

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)
Reunião nº 2 – 13/12/2017 – Auditório I do prédio sede do INCA

Participantes:

Ana Cristina P. Mendes Pereira – Diretora Geral INCA
Daniel Neves Forte - ANCP
José Eluff Neto - FOSP
Arthur Acioly Rosa – SBRT
Marcus Castilho - SBRT
Alexandre Ferreira Oliveira - SBC
Odilon Souza Filho - SBCO
Claudio de Almeida Quadros – SBCO
Janina Huguenin – SBCO
Ranyell Batista – SBCO
Cristiane Vaucher - SBEO
Angela Coe - SBEO
José Getúlio Segalla - ABRC
Sonia Maria Rossi Viana - SOBOPE
Nivaldo Pinho - SBNO
Rodolfo Acatauassú Nunes - ABRAHUE
Maria Inez Gadelha –SAS/MS

Ausências justificadas:

Rosalina Koifman – ABRASCO
Carlos Chiatonne - ABHH
Luiz Antônio Negrão Dias – CMB
Michele Caputo Neto – CONASS
Mauro Guimarães Junqueira - CONASEMS

Gustavo dos Santos Fernandes – SBOC
Vergílio Colturato – SBTMO
Mario Jorge Sobreira da Silva – SOBRAFO
Pascoal Marracini – ABIFICC
Marcelo Oliveira Barbosa – DAHU/SAS
Fernando Machado de Araújo – DAET/SAS
Camile Sachett – DECIT/SCTIE
Arthur Felipe S. de Brito – DGITS/CONITEC/CSCTIE
Paula Jonhs - CNS

Convidados INCA:

Ailse Rodrigues Bittencourt - Chefe de Gabinete/INCA
Gelcio Luiz Quintella Mendes – COAS/INCA
Thiago Knopp – COAD/INCA
Eduardo Franco - CONPREV
Nelson Cardoso de Almeida – DIPLAN/INCA
Mônica Lisboa Torres – DCS/INCA
Roberto Araújo Lima – HCI/INCA
Décio Lerner – CEMO/INCA
Franz Santos de Campos – HCI/INCA
Marise Cesar Gomes – ARNT/COAS/INCA
Renata Erthal – ARNT/COAS/INCA
Monica Assis – CONPREV/INCA
Liz Almeida – CONPREV/INCA
Mônica de Assis – DARAO/CONPREV/INCA

Aos treze dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, no auditório I do prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), reuniu-se o Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA), com as presenças e ausências registradas acima, para deliberar sobre a pauta do dia, da qual constavam os seguintes assuntos: (1) Apresentação e Relatório das reuniões do GT de Cirurgia Oncológica; (2) Andamento da revisão da tabela de Radioterapia; (3) Anti-neoplásicos – Desabastecimento e Incorporação do Trastuzunabe; (4) - SBCO – Divulgação e Apoio ao Fórum de Formação em Cirurgia Oncológica e elaboração de uma comissão para elaboração do Programa do evento; e (5) Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata no INCA. A Presidente do Conselho consultivo do INCA, Dra. Ana Cristina Pinho, iniciou a reunião apresentando e parabenizando os novos representantes das sociedades: Daniel Forte (ANCP), Claudio de Almeida Quadros e Alexandre Ferreira (SBCO), José Getúlio Segalla (ABRC) e Arthur Accioly (SBRT). Em seguida, a Dra. Ana Cristina passou a palavra para Renata Knust, que iniciou a primeira pauta da reunião: **(1) Apresentação e Relatório das reuniões do GT de Cirurgia Oncológica**, relatando que o Grupo de Trabalho para a revisão da tabela SUS, em relação à cirurgia oncológica, surgiu a partir da proposta do CONSINCA, na reunião de maio/2017. Informou que, paralelamente a isso, o Hospital Erasto Gaertner enviou ao Ministério da Saúde, uma proposta de atualização e incorporação de alguns procedimentos existentes, e de novos

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)
Reunião nº 2 – 13/12/2017 – Auditório I do prédio sede do INCA

procedimentos em cirurgia oncológica. Em 19/06/2017, foi publicada a primeira Portaria, e em 06/07/2017, ocorreu o primeiro encontro do Grupo de Trabalho.



