procedimentos Radioterápicos Secundários

Os procedimentos secundários devem ser compatíveis com os procedimentos principais, conforme os Artigo 22 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008. [NOTA: No § 5º deste Artigo, o procedimento secundário 03.04.01.020-0 Planejamento simples, registrável em APAC, está indevidamente compatibilizado com o procedimento principal 03.04.01.003-0 Betaterapia para profilaxia de pterígio, registrável em BPA individualizado.]

Quanto ao instrumento de registro, há de se atentar para os parágrafos do Artigo 9º dessa mesma Portaria:

§ 1º - Exceto pelo procedimento 03.04.01.003-0 Betaterapia para profilaxia de pterígio, que é registrável em BPA individualizado, todos os procedimentos principais relacionados no Anexo I exigem APAC.

§ 2º - O procedimento 03.04.01.010-3 (**) *Implantação de Halo para Radiocirurgia Estereotática ou por Gamaknife é exclusivamente secundário e será informado em BPA individualizado, sendo compatível com estabelecimento habilitado como 16.01 - Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, 16.02 - Centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, 16.05 - Tumores do sistema nervoso, 16.06 - Neurocirurgia vascular, 16.10 - Neurocirurgia funcional estereotática, 17.06 - Unacon, 17.07 - Unacon com Serviço de Radioterapia, 17.08 - Unacon com Serviço de Hematologia, 17.09 - Unacon com Serviço de Oncologia Pediátrica, 17.11 - Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica, 17.12 – Cacon, 17.13 - Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica ou 17.15 – Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar.*

(**) Atentar para que a Portaria SAS/MS 420/2010 unifica os dois procedimentos de radiocirurgia, permanecendo apenas o de código 03.04.01.021-9 com o nome RADIOCIRURGIA – UM ISOCENTRO.

A Portaria SAS/MS 453, de 23/04/2013, altera, mantendo os demais atributos, o nome do procedimento Bloco de Colimação Personalizado para Colimação Personalizada.

As bases técnicas para a informação e ressarcimento dos procedimentos radioterápicos secundários são resumidas a seguir:

1) Exceto pelos procedimentos 03.04.01.003-0 Betaterapia para profilaxia de pterígio e 03.04.01.010-3 - Implantação de halo para radiocirurgia estereotática ou por gamaknife, que são informados em BPA individualizado (ver acima), os procedimentos abaixo relacionados são **exclusivamente** secundários, não podendo ser nem solicitados nem ressarcidos de forma isolada de procedimento principal (ou seja, não pode haver APAC nem BPA exclusivos para nenhum deles). Os mesmos serão cobrados na APAC Magnética (à exceção jia mencionada anteriormente do 03.04.01.010-3 - Implantação de halo para radiocirurgia estereottica ou por gamaknife), observadas as compatibilidades descritas no Artigo 22 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, e os parágrafos 1º e 2º do Artigo 9º dessa mesma Portaria:

03.04.01.030-8 - Colimação Personalizada;

03.04.01.008-1 - Check-Film (por mês);

03.04.01.010-3 - Implantação de halo para radiocirurgia (para irradiação cerebral) - [NOTA: A Portaria SAS/MS 461, de 22/08/2008, retificou o § 6º do Artigo 22 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, pois este procedimento secundário, registrável em BPA individualizado, estava indevidamente compatibilizado com os procedimentos principais 03.04.01.021-9 e 03.04.01.022-7 (hoje unificados como 03.04.01.021-9 com o nome Radiocirurgia – um isocentro), com registro em APAC.];

03.04.01.015-4 - Máscara ou Imobilização Personalizada (por tratamento);

03.04.01.017-0 - Narcose de Criança (por procedimento);

03.04.01.018-9 - Planejamento complexo (por tratamento);

03.04.01.019-7 - Planejamento de Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (por tratamento);

03.04.01.020-0 - Planejamento simples (por tratamento) - [NOTA: A Portaria SAS/MS 461, de 22/08/2008, retificou o § 5º do Artigo 22 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, pois este procedimento secundário, registrável em APAC, estava nele indevidamente compatibilizado com o procedimento principal 03.04.01.003-0 Betaterapia para profilaxia de pterígio, registrável em BPA individualizado.];

03.04.01.031-6 - Planejamento para radioterapia conformada tridimensional (por tratamento) - [NOTA: Este procedimento é compatível com os procedimentos de radioterapia externa por acelerador ou cobaltoterapia de doenças codificadas como C61 (próstata), C71.0, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8 (cérebro), C75.1 e D35.2 (hipófise) e C75.3 e D35.4 (pineal).]

2) A colimação personalizada é feita com artefato atenuador de radiação (bloqueia 97% do feixe), feito de forma personalizada para a proteção de áreas nobres e supersensíveis (como o sistema nervoso central, conteúdo orbitário, pulmões e mucosa retal). Pode-se aplicar a colimação com vários tipos de artefato, inclusive blocos. Os blocos de colimação personalizados não são aqueles que acompanham os aparelhos de radioterapia ou que são do tipo padrão, de uso coletivo. Há casos em que a colimação personalizada é imprescindível: profilaxia ou tratamento da invasão do sistema nervoso central em caso de leucemia aguda e meduloblastoma; doença de Hodgkin (técnica do manto ou Y invertido), irradiação de meio corpo superior (para proteger o conteúdo orbitário e os pulmões), irradiação da

cabeça e pescoço, e irradiação pélvica (para proteger a mucosa retal). Os blocos de colimação adicionais, personalizados, são os que podem ser cobrados (código 03.04.01.030-8). Pode-se autorizar, no máximo, **04 (quatro)** colimações personalizadas por doente e por tratamento. A dose de reforço pode requerer novas colimações personalizadas.

3) O Filme de verificação ou "check-film" é um filme radiográfico utilizado na verificação periódica, semanal, da adequação da aplicação da radioterapia. Este procedimento serve para o acompanhamento da radioterapia, verificandose se a área delimitada encontra-se enquadrada no campo de irradiação, podendo ser realizado semanalmente. O código para o "check-film", 03.04.01.008-1, é compatível com os dos aparelhos de megavoltagem (unidade de cobalto e aceleradores lineares) e de braquiterapia de alta taxa de dose, devendo-se autorizar o número máximo mensal de 01 procedimento, pois o valor do procedimento Check-Film corresponde à média do valor dos quantitativos de check-film utilizáveis em um mês de tratamento de radioterapia.

4) O procedimento 03.04.01.010-3 - Implantação de halo para radiocirurgia estereotática ou por gamaknife, como já mencionado, é exclusivamente secundário e será informado em BPA individualizado, sendo compatível com estabelecimento habilitado como 16.01 - Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, 16.02 - Centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, 16.05 - Tumores do sistema nervoso, 16.06 - Neurocirurgia vascular, 16.10 - Neurocirurgia funcional estereotática, 17.06 - Unacon, 17.07 - Unacon com Serviço de Radioterapia, 17.08 - Unacon com Serviço de Hematologia, 17.09 - Unacon com Serviço de Oncologia Pediátrica, 17.11 - Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica, 17.12 – Cacon, 17.13 - Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica ou 17.15 – Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar.

5) A Máscara ou imobilização personalizada, código 03.04.01.015-4, é um procedimento unitário por tratamento e tem a finalidade de proteger e imobilizar o órgão ou parte que sejam o local primário do tumor ou o alvo da irradiação. A máscara deve ser considerado de uso rotineiro nos casos da radioterapia de cânceres localizados na cabeça ou no pescoço (laringe, cavum, seio da face) e a imobilização, de mama e pelve.

6) O procedimento 03.04.01.017-0–Narcose de Criança refere-se à sedação/anestesia para se manter a necessária imobilidade do sujeito durante a aplicação de radioterapia externa.

7) A simulação/planejamento é um procedimento que tem a finalidade de estabelecer as doses e a programacao da aplicação da radioterapia externa ou interna. É procedimento autorizável por tratamento, inclusive nos casos de irradiação de corpo inteiro, ou de meio corpo ou de pele total. A autorização pode ser de planejamento complexo (código 03.04.01.018-9), computadorizado, ou de planejamento simples (código 03.04.01.020-0), não computadorizado. A cobaltoterapia (código 03.04.01.009-0) e a radioterapia com acelerador linear (códigos 03.04.01.028-6 e 03.04.01.029-4) são compatíveis com ambos os códigos de planejamento (03.04.01.018-9 e 03.04.01.020-0), porém estes códigos são excludentes entre si. Somente o planejamento simples pode ser autorizado para a radioterapia superficial (betaterapia, roentgenterapia e eletronterapia). Existe o procedimento específico para o planejamento de braquiterapia de alta taxa de dose (código 03.04.01.019-7) e o para o Planejamento para radioterapia conformada

tridimensional (código 03.04.01.031-6), este também excludente com os 03.04.01.018-9 Planejamento Complexo e 03.04.01.020-0 Planejamento Simples. [O procedimento 03.04.01.031-6 Planejamento para radioterapia conformada tridimensional (por tratamento) não inclui o exame de tomografia computadorizada. Este é um planejamento baseado na reconstituição tridimensional (3D), para a radioterapia conformada (*conformacional*) e o procedimento é compatível com o adenocarcinoma de próstata em estádio I ou II e tumor cerebral, incluindo-se de hipófise e pineal. É um procedimento secundário compatível com os seguintes procedimentos principais: 03.04.01.009-0 – cobaltoterapia, 03.04.01.028-6 - radioterapia com acelerador linear só de fótons e 03.04.01.029-4 - radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons. É excludente com os procedimentos 03.04.01.018-9 - planejamento complexo e 03.04.01.020-0 - planejamento simples.]

Já o planejamento de radiocirurgia (código 03.04.01.021-9) e da radioterapia estereotática fracionada (código 03.04.01.024-3) está incluído no valor destes procedimentos.

8) A Portaria SAS/MS 420/2010, em seu Artigo 7º, inclui o procedimento exclusivamente secundário: 03.04.01.034-0 – Narcose para Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (por procedimento), compatível com procedimento principal 03.04.01. 007-3 Braquiterapia de alta taxa de dose.