Apresentação anexa

Em seguida, a Dra. Maria Inez Gadelha apresentou o segundo item da pauta: **(2) Andamento da revisão da tabela de Radioterapia.** Explicou que a revisão da tabela de radioterapia estava envolvendo uma grande mudança de modelo, e iniciou a apresentação, solicitando a ajuda de Marcus Castilho (SBRT), que teve participação nesse trabalho. Explicou que essa mudança envolve modificações intensas, tanto no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, quanto no Sistema de Informações Ambulatoriais e no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.



Apresentação completa anexa

O Dr. Arthur Accioly parabenizou a Dra. Maria Inez pela apresentação, e disse que tem acompanhado de perto, e discutido bastante sobre o assunto, no Ministério da Saúde. Relatou que a radioterapia mudou de parâmetro, que hoje os especialistas vivem uma realidade muito mais direcionada a uma terapia de qualidade, do que naqueles antigos serviços que ficavam presos na realidade econômica. Falou que o principal desafio para operacionalizar isso, será a qualificação dos portes e a hierarquização dos pacientes nessa estrutura. Concluiu que terão alguns desafios operacionais que precisarão ser discutidos. Após análise e discussão, a Dra. Ana Cristina anunciou a pauta: **(3) Apresentação e Relatório das reuniões do GT de Cirurgia Oncológica,** comunicando que o Dr. Gélcio Mendes faria uma atualização sobre o desabastecimento de medicamentos, que é uma realidade no Brasil e em boa parte no mundo, ressaltando

uma série de antineoplásicos. Continuando, Dra. Ana Cristina solicitou que, posteriormente, a Dra. Maria Inez complementasse, com a última informação em relação ao assunto. O Dr. Gélcio Mendes expôs que, atualmente, há uma densa incorporação de medicamentos de alto custo, em especial, os da linha de anticorpos monoclonais e de drogas alvo; e, por outro lado, há dificuldade de acesso a uma série de medicamentos utilizados, especialmente em tratamentos curativos. Lembrou outros medicamentos que tiveram descontinuidade ou dificuldade de acesso, como a asparaginase e a actinomicina. Apresentou o cenário atual, com a descontinuidade no suprimento do melfalano, do ácido all-trans retinóico e do bleomicina, ressaltando que são medicamentos muito restritos, fundamentais no tratamento curativo de diversos tipos de câncer. Informou que foi comunicado pelo Dr. Décio Lerner, Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA - CEMO/INCA, logo antes de começar a apresentação, que existe uma iniciativa da indústria, no sentido de refazer o suprimento do melfalano. Complementou que, em relação à bleomicina, o Coordenador de administração do INCA, Sr. Thiago Knopp, salientou que está muito relacionada à Anvisa ter, de alguma forma, impedido os dois fabricantes nacionais, por questões de mercado. Acrescentou que estão começando a discutir internamente sobre a realização de importação desses medicamentos, e que há a possibilidade de compra internacional, mas isso é um processo longo. Relatou que o INCA participou de um pregão internacional para aquisição de mitomicina, que foi deserto, e esse é outro risco de se investir em um procedimento complicado e caro, como a concorrência internacional, e não se obter resultado. Acrescentou que Dra. Maria Inez lhe informou, que há uma previsão de adequação do fornecimento da actinomicina, pelo Ministério da Saúde. A Dra. Ana Cristina comentou que uma característica comum a todos esses medicamentos, é o baixo preço, o que se torna desinteressante para a indústria farmacêutica, que já desenvolveu outros medicamentos mais caros, e em algumas situações, não tão eficientes como estes bons e velhos medicamentos. Pontuou que o Brasil, se deparando com esta situação de desabastecimento, gasta muito tempo com ineficiência nos tratamentos, com prejuízo direto à sua população, por conta, talvez, de desorganização e falta de planejamento, o que caracteriza muitas das ações do país, tanto no âmbito privado e principalmente no público. Acrescentou que é como o que aconteceu com outros BRICS, como Índia e China, que hoje vem dominando a produção dos IFAs

(Insumos Farmacêuticos Ativos), o Brasil já poderia estar inserido nesse cenário, tanto para abastecimento do seu mercado interno, quanto, inclusive, para abastecimento do mercado internacional; então, essa situação de desabastecimento, está trazendo à tona a emergência de ser tomada alguma atitude. Citou a situação da asparaginase, em que, principalmente por envolver crianças, tem apelo exponencial, em vista de mídia. Relatou que o Ministério da Saúde, justamente pela dificuldade de aquisição dos centros de tratamento na importação e, é claro, com regras colocadas pela Anvisa, que dificultam muito essa importação, acabou sendo acionado a centralizar a compra e prover o abastecimento para os centros de tratamento, porém entrou a empresa que possuía o monopólio da distribuição da asparaginase no país e gerou aquela situação que resultou em numerosas reportagens, discussões, processos e recurso do Ministério da Saúde. Concluiu que o mesmo cenário é previsto para a actinomicina, uma vez que nessa mesma centralização de compra, pelo Ministério da Saúde, quem ganhou a concorrência internacional foi uma empresa indiana e o distribuidor da actinomicina é o mesmo da L-asparaginase, ou seja, China e Índia. Acrescentou que, por decisão do Ministério da Saúde, a questão da actinomicina já está contemplada, e que, inclusive, o INCA já está conduzindo o estudo das análises técnicas do fármaco dessa actinomicina indiana para avaliar a qualidade. A Dra. Ana Cristina solicitou à Dra. Maria Inez, que fizesse as últimas atualizações sobre esses medicamentos. A Dra. Maria Inez informou que, com relação à bleomicina, o Ministério da Saúde não irá centralizar a compra, mas ressaltou que isso tem caráter temporário. Relatou que o Ministério da Saúde fez um levantamento com pessoas que estudam muito a doença de Hodgkin, e verificou que existe alternativa terapêutica, mas entregou este estudo ao serviço de hematologia do INCA, para que forneça subsídios ao Ministério da Saúde para um comunicado. Informou também que o Brasil é avançadíssimo no estudo da L-asparaginase, citando os Centros de Alto Nível no Paraná, no Rio Grande do Sul, na UFRJ, no Rio de Janeiro, na USP, em São Paulo, que dominam toda a tecnologia, até a produção, mas não têm a capacidade da escala, e como são Centros Acadêmicos, simplesmente se bastam na produção do “paper”. Relatou que tiveram uma reunião dessas empresas produtoras de medicação no Brasil, e estão para lançar o edital para a produção nacional de L-asparaginase. Informou que, em dois anos, se não houver empecilho político, eles garantem que fornecerão L-asparaginase para o Brasil, isto em relação à produção,