A tabela a seguir resume as compatibilidades entre os procedimentos radioterápicos principais e secundários:

COMPATIBILIDADES ENTRE PROCEDIMENTOS RADIOTERÁPICOS

Código Procedimento Principal	Descrição Procedimento Principal	Código e Descrição Procedimento Secundário
03.04.01.028-6	Acelerador Linear só de Fótons	03.04.01.030-8 Colimação personalizada
		03.04.01.008-1 Check-film
		03.04.01.015-4 Máscara/imobilização personalizada
		03.04.01.017-0 Narcose de criança
		03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.020-0 Planejamento simples OU 03.04.01.031-6 Planejamento para radioterapia conformada tridimensional
03.04.01.029-4	Acelerador Linear de Fótons e Elétrons	03.04.01.030-8 Colimação personalizada
		03.04.01.008-1 Check-film
		03.04.01.015-4 Máscara/imobilização personalizada
		03.04.01.017-0 Narcose de criança
		03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.020-0 Planejamento simples OU 03.04.01.031-6 Planejamento para radioterapia conformada tridimensional
03.04.01.001-4	Betaterapia Dérmica	03.04.01.020-0 Planejamento simples
03.04.01.002-2	Betaterapia Oftálmica	03.04.01.020-0 Planejamento simples
	Braquiterapia de alta taxa	03.04.01.008-1 Check-film

03.04.01.007-3	de dose	03.04.01.019-7 Planejamento de braquiterapia de alta taxa de dose
		03.04.01.034-0 – Narcose para Braquiterapia de Alta Taxa de Dose
03.04.01.009-0	Cobaltoterapia	03.04.01.030-8 Colimação personalizada
		03.04.01.008-1 Check-film
		03.04.01.015-4 Máscara/imobilização personalizada
		03.04.01.017-0 Narcose de criança
		03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.031-6 Planejamento simples OU 03.04.01.031-6 Planejamento para radioterapia conformada tridimensional
03.04.01.012-0	Irradiação de corpo inteiro Pré-TMO	03.04.01.030-8 Colimação personalizada
		03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.020-0 Planejamento simples
03.04.01.013-8	Irradiação de meio corpo	03.04.01.030-8 Colimação personalizada
		03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.020-0 Planejamento simples
03.04.01.014-6	Irradiação de pele total	03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.020-0 Planejamento simples
03.04.01.021-9	Radiocirurgia – um isocentro	03.04.01.010-3 Implantação de halo para radiocirurgia estereotática ou por gama-knife (em BPAi)
03.04.01.023-5	Radioterapia de Doença ou Condição Benigna Se de ortovoltagem com Raios-X (roentgenterapia), só o Planejamento simples.	03.04.01.030-8 Colimação personalizada
		03.04.01.008-1 Check-film
		03.04.01.015-4 Máscara/imobilização personalizada
		03.04.01.017-0 Narcose de criança
		03.04.01.018-9 Planejamento complexo OU 03.04.01.020-0 Planejamento simples
03.04.01.026-0	Roentegenterapia	03.04.01.020-0 Planejamento simples

5.8. Autorização dos Procedimentos Radioterápicos Principais

Afora os procedimentos de AIH, apenas dois procedimentos de radioterapia não são do âmbito da APAC, sendo registráveis em BPA individualizado: o 03.04.01.003-0 - Betaterapia para profilaxia de pterígio e o 03.04.01.010-3 - Implantação de halo para radiocirurgia. Todos os demais devem ter autorização prévia.

Para a autorização em APAC dos procedimentos radioterápicos principais (e, conseqüentemente, os respectivos procedimentos secundários compatíveis), há de ser observar que:

1) A radioterapia de tumor maligno de localização anatômica superficial, cutânea ou ocular, comprovado histopatologicamente, ou para profilaxia de queloide ou pterígio em área cirurgicamente incisada, só deverá ser autorizada, levando-se em consideração o seguinte:

- A betaterapia dérmica (03.04.01.001-4 – por campo/máximo de 10 por tratamento por área, máximo de 03 áreas), com placa de estrôncio, deve ser autorizada apenas para a profilaxia do queloide.

- A roentgenterapia (03.04.01.026-0, máximo de 30 por tratamento por área, máximo de 03 áreas) é utilizada nos casos de tumores cutâneos malignos localizados longe do olho.

- A betaterapia oftálmica (03.04.01.002-2 - por campo - máximo de 05 por tratamento), também com placa de estrôncio, é reservada para o tratamento de doenças malignas pequenas e superficiais, comprovadas histologicamente (carcinoma ou melanoma superficial conjuntival).

- A betaterapia para profilaxia de pterígio (03.04.01.003-0 - por campo – máximo de 06 por tratamento), também com placa de estrôncio, é feita profilaticamente no pós-operatório de ressecção de pterígio, com registro em BPA individualizado.

2) Reserva-se a autorização de 03.04.01.014-6 - Irradiação de Pele Total - máximo de 36 (por tratamento) para a eletronterapia de irradiação de toda a pele, em caso de Sarcoma de Kaposi cutâneo disseminado (C46.0) ou linfoma não Hodgkin cutâneo de células T (Micose Fungoide – C84.0), para o que se requer acelerador linear de mais de 6 MeV com elétrons de baixa energia.

4) A irradiação do corpo inteiro só deve ser autorizada como esquema de condicionamento prévio ao transplante alogênico de medula óssea, sob o procedimento 03.04.01.012-0 - Irradiação de corpo inteiro pré-TMO – máximo de 08 (por tratamento), compatível com os seguintes códigos da CID-10: C83.5, C91.0, C92.0, C92.1, C93.1, C94.5, D46.2, D46.3. Este procedimento é preparativo para transplante alogênico de medula óssea, somente utilizado nos casos de doença maligna. Observe-se a Portaria GM/MS 931, de 02/05/2006, que regulamenta os transplantes de células-tronco hematopéticas no Brasil.

5) O procedimento Irradiação de meio corpo – máximo de 05 (por tratamento), código 03.04.01.013-8, deve ser autorizado somente nos casos de mieloma múltiplo ou de metástases ósseas disseminadas e, codificados na CID-10, respectivamente, como C90.0 e C79.5, e no máximo duas vezes em um mesmo caso (meio corpo superior e meio corpo inferior).

6) Conforme se pode ver na Portaria SAS/MS 757, de 27/12/2005 (republicada em 15/02/2006), a radioterapia estereotática cerebral, conhecida também como “radiocirurgia” (mesmo que não inclua ato operatório), é indicada nos casos de: Malformação arterio-venosa (MAV) com nidus compacto, até 4 cm de diâmetro localizada em região eloqüente (corpo caloso, tronco cerebral, tálamo e hipotálamo) ou profunda; Neurinoma: lesão de até 2 cm de diâmetro em doentes com contra-indicações para cirurgia, idade acima de 70 anos, risco anestésico elevado por doença(s) sistêmica(s) concomitante(s); ou lesão recidivada também de até 2 cm de diâmetro; Tumor primário infiltrativo ou recidivado na região selar, paraselar e da base do crânio, limitado a até 5 cm3 de volume; Metástase única, inacessível cirurgicamente, de tumor primário radiossensível e inteiramente controlado, em doente com índice de Karnoffsky igual ou superior a 70.

A radiocirurgia não se constitui em tratamento preferencial em casos de Neurinoma: lesão entre 2 cm até 4 cm de diâmetro, mesmo em doentes com índice de Karnoffsky igual ou superior a 70; nem de Metástase única superficial, mesmo

que de tumor primário radiossensível e inteiramente controlado, em doente com índice de Karnoffsky igual ou superior a 70. E não tem indicação em casos de MAV de até 3 cm de diâmetro superficial ou em região não eloqüente; MAV maior que 4 cm de diâmetro em qualquer localização; Neurinoma maior que 4 cm de diâmetro; Metástases múltiplas; Radiocirurgia funcional: distúrbios do movimento, epilepsia, dor etc; Cavernoma de qualquer localização; ou Acometimento microscópico e meningeal além da doença mensurada radiologicamente.

A radioterapia estereotática fracionada é indicada nos casos de: Tumor cerebral intra-axial primário, de até 4 cm de diâmetro, em doentes com índice de Karnoffsky igual ou superior a 70; ou Tumor primário infiltrativo ou residual na região selar, paraselar e da base do crânio, com volume acima de 5 cm3.

O procedimento 03.04.01.021-9 RADIOCIRURGIA – UM ISOCENTRO é principal e único, admite o procedimento 03.04.01.010-3 - Implantação de halo para radiocirurgia estereotática ou por gama-knife como procedimento secundário (não registrável em APAC, mas em BPA individualizado) e só pode ser autorizado para estabelecimentos hospitalares públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos, credenciados/habilitados em oncologia com serviço de radioterapia, ou com serviço de radioterapia de complexo hospitalar.

Braquiterapia de Alta Taxa de Dose – BATD (High Dose Rate -HDR)

Para efeito de autorização, e ressarcimento, a unidade de braquiterapia de alta taxa de dose (03.04.01.007-3), máximo de 04, será sempre a “inserção”, independentemente do número de canais do aparelho, podendo ser autorizada para os casos de carcinoma/adenocarcinoma do colo uterino (C53._), adenocarcinoma do endométrio (C54._), carcinoma epidermoide de vagina (C52) e carcinoma epidermoide de vulva (C51._).

Essa forma de tratamento não dispensa a radioterapia externa; apenas substitui a radiomoldagem (procedimento da tabela do SIH/SUS).

Procedimentos concomitantes: RT-RT e RT-QT

Os procedimentos radioterápicos principais autorizados e informados em AIH e APAC são únicos e exclusivos entre si, não podendo ser autorizados simultaneamente para uma mesma competência de uma mesma APAC. Porém, dois procedimentos principais diferentes, autorizados e informados em APAC, podem ser utilizados concomitantemente para tratar o mesmo doente, em uma ou mais de uma área, situação que exigirá duas APAC concomitantes, conforme previsto no Artigo 10 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008 e já mencionado nos três últimos parágrafos do sub-item 6.2.1.

As ocorrências mais comumente observadas são:

1) Câncer do útero sendo tratado com braquiterapia de alta taxa de dose (interna) + radioterapia com megavoltagem (externa) para atingir o tumor localizado no colo ou no corpo do útero;

2) Radioterapia com megavoltagem (externa) + roentgenterapia (externa) para tratar, com finalidade adjuvante, pós-mastectomia, o plastrão de mulheres mastectomizadas por câncer da mama;

3) Radioterapia externa iniciada com um equipamento de megavoltagem e continuada com um outro (por exemplo, acelerador linear e cobaltoterapia, ou vice-versa).

Note-se que, conforme o § 1º do Artigo 10 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, os procedimentos principais são excludentes entre si, não podendo ser autorizados concomitantemente para uma mesma competência de uma mesma APAC, exceto no caso de um doente submeter-se, concomitantemente, para uma mesma neoplasia, a dois procedimentos principais, um de radioterapia (03.04.01.009-0 Cobaltoterapia, 03.04.01.026-0 Roentgenterapia, 03.04.01.028-6 Radioterapia com acelerador linear só de fótons ou 03.04.01.029-4 Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons) e outro de quimioterapia, poderão ser autorizadas APAC distintas para cada tratamento, na mesma competência.

Note-se também no § 2º desse mesmo Artigo 10 que, no caso de um doente submeter-se, concomitantemente, de forma seqüencial, para uma mesma neoplasia, a dois procedimentos principais diferentes de radioterapia, poderão ser autorizadas APAC distintas para cada tratamento, na mesma competência, conforme as compatibilidades especificadas a seguir, independentemente da ordem em que se realizem os dois procedimentos:

UM PROCEDIMENTO RADIOTERÁPICO PRINCIPAL	UM OUTRO PROCEDIMENTO RADIOTERÁPICO PRINCIPAL
03.04.01.007-3 Braquiterapia de alta taxa de dose	03.04.01.009-0 Cobaltoterapia
	03.04.01.028-6 Radioterapia com acelerador linear só de fótons
	03.04.01.029-4 Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons
03.04.01.009-0 Cobaltoterapia	03.04.01.007-3 Braquiterapia de alta taxa de dose
	03.04.01.026-0 Roentgenterapia
	03.04.01.028-6 Radioterapia com acelerador linear só de fótons
	03.04.01.029-4 Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons
03.04.01.028-6 Radioterapia com acelerador linear só de fótons	03.04.01.007-3 Braquiterapia de alta taxa de dose
	03.04.01.009-0 Cobaltoterapia
	03.04.01.026-0 Roentgenterapia
	03.04.01.029-4 Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons
03.04.01.029-4 Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons	03.04.01.007-3 Braquiterapia de alta taxa de dose
	03.04.01.009-0 Cobaltoterapia
	03.04.01.026-0 Roentgenterapia
	03.04.01.028-6 Radioterapia com acelerador linear só de fótons

Já no § 3º do mesmo Artigo 10, lê-se que, no caso de os dois procedimentos principais de radioterapia serem de teleterapia (03.04.01.009-0 - Cobaltoterapia, 03.04.01.026-0 - Roentgenterapia, 03.04.01.028-6 - Radioterapia com acelerador linear só de fótons, 03.04.01.029-4 - Radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons), o número total de campos planejados deve ser mantido, dividido entre os dois diferentes procedimentos conforme a sua respectiva utilização, respeitando-se o número máximo de campos estabelecidos no Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008 (Anexo III deste Manual).

E, como já mencionado no último parágrafo do item 6.1.2., se um doente apresentar tumores primários malignos múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos, poderão, pelo § 4º do Artigo 10 da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, ser autorizadas APAC distintas para cada tratamento, na mesma competência, independentemente da finalidade do tratamento, desde que um dos tumores seja **câncer de pele** (radioterapia); **câncer de mama, próstata ou endométrio** (hormonioterapia); **leucemia crônica**; **doença linfoproliferativa rara ou mieloproliferativa rara**; **linfoma não Hodgkin de baixo grau**; **neoplasia de células plasmáticas ou histiocitose**. Mesmo assim, a hormonioterapia não pode ser autorizada concomitantemente à quimioterapia, quando ambas são indicadas para um mesmo tumor.

Radioterapia de Doenças e Condições Benignas

A teleterapia de doença ou condição benigna, exceto nas indicações para hemangioma, ginecomastia e queloide, é de uso muito restrito e deve ser informada e faturada sob o procedimento 03.04.01.023-5 Radioterapia de doença ou condição benigna. Os seus limites máximos de campos estão estabelecidos no Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008 e deste Manual. Já o número máximo de campos dos procedimentos de betaterapia dérmica, oftálmica e para profilaxia de pterígio inclui-se, respectivamente, como atributo de cada procedimento.

As bases para a autorização dos procedimentos de radioterapia de doença ou condição benigna são resumidas a seguir:

1) Condição: profilaxia do queloide (L91.0) em área cirurgicamente excisada:

- Método de tratamento: betaterapia dérmica (código 03.04.01.001-4)

- Número máximo de campos: 30 (10 por área / máximo de 03 áreas)

2) Condição: profilaxia do queloide (L91.0):

- Método de tratamento: roentgenterapia ou eletronterapia (código 03.04.01.023-5);

- Número máximo de campos:

- pós-mastectomia ou pós-mastoplastia unilateral: 18

- pós-mastectomia ou pós-mastoplastia biilateral: 36

- em região abdominal = 20

- por região especificada = 06

3) Condição: profilaxia do pterígio (H11.0)

- Método de tratamento: betaterapia oftálmica (código 03.04.01.003-0);

- Número máximo de campos: 06 (seis).

4) Doença: hemangioma de qualquer localização (D18.0)

- Método de tratamento: cobaltoterapia ou radioterapia por acelerador linear (código 03.04.01.023-5);

- Número máximo de campos:

- se 02 campos/dia = 40

- se 03 campos/dia = 60

4) Condição: Profilaxia ou terapêutica da ginecomastia (N62)

- Método de tratamento: cobaltoterapia ou radioterapia por acelerador linear (código 03.04.01.023-5);

- Número máximo de campos:

- se com elétrons (acelerador linear) = 06 (01 campo/dia/mama x 03 dias)

- se com fótons (cobalto / acelerador) = 12 (02 campos/dia/mama x 03 dias)

5) Outras doenças ou condições, como verruga, onicomicose de unha, tireotoxicose com bócio difuso, nevralgia do trigêmeo, prevenção de re-estenose em doença cardiovascular ateroesclerótica, coxartrose, gonartrose, sinovite, tendinite, tenossinovite, bursite e capsulite, são excepcionalmente tratadas por radioterapia (código 03.04.01.023-5). Por isso, os códigos da CID (B07, B35.1, E05.0, G50.0, H05.1, H53.3, I25.1, M15.x, M16.x, M17.x, M18.x, M35.0, M65.x, M70.X, M75.x, M76.x e N48.6) são também são compatíveis com o procedimento 03.04.01.023-5 Radioterapia de doença ou condição benigna, e os números máximos de campos estão também respectivamente relacionados no Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008 e deste Manual. A seleção do método de tratamento (roentgenterapia, cobaltoterapia ou radioterapia com acelerador linear) fica na dependência da profundidade da lesão a ser irradiada.

6): A radioterapia das mamas, em caso de hormonioterapia de homem com câncer de próstata, tem a finalidade de prevenir (ou tratar, e neste caso com menor eficiência) um efeito colateral do uso de anti-androgênios – a ginecomastia -, que costuma ser dolorosa. Em assim sendo, o procedimento solicitado, per se, não tem finalidade antineoplásica.

7) Para a ooforectomia actínica como hormonioterapia do carcinoma de mama, informa-se no Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial, o caso como câncer de mama (C50.x) e a área irradiada, como ovário (C56). O número de campos de cobaltoterapia ou de acelerador linear é de 06, conforme se vê no Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008 e deste Manual.

Compatibilidade de procedimentos radioterápicos com CID-10

Note-se que todos os procedimentos radioterápicos principais trazem os códigos da CID respectivamente compatíveis.

Conforme já mencionado anteriormente (no sub-item 3.3), para a quimioterapia, o carcinoma *in situ* representa o estádio 0 do câncer e, também em caso de indicação de radioterapia, deve ser codificado no capítulo C e não no D, da CID.

Para a ooforectomia actínica como hormonioterapia do carcinoma de mama, informa-se, no Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial, o caso como câncer de mama (C50) e a área irradiada, como ovários (C56). O número de campos de cobalterapia ou de acelerador linear é estabelecido como 06, no Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008 e Anexo III deste Manual.

6. TRATAMENTO DE SUPORTE

Constitui um grupo especial de medicamentos utilizáveis para auxílio no tratamento dos doentes com câncer, embora não exerçam influência direta sobre as neoplasias. A sua utilização depende do(s) quimioterápico(s) utilizado(s) e, também, da dose em que eles são aplicados.

Além dos antineoplásicos, os seguintes medicamentos já se incluem nos valores dos respectivos códigos de quimioterapia que pressupõem, *administrados ambulatorialmente, no estabelecimento de saúde, para profilaxia ou controle de efeito colateral de quimioterápico(s) ou adjuvante(s), e não para o controle de doenças, sintomas ou sinais que se apresentem a posteriori*:

• Antieméticos (antidopaminérgicos, bromoprida, antihistamínicos, corticoides e inibidores do receptor HT3 - anti-serotoninérgicos).

• Corticoides

• Analgésicos

• Antiinflamatórios

• Diuréticos

• Antagonistas dos receptores H2

• Antibióticos e antifúngicos de finalidade profilática, já se incluem nos custos dos procedimentos quimioterápicos de tumores malignos de crianças e adolescentes.

No valor dos procedimentos quimioterápicos também se incluem: soluções em geral (soro glicosado, fisiológico e ringer, eletrólitos); material em geral (equipos, luvas, escalpes, agulhas, dispositivos de microgotejamento, máscaras, aventais...); impressos, cabine de fluxo laminar, limpeza e manutenção da unidade de quimioterapia, etc.

Doentes de qualquer idade que apresente quadro infeccioso (mesmo que seja só leucopenia/granulocitopenia e febre) não podem ter autorização de quimioterapia e nem de radioterapia. O retorno ao tratamento especializado, porém, será possível se esta intercorrência clínica estiver sob controle (mesmo que não totalmente regredida).

Esquema Geral do Tratamento do Câncer Resumido por Estádios

a) Estádio 0

- Cirurgia (CIR)

- Radioterapia (RT) ou não

b) Estádio I

- CIR ou não (1)

- RT ou não (1)

- Quimioterapia (QT) adjuvante ou não (1)

- QT de controle (2)

- QT curativa (3)

c) Estádio II

- CIR

- RT

- QT adjuvante

- QT prévia ou não (1)

- QT de controle (2)

- QT curativa (3)

d) Estádio III

- CIR

- RT

- QT prévia

- QT adjuvante

- QT de controle (2)

- QT curativa (3)

e) Estádio IV e Recidiva

- CIR ou não (1)

- RT ou não (1)

- QT paliativa

- QT de controle (2)

- QT curativa (3)

(1) Ver a descrição do procedimento ou, se não esclarecer, consultar A CGAC/DAE/SAS/MS (e-mail: cancer@saude.gov.br) ou o INCA (arnt@inca.gov.br).

(2) Hemopatias malignas crônicas.

(3) Tumores curáveis pela QT.

Observação: As opções terapêuticas acima mencionadas são possibilidades e não obrigatoriedades.