porque toda a técnica já está posta. Acrescentou que o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ (IPPMG), testou muito a leuginase e informou que tem um *paper* demonstrando a comparação da leuginase com a L-asparaginase, sendo constatado que não há diferença; então o Ministério da Saúde solicitou que eles publiquem esse *paper*, para prestar um serviço ao país, ajudando na defesa. Relatou que haveria um pregão internacional de compra da L-asparaginase, porque o Ministério da Saúde decidiu fazer mais uma compra, porém foi impugnado e há muita dificuldade no processo. Continuando, Dra. Maria Inez explicou que a ordem do Ministro da Saúde é que, tudo que o Ministério da Saúde comprou e distribuiu de dactinomicina e L-asparaginase, seja retirado dos procedimentos, e seja cobrado o retorno, pois o Ministério da Saúde acaba pagando duas vezes. Resumiu que a Roche pautou à CONITEC, trastuzumabe para câncer de mama inicial e metastático, e o processo foi devolvido à Roche por inconformidade processual, pois não estava de acordo com o que a CONITEC exige, contudo, a SAS considerou melhor pautar, porém dividiu entre metastático avançado, recidivado metastático e inicial 1 e 2. O Dr. José Eluf expôs que os medicamentos que estão ficando muito baratos, estão em desabastecimento, e isto irá acontecer com os medicamentos que hoje são caros, mas que, com o tempo, irão diminuir de preço. Questionou se não há a possibilidade de, na hora da liberação dos medicamentos, exigir que os fabricantes garantam o abastecimento desses medicamentos pelo período previamente estipulado. A Dra. Maria Inez sugeriu que o CONSINCA faça um documento muito consistente para a Anvisa, pois atualmente, a Anvisa tem como exigência, apenas que a empresa que for suspender a produção e o abastecimento, avise com pelo menos 1 ano de antecedência. A Dra. Ana Cristina acrescentou que, especialmente no Sistema Público, é necessário tornar as instituições mais eficientes, pois tem se trabalhado em um paradigma de gestão, em que, basicamente, solicitam mais orçamento e mais recursos humanos, em sua visão, sem antes otimizar o uso desses recursos, fazendo com que os medicamentos se tornem cada vez mais caros, devido a grande procura. Concluiu que a prescrição de tratamento sem uma análise de custo-efetividade prejudica o orçamento, e as Sociedades precisam fazer uma análise responsável sobre essa problemática. A Dra. Liz Almeida comunicou que a Fiocruz, o INCA e a Marinha, estão se reunindo para discutir a produção nacional de medicamentos, principalmente na área oncológica. Ressaltou que é uma tarefa de médio

a longo prazo, pois a princípio, entraram na lista, apenas os medicamentos que quebraram patente, estão com preço muito baixo ou não há mais interesse, os medicamentos que estão para quebrar patente muito em breve e os medicamentos de alto custo. Informou que, também, há outra lista de medicamentos que não são oncológicos, mas que participam da cadeia de tratamento. Relatou que já se reuniram para discutirem sobre cada medicamento, que atualmente existe uma restrição à produção nacional de medicamentos injetáveis e maior facilidade para medicamentos orais. Contou que a fábrica fica localizada na Marinha, mas a Fiocruz também tem esse parque industrial montado. Sugeriu apresentar a lista inicial dos medicamentos elencados em uma reunião do CONSINCA, para que possa ser discutida e melhor complementada, e Dra. Ana Cristina aceitou a sugestão. Em seguida, a Dra. Ana Cristina anunciou a pauta: **(4) Divulgação e Apoio ao Fórum de Formação em Cirurgia Oncológica e elaboração de uma comissão para elaboração do Programa do evento**, ressaltando a importância da formação do cirurgião oncológico e colocando o INCA à disposição da SBCO, para apoiar o Fórum de Formação em Cirurgia Oncológica. O Dr. Claudio Quadros reforçou a importância da atuação do cirurgião oncológico no SUS, e a necessidade de se discutir a capacitação desses profissionais. Relatou que tem aumentado o número de instituições que possuem Programa de Residência em Cirurgia Oncológica e, atualmente, a cirurgia oncológica se tornou especialidade, cabendo à SBCO definir quem é este especialista. Convidou as Instituições e Sociedades que fazem parte do CONSINCA, para ajudar a SBCO a organizar e patrocinar este Fórum. Destacou o apoio que está recebendo do INCA e da Comissão Nacional de Residência Médica. Relatou que já existem alguns documentos que definem um pouco do perfil do cirurgião oncológico, mas há a necessidade de atualização frente às novas tecnologias, para que possamos saber de forma mais objetiva, quais competências um cirurgião oncológico precisa ter em sua formação. Explicou que, após definir o perfil e habilidades que um cirurgião precisa ter, o segundo passo é estabelecer requisitos mínimos de infraestrutura e recursos humanos, para que uma instituição possa ter um Programa de Residência em Cirurgia Oncológica. Concluiu que, com isso, poderão adequar o número de vagas, a distribuição dessas vagas de acordo com a geografia brasileira, e também, adequar os profissionais que estão sendo formado, às demandas. Destacou a importância de esses critérios estarem