7. NORMAS GERAIS DE AUTORIZAÇÃO

FLUXO:

a) O prestador solicita a autorização para a realização de procedimento(s), para tratamento de oncologia, mediante o preenchimento do laudo para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais, e especifica o(s) código(s) do(s) procedimento(s) em questão. (O laudo está disponível em http://sia.datasus.gov.br, na Internet).

b) O autorizador analisa o laudo, conclui sobre a finalidade do tratamento solicitado e verifica, na tabela de procedimentos, de acordo com a finalidade do tratamento e as compatibilidades do(s) procedimento(s), se a solicitação é coerente com o lá exposto. Caso tenha dúvida, solicita consultoria especializada ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), Coordenação de Assistência, Área de Regulação e Normas Técnicas, por e-mail (arnt@inca.gov.br), fax (0XX - 21) 3207-1417 - telefone para confirmação de recebimento de fax: (21) 3207-1005 - ou por correio: Praça Cruz Vermelha 23 4º Andar Sala 70 B CEP 20230-130 Rio de Janeiro – RJ.

c) Porém, se a solicitação estiver de acordo com o que está descrito neste Manual, libera(m)-se o(s) procedimento(s) solicitado(s) de acordo com o previsto e programa-se o acompanhamento do Planejamento Terapêutico Global.

d) O Anexo II deste Manual demonstra como se controla a autorização de quimioterapia e de radioterapia: a primeira, pelo número de meses de competências autorizados; a segunda, pelo número total de campos autorizados. Deve-se sempre considerar o Planejamento Terapêutico Global, em ambos os casos.

e) O número máximo de campos que pode ser autorizado encontra-se especificado na própria descrição dos códigos, na tabela de procedimentos ou, para a radioterapia externa de neoplasias malignas e doenças ou condições benignas, no Anexo III deste Manual (que é o Anexo II da Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008).

f) Se a solicitação não estiver de acordo com os anexos IV e V deste manual, o Anexo VI relaciona alguns motivos de recusa de autorização. Para o autorizador, estes motivos devem ser administrativos. A recusa por motivos técnicos deverá caber à consultoria do Instituto Nacional de Câncer/MS.

Observação: Os anexos IV e V deste Manual passaram a vigorar a partir de março de 2007, conforme o Artigo 1º da portaria SAS/MS 768, de 26/10/2006. Até março de 2007, continuaram a valer os laudos de radioterapia e de quimioterapia e as respectivas orientações para preenchimento disponíveis no Manual do SIA/SUS, e, a partir de janeiro de 2008, os de campos de dez dígitos para a codificação dos procedimentos.

g) Nenhum laudo deverá ser devolvido ao prestador, pois ele se constitui em um importante documento legal e de controle e avaliação. No caso de recusa, poderá ser enviado para o prestador um relatório dos motivos de recusa, relacionados por laudo, número e percentuais.

h) Autorizado(s) o(s) procedimento(s) solicitado(s), o processo segue os passos descritos para o sub-sistema APAC-SIA.

8. ANEXO I

ROTEIRO PARA TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

(Anexo da Portaria SAS/MS 420/2010)

Informações ao Doente sob Terapia Antineoplásica em Central de Quimioterapia

Por orientação do seu médico, Dr(a) *(nome e nº CRM)*, hoje o Sr./Sra. recebeu o tratamento descrito abaixo. A dose de cada medicamento foi calculada de acordo com o seu peso ou peso/altura atuais, e foi conferida pelo(a) farmacêutico(a) *(nome e nº CRF)*.

Peso (kg):	Altura (cm):		S.C. (m2):	
Medicamento	Princípio ativo	Dose (mg)	Lote	Validade
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				

Data: _____

Farmacêutico: *(nome, nº CRF e assinatura.)* Enfermeiro *(nome, nº COREN e assinatura.)*

Quais os efeitos colaterais mais sérios que estes medicamentos podem causar?

(*Descrever em linguagem acessível os efeitos mais sérios relacionados à medicação em uso.)*

Quais os efeitos colaterais mais comuns que estes medicamentos podem causar? O que se pode fazer a respeito?

(Descrever em linguagem acessível os efeitos mais comuns, bem como fornecer orientações de enfermagem sobre como agir nestas circunstâncias.)

Atenção:

Para todos os medicamentos em uso, inclusive produtos homeopáticos e fitoterápicos, pois eles podem interferir com a quimioterapia, particularmente a fenitoína (Hidantal), warfarina (Marevan) e digoxina.

Durante todo o tratamento, deve-se usar métodos contraceptivos e evitar a amamentação.

Se houver sintomas ou alterações no corpo que não foram descritas acima ou se qualquer sintoma for intenso ou preocupante, por favor entre em contato com:

Dr.(a)_____

Número de telefone ( )_____

Informações ao Doente sob Terapia Antineoplásica Domiciliar

Por orientação do seu médico, Dr(a)___*(nome e nº CRM)*__, hoje o Sr./Sra. recebeu o tratamento descrito abaixo. A dose de cada medicamento foi calculada de acordo com o seu peso ou peso/altura atuais, e foi conferida pelo(a) farmacêutico(a) (*nome e nº CRF*)__.

Peso (kg):	Altura (cm):			S.C. (m2):	
Medicamento	Princípio ativo	Dose (mg)	Qtde. (por apresentação)	Lote	Validade
a)					
b)					
c)					

Data: _____

Farmacêutico: *(nome, nº CRF e assinatura.)* Enfermeiro *(nome, nº COREN e assisanatura.)*

Como tomar este(s) medicamento(s)?

(*Descrever em linguagem acessível o modo de uso da medicação.*)

Quais os efeitos colaterais mais sérios que estes medicamentos podem causar?

(*Descrever em linguagem acessível os efeitos mais sérios relacionados à medicação em uso.)*

Quais os efeitos colaterais mais comuns que estes medicamentos podem causar? O que se pode fazer a respeito?

(Descrever em linguagem acessível os efeitos mais comuns, bem como fornecer orientações de enfermagem sobre como agir nestas circunstâncias.)

Atenção:

Para todos os medicamentos em uso, inclusive produtos homeopáticos e fitoterápicos, pois eles podem interferir com a quimioterapia, particularmente a fenitoína (Hidantal), warfarina (Marevan) e digoxina.

Durante todo o tratamento, deve-se usar métodos contraceptivos e evitar a amamentação.

Se houver sintomas ou alterações no corpo que não foram descritas acima ou se qualquer sintoma for intenso ou preocupante, por favor entre em contato com:

Dr.(a)_____

Número de telefone ( )_____

9. ANEXO II

Controle de Autorização de Procedimentos de QT e RT

Hospital/Serviço_____

Nome do doente _____

Data Nascimento_____ Sexo ____ Local do Tumor_____.
Primário_____

Estádio_____ Tipo Patológico _____

QT Previsão da Duração Global do Tratamento (meses) _____

RT Previsão do Número Total de Campos _____

Código(s) de procedimento(s) _____

01. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

02. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo): _____

03. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

04. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

05. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

06. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

07. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

08. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

09. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

10. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

11. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

12. Mês/Ano ___/___/____/____/ RT (nº campos realizados)_____

QT (esquema terapêutico):_____

Médico (usar o carimbo)_____

10. ANEXO III

Número máximo de campos de radioterapia externa com megavoltagem de tumores malignos (inclui a dose de reforço / boost)

Nº	Localização Primária/Tumor	Nº Máximo de Campos
01	Ânus e canal anal	105
02	Bexiga	140
03	Boca/língua/orofaringe/nasofaringe/hipofaringe	105
04	Cólon	60
05	Colo Uterino	120
06	Corpo uterino	110
07	Doença de Hodgkin (anel de Waldayer)	40
08	Doença de Hodgkin (Supra – diafragmática)	80
09	Doença de Hodgkin (Infra – diafragmática)	80
10	Esôfago	105
11	Estômago	60
12	Fígado	40
13	Hipófise	90
14	Intestino delgado	60
15	Lábio (sem incluir as cadeias linfáticas = 70)	105
16	Laringe (sem incluir as cadeias linfáticas = 70)	105
17	Leucemia (meningite leucêmica)	70
18	Leucemia (profilaxia em sistema nervoso central)	30
19	Leucemia Mieloide Crônica (baço)	20
20	Leucemia Mieloide (cloroma linfonodal)	20
21	Leucemia Mieloide (cloroma não linfonodal)	30
22	Linfoma não Hodgkin (por localização)	40
23	Mama (*)	120
24	Meduloblastoma/ Ependimoma	120
25	Metástase cerebral	60
26	Metástase linfática (por localização anatômica)	40
27	Metástase linfática de Tumor Primário Desconhecido - ausência de linfonodo cervical palpável (doença microscópica)	75
28	Metástase linfática de Tumor Primário Desconhecido - presença de linfonodo cervical palpável (doença macroscópica)	105
29	Metástase óssea (por localização anatômica)	40
30	Mieloma múltiplo (por localização anatômica – usualmente 10)	20
31	Olho (metástase retrocular)	20
32	Olho (retinoblastoma)	50
33	Osso (tumor primário)	80
34	Ovário (tumor)	100
35	Ovários (hormonioterapia do carcinoma de mama por ooforectomia bilateral actínica)	06
36	Pâncreas (usualmente 50)	100
37	Parótida	105
38	Partes moles (tumor primário)	75
39	Partes moles (sarcoma pediátrico)	60
40	Pele – tumores epiteliais (por lesão)	30
41	Pele (com cadeias linfáticas)	95
42	Pênis (tumor primário e cadeias linfáticas inguinais)	120
43	Pineal	60

Nº	Localização Primária/Tumor	Nº Máximo de Campos
44	Plasmocitoma	50
45	Próstata	144
46	Pulmão – brônquios ou pulmão (usualmente 76)	90
47	Reto	100
48	Reto-sigmoide (junção)	105
49	Retroperitônio (sarcoma ou metástase)	50
50	Rim/Ureter/Supra-Renal	60
51	Sarcoma de Kaposi	60
52	Seios da face	95
53	Sistema nervoso central (tumor primário)	70
54	Testículo	75
55	Timo	50
56	Tireoide (sem incluir o mediastino = 60)	85
57	Traquéia (usualmente 76)	90
58	Vagina	90
59	Vulva	90
60	Vesícula e vias biliares extra-hepáticas	70

(*) 110: Radioterapia profunda (Unidade de cobalto ou acelerador linear); 10: Radioterapia superficial (Roentgenterapia ou Eletronterapia).

Número máximo de campos de radioterapia de doenças ou condições benignas (procedimento 03.04.01.023-5)

Nº	Código da CID	Nº Máximo de Campos
01	B07 Verruga	05
02	B35.1 Tinha das unhas	05
03	D18.0 Hemangioma (40, se 02 campos por dia)	60
04	E05.0 Tireotoxicose com bócio difuso	10
05	G50.0 Nevralgia do trigêmeo	03
06	H05.1 Inflamação aguda da órbita (10, se unilateral)	20
07	H53.3 Outros transtornos da visão binocular	05
08	I25.1 Doença cardiovascular aterosclerótica (prevenção de re-estenose)	05
09	L91.0 Cicatriz queloide (profilaxia pós-mastectomia biilateral; 18, se unilateral)	36
10	L91.0 Cicatriz queloide (profilaxia em pele da região abdominal)	20
11	L91.0 Cicatriz queloide (profilaxia por região especificada)	06
12	M15.x / M18.x Artrose	05
13	M16.x Coxartrose (05, se unilateral)	10
14	M17.x Gonartrose (05, se unilateral)	10
15	M35.0 Síndrome de Sjögren	05
16	M65.x Sinovite e tenossinovite (05, se unilateral)	10
17	M70.x Bursite (05, se unilateral)	10
18	M75.x Capsulite/Tendinite/Bursiste (05, se unilateral)	10
19	M76.x Tendinite	05
20	N48.6 Balanite xerótica obliterante	10
21	N62 Ginecomastia (profilaxia ou terapia; 06, se com eletronterapia)	12

11. ANEXO IV

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL — fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
6 - DATA DE NASCIMENTO / /
7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐
8 -RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE
10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL
12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
16 - UF
17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
37-CID10 PRINCIPAL
38-CID10 SECUNDÁRIO
39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
42-DATA DA SOLICITAÇÃO / /
45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
55 - CNES

VisioDocument

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - DADOS COMPLEMENTARES

fls.2/2

1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

56-Localização do tumor primário | 57-CID-10 Topografia

58-LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS: SIM ☐ NÃO ☐ NÃO AVALIÁVEIS ☐ | 59-Localização de Metástase(s)

60-Estádio(UICC) | 61-Estádio (outro sistema) | 62-Grau Histopatológico

63-Diagnóstico Cito/Histopatológico | 64-Data / /

1.1 - QUIMIOTERAPIA

65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Tratamento(s) Anterior(es)	66-Descrição	67-Data de Início
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

68-Continuidade de Tratamento ☐ **NÃO** ☐ **SIM** | 69-Data de Início do Tratamento Solicitado / / | 70-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura) | 71-Nº Total de Meses Planejados | 72-Nº de Meses Autorizados

1.2 - RADIOTERAPIA

73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Tratamento(s) Anterior(es)	74 - Descrição	75 - Data de Início
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

76 - Continuidade de Tratamento ☐ **NÃO** ☐ **SIM** | 77 - Data de Início do Tratamento Solicitado / /

78 - Finalidade: ☐ RADICAL ☐ ADJUVANTE ☐ ANTIÁLGICA ☐ PALIATIVA ☐ PRÉVIA ☐ ANTIHEMORRÁGICA

ÁREA IRRADIADA

79 - CID Topográfico

	80 - Descrição	81 - Nº Campo/Incerções	82 - Data de Início	83 - Data de Término
1			/ /	/ /
2			/ /	/ /
3			/ /	/ /

2 – NEFROLOGIA

84-PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA / /

Altura ☐ m — ACESSO VASCULAR ☐ Sim ☐ Não

IMC(kg/m²)

Peso ☐ Kg — aa HIV ☐ Positivo ☐ Negativo

Diurese ☐ ml — aa HCV ☐ Positivo ☐ Negativo

Glicose ☐ mg/dl — HBs Ag ☐ Positivo ☐ Negativo

Albumina ☐ % — Ultrasonografia Abdominal ☐ Sim ☐ Não

Hb ☐ g%

85-SEGUIMENTO

TRU ☐ — Inscrito na lista da CNCDO ☐ Sim ☐ Não

Hb ☐ g% — aa HIV ☐ Positivo ☐ Negativo

Albumina ☐ g% — aa HCV ☐ Positivo ☐ Negativo

Intervenção de Fistola ☐ QTD — HBs Ag ☐ Positivo ☐ Negativo

SOLICITAÇÃO	AUTORIZAÇÃO
86-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE	87-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

12. ANEXO V

Instruções para preenchimento laudo para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais

O *Laudo* é o instrumento para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em estabelecimento de saúde com atendimento ambulatorial (públicos, federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O laudo contém informações de identificação do estabelecimento, do doente, exame físico, exames complementares, justificativas da solicitação; dados de identificação do profissional solicitante e do autorizador, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SIA/SUS e CID-10.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, e após ser autorizado deve ter o arquivamento de via no prontuário do doente para ficar à disposição de setores de regulação/avaliação, cabendo aos gestores locais editar normas referentes à necessidade de vias complementares.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Campo 01: Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 02: CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Campo 03: Nome do Doente: Preencher com o nome completo do doente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 04: Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o doente.

Campo 05: Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do doente.

Campo 06: Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do doente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07: Sexo: Preencher com o sexo do doente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M Masculino ou F Feminino.

Campo 08: Nome da Mãe ou Responsável: Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo doente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09: Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do doente.

Campo 10: Endereço de Residência: Preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro. Deve-se considerar como endereço de residência, o fixo do doente e não o de permanência temporária em outro local/município.

Campo 11: Município de Residência: Preencher com o nome do município de residência do doente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.

Campo 12: Código IBGE do Município de Residência: Preencher com o código do IBGE do município de residência do doente.

Campo 13: UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF). Utilizar a sigla de duas letras.

Campo 14: CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro de residência. Não deve ser registrado o código genérico.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 15: Código do Procedimento Principal: Preencher com o código do procedimento de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIA/SUS considerado como principal, para o qual está sendo solicitada a autorização.

Campo 16: Nome do Procedimento Principal: Preencher com o nome do procedimento de acordo com a Tabela do SUS considerado como principal para o qual está sendo solicitada a autorização.

Campo 17: Preencher com a quantidade do procedimento principal a ser realizado de acordo com a legislação específica.

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

Campos 18, 21, 24, 27 e 30: Código (s) do(s) procedimento(s) secundário (s): Preencher com o(s) código(s) do procedimento(s) secundário(s) de acordo com a tabela do SIA/SUS.

Campos 19, 22, 25, 28, 31: Nome(s) do(s) procedimento(s) secundário(s): Preencher com o(s) nome(s) do(s) procedimento(s) secundário(s) de acordo com a tabela do SUS.

Campos 20, 23, 26, 29, 32: Quantidade(s) do(s) procedimento(s) secundário(s) a ser(em) realizado(s) de acordo com a legislação específica.

JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

Campo 33: Preencher com a descrição do diagnóstico.

Campo 34: CID 10 Principal: Preencher com o código da CID-10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento ambulatorial (obrigatório). O carcinoma in situ, que é o estágio 0 do câncer, deve ser codificado com código do capítulo C (por exemplo, C44 – pele, C50 – mama e C60 - pênis), especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Campo 35: CID 10 Secundário: Preencher com o código da CID-10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 36: CID-10 Causa(s) Associada(s): Preencher com o(s) código(s) da CID-10 de CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o(s) o(s) que corresponde(m) ao(s) de outra(s) doenças concomitantes apresentadas pelo doente.

Obs.: Todos os campos de CID-10 são imprescindíveis para avaliação epidemiológica, porém, os campos 35 e 36 não são obrigatórios, exceto nos casos

previstos em nomalização específica, estabelecida pelo gestor federal, estadual ou municipal.

Campo 37: Observações: Este campo deve ser preenchido com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo doente. Incluir dados do exame físico, as condições clínicas do doente que justificam a realização do procedimento, os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados antes da solicitação do procedimento.

SOLICITAÇÃO

Campo 38: Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 39: Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 40: Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente ao CNS ou CPF que será utilizado pelo profissional solicitante.

Campo 41: Nº. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante: Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante.

Campo 42: Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): Assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante.

AUTORIZAÇÃO

Campo 43: Nome do Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor.

Campo 44: Cód. do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, em conformidade com a Portaria SAS/MS 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 45: Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente do CNS ou CPF utilizado pelo Autorizador.

Campo 46: Nº. Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 47: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 48: Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e por o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 49: Reservado para registrar o número da APAC quando autorizada. O Ministério da Saúde recomenda a utilização de aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das APAC, seja por meio do Módulo Autorizador disponibilizado pelo DATA SUS/MS, ou aplicativo próprio de que o gestor disponha.

Campo 50: Período de Validade: Registrar as datas no formato dd/mm/aaaa de início e fim do período de validade da APAC, de acordo com as Portarias específicas.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 51: Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 52: CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

DADOS COMPLEMENTARES 1- ONCOLOGIA

Identificação Patológica do Caso

Campo 53: Localização do tumor primário: Preencher com o nome do órgão/tecido de origem do tumor primário. Somente quando se desconhece a localização de origem da neoplasia maligna, preencher como localização primária desconhecida, localização não especificada ou localização mal definida.

Campo 54: CID-10 Topografia: Preencher de acordo com o código topográfico conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. O código da CID-10 deve ser compatível com a localização primária do tumor informada especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Observação: O carcinoma in situ, que é o estágio 0 do câncer, deve ser codificado com código do capítulo C (por exemplo, C44 – pele, C50 – mama e C60 - pênis), também especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Campo 55: Linfonodos Regionais Invadidos: Assinalar com um "X" se existe ou não linfonodos acometidos pelo tumor ou assinalar com um "X" se esta avaliação não pode ser feita.

Campo 56: Localização de Metástase(s): Preencher com a informação do(s) órgão(s) acometido(s) por lesão(ões) secundárias.

Campo 57: Estádio do Sistema da União Internacional Contra o Câncer (UICC): Preencher com a informação do estadiamento clínico (0, I, II, III, IV) incluído na publicação TNM Classificação dos Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer. A menção a subcategorias de T, N e M e de estadiamento patológico só pode ser exigida naqueles casos previstos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

- O carcinoma in situ deve ser anotado como estádio 0 (TisN0M0).

- Deve-se considerar que o estadiamento clínico é estabelecido ao tempo do diagnóstico e antes de qualquer procedimento terapêutico ser realizado. Uma vez estabelecido o estádio, este será imutável, ao longo da vida do doente, mesmo que a sua doença recidiva no local do tumor primário ou à distância. Neste caso, o estádio permanece o mesmo, mas deve ser acrescido do símbolo "r". Porém para determinados tumores o estadiamento é estabelecido no ato cirúrgico.

- Uma vez estabelecido o estádio, este será imutável, ao longo da vida do doente, mesmo que a sua doença recidive no local do tumor primário ou à distância. Neste caso, o estádio permanece o mesmo, mas deve ser acrescido do símbolo "r".

- No caso de recidiva, pode haver informação de estádios I, II ou III, com metástases, situação cuja análise é feita com base nas datas de diagnóstico e de tratamentos anteriores ao atualmente solicitado, seja este de continuidade ou não.

Campo 58: Estádio (outro sistema): Preencher este campo somente quando a classificação do tumor não consta da classificação pelo Sistema TNM.

Campo 59: Grau Histopatológico: Preencher com o grau de diferenciação tumoral constante do laudo do exame cito-ou histopatológico. Este campo é de preenchimento obrigatório nos casos previstos na tabela SIA/SUS (por ex. neoplasia maligna epitelial de ovário e sarcoma de partes moles)

- No caso de tumores sólidos, os graus são registrados com GX, G1, G2, G3, G4, conforme as definições contidas na classificação pelo TNM.

No caso de alguns tumores, como as leucemias e linfomas, o tipo celular já define a diferenciação tumoral.

Campo 60: Diagnóstico Cito- ou Histopatológico: Preencher com a denominação do tumor que consta no laudo do exame cito- ou histopatológico.

Observação 1: Cópia do laudo diagnóstico cito- ou histopatológico é exigida de todos os casos, para a primeira autorização. Ver em TNM – Classificação de Tumores Malignos (UICC 2002; INCA 2004) que a confirmação histotológica pode ser dispensada, se a dosagem da gonadotrofina coriônica humana (HCG) estiver anormalmente elevada, em casos de Tumores Trofoblásticos Gestacionais (coriocarcinoma, mola hidatiforme invasora e tumor trofoblástico de localização placentária).

Observação 2: Também, exige-se cópia do laudo de exame específico, dependendo do diagnóstico e do procedimento solicitado, como exame de receptores tumorais hormonais (estrogênios e progesterona), para a autorização de hormonioterapia do carcinoma de mama e do adenocarcinoma do endométrio; do cromossoma Philadelphia ou do gene bcr/abl, nos casos de leucemia mielóide crônica e linfoblástica aguda; e do antiCD117/cKIT, para a autorização do procedimento específico do Tumor do Estroma Gastrintestinal (GIST), do HER-2 (por exame de imunohistoquímica com exame confirmatório por técnica molecular), em casos de câncer de mama e outros que venham a se estabelecer em portarias específicas.

Campo 61: Data do Diagnóstico: Preencher com a data (dd/mm/aaaa) da emissão do diagnóstico cito- ou histopatológico.

É obrigatório anexar ao laudo, cópia do laudo cito ou histopatológico.

- A data do diagnóstico deve ser anterior, ou no máximo igual, as demais datas informadas no Laudo.

Em casos excepcionais, a data do diagnóstico na primeira APAC, poderá ser do diagnóstico clínico que justificou o início do tratamento solicitado, inclusive o de emergência, ainda sem confirmação de malignidade.

1.1 - QUIMIOTERAPIA

Tratamento(s) Anterior (es)

Campo 62: Assinalar com um "X" se houve ou não tratamento(s) anterior (es). Não deve se confundir o(s) tratamento(s) anterior (es) com a continuidade do tratamento atual solicitado.

Campo 63: Descrição: Preencher com a descrição do (s) tratamento (s) anterior (es) - (nome da cirurgia – terapêutica, não biopsia -, quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia).

Campo 64: Data de Início: preencher com a(s) respectiva(s) data(s) de início do (s) tratamento (s) anterior (es), registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Tratamento Solicitado - Planejamento Terapêutico Global

Campo 65: Continuidade de tratamento: Assinalar com um "X" se o tratamento solicitado já vem sendo feito ou se trata de início de tratamento.

Campo 66: Data de Inicio do tratamento solicitado: Preencher com a data do início do tratamento solicitado, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 67: Esquema (sigla ou abreviatura): Preencher com as siglas do medicamento ou denominar abreviadamente o esquema quimioterápico.

Campo 68: Número Total de Meses planejados: Preencher com o número de meses que o tratamento demandará, e não com o número de ciclos de quimioterapia.

Campo 69: Número de Meses Autorizados: Preencher com o número de meses de tratamento já transcorridos.

1.2 - RADIOTERAPIA

Tratamento(s) Anterior (es)

Campo 70: Assinalar com um "X" se houve ou não tratamento(s) anterior (es). Não deve se confundir o(s) tratamento(s) anterior (es) com a continuidade de tratamento atual solicitado.

Campo 71: Descrição: Preencher com a descrição do (s) tratamento (s) anterior (es) (nome da cirurgia – terapêutica, não biopsia -, quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia).

Campo 72: Data de Início: preencher com a(s) respectiva(s) data(s) de início do (s) tratamento (s) anterior (es), registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Tratamento Solicitado - Planejamento Terapêutico Global

Campo 73: Continuidade de Tratamento: Assinalar com um "X" se o tratamento solicitado já vem sendo feito ou se trata de início de tratamento.

Campo 74: Data de Inicio do tratamento solicitado: Preencher com a data do início do tratamento solicitado, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 75: Finalidade: Assinalar com um "X" a finalidade da radioterapia, se curativa, adjuvante, anti-álgica, paliativa, prévia ou anti-hemorrágica. Assinala-se a finalidade curativa, quando a radioterapia for exclusiva (radical).

Área(s) Irradiada(s)

Campo 76: CID Topográfico: Preencher com o(s) código(s) da CID-10 referentes à (s) localizações da(s) lesão (ões) irradiada(s). Pode-se autorizar irradiação simultânea de até três áreas.

Campo 77: Descrição: Preencher com o(s) nome(s) do(s) locais do tumor primário ou metástico correspondentes ao(s) código(s) da CID-10 utilizados para informar a(s) localizações da(s) lesão(ões) irradiada(s).

A irradiação simultânea de mais de uma área requer informações em separado de todos os itens seguintes de preenchimento sobre cada área.

Campo 78: Número Campo(s)/Inserções: Preencher com o número de campos por área tratada, ou com o número de inserções de braquiterapia de alta taxa de dose.

Campo 79: Data de Início: Preencher por área a data do início do tratamento, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 80: Data de Término: Preencher por área a data do término do tratamento, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

13. ANEXO VI

Motivos de Recusa de Autorização de Procedimentos

Mês_____ Ano _____

Motivos de Glosa Freq. %

Código incompatível----------

Data de nascimento incompatível----------

Diagnóstico de doença benigna----------

Droga não citostática isolada----------

Estadiamento incompatível----------

Laudo Médico incompletamente preenchido (*)----------

Nome incompleto----------

Sem anátomo-patológico----------

Sem código da CID ou localização do tumor----------

Sem data de nascimento----------

Sem esquema terapêutico----------

Sem estadiamento----------

Sem especificação da área----------

Sem número de campos----------

Tratamento de duração indeterminada----------

Tratamento de duração incompatível----------

Sem duração do tratamento----------

Outros----------

(*) Exceto pelos outros motivos aqui relacionados

14. ANEXO VII

INSTRUMENTOS LEGAIS DO SUS-ONCO

14.1 Portarias e Resoluções Vigentes

PORTARIA SAS/MS 453, de 23/04/2013 - inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses / Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos Dosagem do Antígeno CA125 e Quimioterapia de Melanoma Maligno (adjuvância noi estádio III) e altera, mantendo os demais atributos, o nome do procedimento Bloco de Colimação Personalizado para Colimação Personalizada.

PORTARIA SAS/MS 357, de 08/04/2013 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do melanoma maligno cutâneo, após a Consulta Pública SAS nº 7, de 03/08/2012.

PORTARIA SAS/MS 312, de 27/03/2013 – aprova o protocolo de tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto com mesilato de imatinibe, após a Consulta Pública SAS nº 3, de 08/02/2013.

PORTARIA SAS/MS 298, de 21/03/2013 (retificada) – atualiza os protocolos de uso da talidomida no tratamento da doença enxerto contra hospedeiro e do mieloma múltiplo. Revoga a Portaria Conjunta SPS e SAS nº 25, de 30 de janeiro de 2002. Retificada em 12/04/2013 no Anexo II – Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

PORTARIA SAS/MS 73, de 30/01/2013 (retificada) – Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado. Retificada em 26/03/2013 no Art. 2º - Serviço/Classificação do procedimento do exame de confirmação do HER-2.

PORTARIA GM/MS 2.948, de 21/12/2012 – Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o valor de procedimento de Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas.

PORTARIA GM/MS 2.947, de 21/12/2012 – Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Retificada em 20/02/2013 e 14/03/2013.

PORTARIA SAS/MS 1.083, de 02/10/2012 - aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes da Dor Crônica, após a Consulta Pública SAS nº 7, de 12/12/2011.

PORTARIA SAS/MS 621, de 05/07/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B, após a Consulta Pública SAS nº 29, de 25/08/2010.

PORTARIA SAS/MS 602, de 26/06/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de fígado no adulto, após a Consulta Pública SAS nº 27, de 25/08/2010.

PORTARIA SAS/MS 601, de 26/06/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma colorretal, após a Consulta Pública SAS nº 25, de 25/08/2010.

PORTARIA SAS/MS 600, de 26/06/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de pulmão, após a Consulta Pública SAS nº 28, de 25/08/2010.

PORTARIA SAS/MS 599, de 26/06/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do tumor cerebral no adulto, após a Consulta Pública SAS nº 30, de 25/08/2010.

PORTARIA SAS/MS 458, de 21/05/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas da neoplasia maligna epitelial de ovário, após a Consulta Pública SAS nº 3, de 25/11/2011.

PORTARIA SAS/MS 122, de 13/02/2012 – restabelece a advertência para os percentuais dos procedimentos de quimioterapia da LMC e orienta o encontro de contas para a excedência do percentual de procedimentos de segunda linha da quimioterapia da LMC de APAC devidamente auditadas pelas secretarias de saúde. ALTERA a Portaria SAS/MS 90/2011.

PORTARIA SAS/MS 115, de 10/02/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas para o tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de criança e adolescente com o mesilato de imatinibe, após a Consulta Pública SAS nº 2, de 25/11/2011.

PORTARIA SAS/MS 114, de 10/02/2012 – estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas para o tratamento da leucemia mieloide crônica de criança e adolescente positivo com o mesilato de imatinibe, após a Consulta Pública SAS nº 4, de 25/11/2011.

PORTARIA SAS/MS 102, de 07/02/2012 – exclui do SCNES o código de Serviço Isolado de Quimioterapia; reorienta sobre a formação de Complexo Hospitalar e a manutenção no SIA-SUS de Serviço Isolado de radioterapia; e atualiza as habilitações na alta complexidade em oncologia. REVOGA a Portaria SAS/MS 62/2009, 195/2009, 235/2009, 255/2009, 256/2009, 259/2009, 262/2009, 302/2009, 303/2009, 341/2009, 344/2009, 394/2009, 397/2009, 425/2009, 6/2010, 61/2010, 165/2010, 249/2010, 252/2010, 264/2010, 485/2010, 617/2010, 650/2010, 67/2011, 175/2011, 191/2011, 237/2011, 240/2011, 364/2011, 435/2011, 504/2011, 645/2011, 652/201, 985/2011, 1.000/2011 e 1.001/2011.

PORTARIA SAS/MS 939, de 21/12/2011 – altera o tipo de financiamento do procedimento de quimioembolização do carcinoma hepático e o compatibiliza com os respectivos procedimentos especiais. ALTERA a Portaria SAS/MS 420/2010.

RDC Anvisa 11, de 22/03/2011 – dispõe sobre o controle da substância Talidomida e o medicamento que a contenha. REVOGA as portarias SVS 63⁄1994 e 354⁄1997 e a RDC Anvisa 34, de 20/04/2000, e artigos das portarias SVS 344⁄1998 e 6⁄1999.

PORTARIA SAS/MS 90, de 15 de março de 2011 – recompõe o valor dos procedimentos de quimioterapia relativos ao GIST e LMC, orienta o fornecimento de medicamento pelas secretarias estaduais de saúde, ratifica os percentuais para as fases da LMC da Portaria SAS 649, estabelece percentual para a segunda linha da quimioterapia da LMC e implanta a crítica com esses percentuais no subsistema APAC-SIA-SUS. REVOGA a Portaria SAS/MS 706/2010. ALTERADA pela Portaria SAS 122/2012.

PORTARIA SAS/MS 720, de 20/12/2010 – recompõe o valor do procedimento de quimioterapia relativo ao LDGC-B. ALTERA a Portaria SAS/MS 420/2010.

PORTARIA SAS/MS 706, de 17/12/2010 – recompõe valores de procedimentos de quimioterapia relativos ao GIST e LMC. REVOGA a Portaria SAS/MS 282/2010.

PORTARIA SAS/MS 581, de 25/10/2010 (retificada) – complementa a Portaria SAS/MS 420, no que se refere a intercorrências e tratamento clínico de paciente oncológico.

PORTARIA GM/MS 2.415, de 25/08/2010 – revoga a Portaria GM/MS 1.945, que fica SUBSTITUÍDA pela Portaria SAS 421, de 25/08/2010.

PORTARIA GM/MS 2.410, de 25/08/2010 – estabelece recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal para custeio da atualização dos procedimentos de radioterapia e quimioterapia da Tabela do SUS.

PORTARIA SAS/MS 421, de 25/08/2010 – atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Urologia, inclusive os de hormonioterapia cirúrgica e medicamentosa do adenocarcinoma de próstata. SUBSTITUI a Portaria GM/MS 1.945/2009(*).

Portaria SAS/MS 420, de 25 de agosto de 2010 – altera, recompõe e atualiza procedimentos de radioterapia e de quimioterapia na Tabela Unificada. COMPLEMENTADA pela Portaria SAS 581/2010 (retificada). ALTERADA pela Portaria SAS/MS 720/2010.

PORTARIA SAS/MS 305, de 29/07/2010 – recompõe valores de alguns procedimentos cirúrgicos.

PORTARIA SAS/MS 381, de 10/11/2009 – acesso venoso central. REVOGA as portarias SAS/MS 733/2002 e 96/2006.

PORTARIA GM/MS 1.783, de 07/08/2009 – atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos de Medicina Nuclear.

PORTARIA SAS/MS 662, de 14/11/2008(*), republicada em15/12/2009 – procedimento sequencial

PORTARIA SAS/MS 649, de 11/11/2008 – atualiza as diretrizes para tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do adulto. REVOGA as portarias SAS/MS 431/2001 e 347/2008.

PORTARIA SAS/MS 461, de 22/08/2008 – altera a Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008, excluindo do procedimento 03.04.01.003-0 Betaterapia para profilaxia de pterígio a compatibilidade com o procedimento 03.04.01.020-0 Planejamento simples e excluindo o atributo referente ao instrumento de registro APAC (Procedimento Secundário) do procedimento 03.04.01.010-3 Implantação de halo para radiocirurgia estereotática ou por gama–knife.

PORTARIA SAS/MS 346, de 23/06/2008 **-** procedimentos quimioterápicos e radioterápicos da tabela do SIA-SUS - Definição da regulação da radioterapia e da quimioterapia. REVOGA as portarias SAS/MS 145, de 02/09/1998, SAS/MS 296, de 15/07/1999, SAS/MS 54, de 18/02/2000, SAS/MS 432, de 03/10/2001 e 322, de 11/05/2006. RETIFICADA pela Portaria SAS/MS 461/2008 e ALTERADA pelas portarias SAS/MS 649/2008 e 420/2010.

PORTARIA SAS/MS 288, de 19/05/2008 – operacionaliza a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, instituída pela Portaria GM/MS 957, de 15/05/2008, inclusive no que respeita aos procedimentos oftalmológicos aplicáveis ao tratamento do câncer.

PORTARIA SAS/MS 36, de 24/01/2008 – COMPLEMENTA a Portaria GM/MS 2.918, de 13/11/2007, que atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos dos cânceres do colo uterino e de mama.

PORTARIA SAS/MS 723, de 28/12/2007, REPUBLICADA em 18/03/2008 – amplia os procedimentos seqüenciais em neurocirurgia e ortopedia e estabelece os procedimentos comuns à neurocirurgia, ortopedia ou oncologia, compatibilizados com as respectivas habilitações.

PORTARIA GM/MS 2.918, de 13/11/2007 – atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos dos cânceres do colo uterino e de mama.

PORTARIA GM/MS 2.848, de 06/11/2007 – publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

PORTARIA GM/MS 2.488, de 02/10/2007 - concede reajuste emergencial, alterando os valores dos procedimentos das Tabelas de Procedimentos dos Sistemas SIA e SIH.

PORTARIA SAS/MS 466, de 20/08/2007 – estabelece diretrizes terapêuticas e atualiza os procedimentos de iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide.

PORTARIA SAS/MS 361, de 25/06/2007 – inclui na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES as habilitações estabelecidas na Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005. COMPLEMENTADA pela Portaria SAS/MS 146, de 11/03/2008.

PORTARIA SAS/MS 768, de 26/10/2006 - define novos modelos de Laudos para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais e de medicamentos, inclusive procedimentos de radioterapia e de quimioterapia. ATUALIZADA pela Portaria SAS/MS nº 90, de 27/02/2007, que define um novo *lay-out* dos Laudos e adequa os campos que identificam os códigos dos procedimentos de 08 para 10 dígitos, de acordo com a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, vigentes a partir de janeiro de 2008.

RDC Anvisa 20, de 02/02/2006 – estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia.

PORTARIA GM/MS 2.571, de 27/12/2005 – REVOGA as portarias GM/MS 3.535/1998, GM/MS 1.478/1999 e GM/MS 1.289/2002.

PORTARIA SAS/MS 757, de 27/12/2005, retificada e republicada em 15/02/2006 – regulamenta a radioterapia cerebral. Revoga o §2º do artigo 6º da Portaria SAS/MS nº 296, de 15/07/1999. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 723, de 28/12/2007.

PORTARIA SAS/MS 741, de 19/12/2005 - Rede de assistência oncológica e estrutura das Unidades e Centros de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (UNACON e CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Limita os serviços isolados de quimioterapia (QT) ou de radioterapia (RT). REVOGA a Portaria SAS/MS 113/1999.

PORTARIA GM/MS 2.439, de 08/12/2005 – estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica.

PORTARIA GM/MS 1.617, de 09/09/2005 – atualiza os valores dos procedimentos radioterápicos – Grupo 28 da tabela do SIA-SUS.

RDC Anvisa 220, de 21/09/2004 – estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de quimioterapia.

PORTARIA GM/MS 1.655, de 17/09/2002 - aprova na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tumor do Estroma Gastrointestinal, bem como o modelo de Termo de Consentimento Informado dele integrante e inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, no Grupo 29.000.00-9, Subgrupo 02 – Quimioterapia Paliativa - Adulto II, procedimento relativo ao Tumor do Estroma Gastrointestinal.

PORTARIA SAS/MS 472, de 24/07/2002 - estabelece as normas de credenciamento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

PORTARIA GM/MS 1.319, de 23/07/2002 - regulamenta o credenciamento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, sendo que entre eles ficam incluídos, automaticamente, todos os CACON credenciados e por credenciar.

PORTARIA GM/MS 1.318, de 23/07/2002 - estabelece os opiáceos como medicamentos excepcionais, no âmbito do SUS.

RDC ANVISA 202, de 18/07/2002, republicada no DO de 22/07/2002 - os medicamentos narcóticos codeína, morfina e metadona podem passar a ser prescritos em receituário comum, em duas vias. Esta Resolução se deu antes das portarias supracitadas, para permitir a sua operacionalização, no contexto do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002.

PORTARIA GM/MS 19, de 03/01/2002 – institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde – SUS.

PORTARIA SAS/MS 580, de 20/12/2001 - procedimentos da tabela do SIH-SUS, excluindo o 79.700.90-0 Internação para quimioterapia de leucemias agudas (linfóides e não linfóides) e alterando a descrição do 79.700.89-6 Internação para quimioterapia de leucemias crônicas em agudização para Internação para quimioterapia de leucemias agudas e crônicas em agudização.

PORTARIA SAS/MS 130, de 25/04/2000 – Utilização de código de cirurgia reparadora/reconstrutiva para implante peniano em UPS habilitadas em alta complexidade em Oncologia.

PORTARIA SAS/MS 96, de 27/03/2000 – Procedimentos exclusivos de unidades especificamente cadastradas em Patologia Clínica, Radioterapia, Quimioterapia, Transplantes, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radiologia Intervencionista, Cardiovascular, Cirurgia Oncológica, etc.

PORTARIA GM/MS 1.480 e **PORTARIA GM/MS 1.481**, de 28/12/1999 - Medicamentos excepcionais (FAEC). Não suspende a Portaria SAS/MS 184, de 16/ 10/1998, retificada no DOU de 03/11/1998.

PORTARIA CONJUNTA SE/SAS/MS 54, de 14/12/1999 – procedimentos de Medicina Nuclear.

PORTARIA Conjunta SE/SAS/MS 44, de 11/10/1999 – Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tiróide, como procedimento de internação. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 466, de 20/08/2007.

PORTARIA SAS/MS 544, de 10/09/1999 – cobrança fora da faixa etária e tempo médio de permanência.

PORTARIA SAS/MS 401, de 30/07/1999 – tempo de permanência hospitalar de procedimentos cirúrgicos oncológicos pediátricos. VER OS TEMPOS MÉDIOS NOS

PROCEDIMENTOS UNIFICADOS DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS VÁLIDA A PARTIR DE JANEIRO DE 2008.

PORTARIA SAS/MS 034/99, de 04/02/1999, republicada em 31/03/1999 – procedimentos quimioterápicos e radioterápicos que exigem internação; e internação para quimioterapia e radioterapia. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 580, de 20/12/2001, Portaria GM/MS 2.848/2007 e Portaria SAS/MS 346/2008.

PORTARIA SAS/MS 205/98, de 09/11/98, republicada em 23/11/1998 – codificação e valores de marcadores tumorais (receptor hormonal do câncer de mama, PSA, imunohistoquímica e imunofenotipagem). DESCRIÇÕES ALTERADAS pela Portaria GM/MS 2.848, de 06/11/2007.

PORTARIA SAS/MS 184/98, de 16/10/1998 - exclusão de medicamentos especiais para Oncologia, que passaram a ser do âmbito do sistema APAC – Autorização para procedimentos de alta complexidade. Retificada no DOU de 03/11/1998.

PORTARIA SAS/MS 38, de 01/04/1998 – códigos dos procedimentos estabelecidos na Portaria GM/MS 2.413/1998.

PORTARIA GM/MS 2.413, de 23/03/1998 – regulamentação de cuidados prolongados de doentes crônicos, inclusive oncológicos.

14.2 Portarias e Resoluções Revogadas

PORTARIA GM/MS 3.535, de 02/09/1998, republicada em 14/10/1998 - Estrutura dos centros de alta complexidade em Oncologia – CACON. **Substituta**: Portaria SAS/MS 741/2005.

PORTARIA SAS/MS 145/98, de 02/09/1998 - descrição e valores dos procedimentos de QT e RT. **Substitutas**: Portaria GM/MS 2.848/2007 e Portaria SAS/MS 346/2008.

PORTARIA GM/MS 3.536, republicada em 02/12/1998 – Procedimentos quimioterápicos e radioterápicos da tabela do SIA-SUS - Definição da lógica. – **Substitutas**: Portarias SAS/MS

296/1999, SAS/MS 54/2000, SAS/MS 432/2001, GM/MS 1.655/2002, SAS/MS 757/2005, SAS/MS 322/2006 e SAS/MS 467/2007.

PORTARIA GM/MS 255, de 31/03/1999, publicada em 01/04/99 – Alteração da Portaria GM/MS 3.535/98 (habilitação profissional e revogação do item 8.2). **Substituta**: Portaria SAS/MS 741/2005.

PORTARIA SAS/MS 113, de 31/03/1999, publicada em 01/04/99 – Regulação relativa ao item 8.2 alterado da 3.535/1998, passando-se a recredenciar serviços isolados de quimioterapia (QT) ou de radioterapia (RT). **Substituta**: Portaria SAS/MS 741/2005.

PORTARIA SAS/MS 296, de 15/07/1999 - procedimentos quimioterápicos e radioterápicos da tabela do SIA-SUS - Definição da regulação da radioterapia e da quimioterapia. Alterada pelas portarias SAS/MS 54/2000, SAS/MS 432/2001, GM/MS 1.655/2002, SAS/MS 757/2005, SAS/MS 322/2006, SAS/MS 467/2007 e GM/MS 2.848, de 06/11/2007. REVOGADA pela Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008. **Substitutas**: Portaria GM/MS 2.848/2007 e Portaria SAS/MS 346/2008.

PORTARIA GM/MS 1.478, de 28/12/99, DOU de 29/12/1999 – Organização da assistência oncológica. **Substituta**: Portarias GM/MS 2.439/2005 e Portaria SAS/MS 741/2005.

PORTARIA SAS/MS 54, de 18/02/2000 – braquiterapia de alta taxa de dose para câncer de endométrio, vagina e vulva. REVOGADA pela Portaria SAS/MS 346, de 23/06/2008. **Substitutas**: Portaria GM/MS 2.848/2007 e Portaria SAS/MS 346/2008.

RDC Anvisa 34, de 20/04/2000 – uso de Talidomida em Mieloma Múltiplo. REVOGADA pela RDC Anvisa 11, de 22/03/2011.

PORTARIA SAS/MS 431, de 03/10/2001 - aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto. RETIFICAÇÃO publicada em 29/10/2001. ALTERADA pela Portaria SAS/MS 347/2008. REVOGADA pela Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008.

PORTARIA SAS/MS 432, de 03/10/2001 - estabelece os procedimentos da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde -

SIA/SUS relacionados ao tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto em suas diferentes fases. **Substitutas**: Portaria GM/MS 2.848/2007 e Portaria SAS/MS 346/2008.

PORTARIA SAS/MS nº 482, de 22/10/2001, publicada em 24/10/2001, que determina às unidades cadastradas no Sistema Único de Saúde e classificadas como CACON I, II ou III ou ainda como Serviço Isolado de Quimioterapia que, ao utilizarem os procedimentos estabelecidos na Portaria SAS/MS Nº 432, de 03/10/2001, enviem, ao Instituto Nacional de Câncer/INCA, cópia da respectiva Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, emitida para cada paciente, acompanhada do correspondente laudo médico. Tornada insubsistente pela **Portaria SAS/MS nº 515** de 06/11/2001.

PORTARIA SAS/MS nº 515, de 06/11/2001, publicada em 07 /11 2001, no Diário Oficial nº 213, que determina às unidades cadastradas no Sistema Único de Saúde e classificadas como CACON I, II ou III ou ainda como Serviço Isolado de Quimioterapia que, ao utilizarem qualquer dos procedimentos estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 432, de 03/10/2001, enviem ao Instituto Nacional de Câncer/INCA cópia da respectiva APAC-I - Formulário emitida pelo órgão autorizador para cada paciente, acompanhada de cópia do correspondente laudo médico. Torna insubsistente a Portaria SAS/MS N° 482, de 22/10/2001, publicada no Diário Oficial n° 204, de 24/10/2001. **Revogada pela Portaria SAS/MS Nº 772**, de 18/10/2002, publicada no DOU Nº 204 - Seção 1, de 21/10/2002.

PORTARIA CONJUNTA SPS/SAS/MS 25, de 30/01/2002 – estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Uso de Talidomida na Doença do Enxerto contra o Hospedeiro (transplante de medula óssea alogênico), Lúpus Eritematoso e Mieloma Múltiplo. **Substitutas**: Portaria SAS/MS 100/2013 (Lúpus Eritematoso Sistêmico) e Portaria SAS 298/2013 (Doença Enxerto Contra Hospedeiro e Mieloma Múltiplo).

PORTARIA GM/MS 1.289/02, de 16/07/2002, publicada em 17/07/2002 - Alteração da Portaria GM/MS 255/99 (habilitação profissional). **Substituta**: Portaria SAS/MS 741/2005.

PORTARIA SAS/MS 859, de 12/12/2002 - aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica – Codeína, Morfina, Metadona, bem como as normas de Logística da Aquisição, Prescrição e Dispensação destes medicamentos, no âmbito do SUS. **Substituta**: Portaria SAS/MS 1.083/2012.

PORTARIA SAS/MS 322, de 11/05/2006 – complementa o Anexo VIII da Portaria SAS/MS 296/99, com números máximos de campos para radioterapia de metástase linfática cervical de tumor primário desconhecido. **Substituta**: Portaria SAS/MS 346/2008.

PORTARIA SAS/MS 467, de 20/08/2007 – estabelece as bases da autorização e recompões procedimentos cirúrgicos e hormonioterápicos do adenocarcinoma de próstata. REVOGADA pela Portaria GM/MS 1.945, de 27/08/2009(*), por sua vez revogada pela Portaria GM/MS 2.415, de 25/08/2010. **Substituta**: Portaria SAS/MS 421, de 25/08/2010(*), republicada em setembro de 2010.

PORTARIA SAS/MS 513, de 26/09/2007 – habilitação em alta complexidade em Oncologia, conforme a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005, e a Portaria SAS/MS 84, de 22/02/2007. ATENÇÃO: Há outras portarias de habilitação revogadas pela **Substituta**: Portaria SAS/MS 146, de 11/03/2008.

PORTARIA SAS/MS 146, de 11/03/2008, retificada por ter sido publicada com data de 11/02/08 - habilitação em alta complexidade em Oncologia, conforme a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005. REVOGA as portarias SAS/MS 410/1999, 618/1999, 619/1999, 620/1999, 723/1999, 724/1999, 728/1999, 05/2000, 12/2000, 60/2000, 146/2000, 154/2000, 186/2000, 261/2000, 358/2000, 29/2001, 30/2001, 95/2001, 165/2001, 188/2001, 233/2001, 271/2001, 427/2001, 483/2001, 554/2001, 560/2001, 17/2002, 28/2002, 73/2002, 79/2002, 179/2002, 198/2002, 202/2002, 203/2002, 399/2002, 400/2002, 439/2002, 452/2002, 557/2002, 627/2002, 682/2002, 927/2002, 928/2002, 984/2002, 252/2003, 269/2003, 279/2003, 15/2004, 101/2004, 278/2004, 280/2004, 368/2004, 714/2004, 753/2004, 140/2005, 251/2006, 692/2006, 194/2007, 263/2007, 331/2007, 332/2007, 502/2007, 513/2007, 603/2007, 604/2007, 662/07, 681/2007 e 37/2008. COMPLEMENTA a Portaria SAS/MS 361, de 25/06/2007. HÁ PORTARIAS DE HABILITAÇÕES SUBSEQÜENTES.

PORTARIA SAS/MS 347, de 23/06/2008 – altera a Portaria SAS/MS 431, de 03/10/2001, que estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto. REVOGADA pela Portaria SAS/MS 649, de 11/11/2008.

PORTARIA GM/MS 1.945, 27/08/2009(*), REPUBLICADA em 10/09/2009 – atualiza procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Urologia, inclusive os de hormonioterapia

cirúrgica e medicamentosa do adenocarcinoma de próstata. REVOGA a Portaria SAS/MS 467/2008. REVOGADA pela Portaria GM/MS 2.415/2010. **Substituta**: Portaria SAS/MS 421/2010.

PORTARIA SAS/MS 282, de 17/06/2010 – recompõe valores de procedimentos de quimioterapia relativos ao GIST e LMC. REVOGADA e SUBSTITUÍDA pela Portaria SAS/MS 706, de 17/12/2010.

PORTARIA SAS/MS 706, de 17/12/2010 – recompõe valores de procedimentos de quimioterapia relativos ao GIST e LMC. REVOGADA e SUBSTITUÍDA pela Portaria SAS/MS 90, de 15/03/2011.

PORTARIA SAS/MS 62, de 11/03/2009 - habilitação em alta complexidade em Oncologia, conforme a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005. REVOGA as portarias SAS/MS 146/2008; 216*/2008; 253/2008; 259/2008; 381/2008; 528/2008; 555/2008; 556/2008; 667/2008; 749/2008; 774/2009; 775/2009. REVOGADA e SUBSTITUÍDA pela Portaria SAS/MS 102, de 07/02/2012.

Atualizado em 29/04/2013.