instituídos em um documento, para que possam cobrar dos Programas de Residência Médica que isso seja, de fato, efetivado. Relatou que já conversaram com a Comissão Nacional de Residência Médica, que declarou que, uma vez que esses pré-requisitos estejam definidos, eles irão, junto à SBCO, passar a avaliar todos os Programas de Residência Médica que existem, para conceder um selo de qualidade aos programas que estiverem de acordo com tudo o que foi definido no Fórum, e dar um período para os demais se adequarem. Conclui que a SBCO entende que tem a responsabilidade, perante a população brasileira, com a qualidade desses especialistas, e dos centros que estão formando esses especialistas. O Dr. Odilon Souza Filho lembrou que, na década de 90, em um Fórum realizado no INCA, foi elaborado um documento com bastante conteúdo, que registrava o trabalho que foi feito com hospitais que realizavam cirurgias oncológicas naquela época. Sugeriu que a SBCO utilize este documento. O Dr. Claudio informou que o atual Programa de Residência em Cirurgia Oncológica é baseado no documento citado pelo Dr. Odilon e esclareceu que a SBCO pretende atualizá-lo, referente às novas tecnologias, e complementá-lo, definindo as necessidades mínimas que os Centros de Formação precisam ter. A Dra. Maria Inez lembrou que, há alguns anos, foi discutido que havia hospitais universitários que possuíam residência, mas não possuíam condições de dar uma formação completa, citando, como exemplo, a Universidade Federal do Amazonas, que queria fazer um termo de cooperação com o INCA. Sugeriu que esta possibilidade seja novamente discutida. Todos os presentes contribuíram com informações para definir o perfil de competências e habilidades dos participantes e o Dr. Claudio disse que será elaborado um documento sobre isso. A Dra. Ana Cristina parabenizou a SBCO, mais uma vez, pela iniciativa, e disse que dentro das possibilidades o INCA poderá cooperar para o sucesso do evento. Dando sequência, a Dra. Ana Cristina iniciou a última pauta da reunião: **(5) Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata no INCA – Franz Campos**. A Dra. Ana Cristina relatou que foi inaugurado o Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata no INCA, localizado na Unidade II, a partir da constatação que foi feita com o Sistema Estadual de Regulação, da inexistência de pacientes candidatos a prostatectomia radical. Explicou que a curva de paciente avançados está crescendo exponencialmente e a principal razão para isso é a falta de diagnóstico, uma vez que, para o sistema de regulação, é preciso que tenha o histopatológico e isso é obrigação do Gestor Pleno do SUS, mas a perspectiva do

Município vir a fazer isso, no médio prazo, é absolutamente nenhuma. Acrescentou que o objetivo não é só realizar biopsia de próstata, na verdade a ambição é maior, inclusive iniciar um programa de vigilância ativa no exame de próstata que já foi implementado em várias partes do mundo, mas no Brasil ainda não. Continuando, a Dra. Ana Cristina passou a palavra ao Dr. Franz, chefe de serviço de urologia, que fez uma apresentação sucinta sobre o Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata do INCA. O Dr. Franz relatou que este processo começou a partir de outubro/2017. Explicou que ainda não temos um hospital de próstata como temos um de mama, porém num futuro próximo teremos que pensar em um, tendo em vista que em 25% dos homens, o tumor é de próstata e dentro do INCA, este tipo de câncer tem crescido muito. Ressaltou que apesar de todas as terapias que são implantadas em técnicas cirúrgicas, o número de pacientes que morrem de câncer de próstata é muito grande, pois estes pacientes já chegam ao INCA metastáticos. Contou que a partir desta constatação, passaram a observar que a grande dificuldade do paciente é conseguir o diagnóstico para iniciar o tratamento. Assim, ele iniciou sua apresentação.



Apresentação anexa

A Dra. Maria Inez alertou quanto à importância de que o faça a comunicação deste projeto de forma bem explicitada, pois há um risco na interpretação e poderão chegar projetos no MS dizendo que o INCA faz rastreamento. Ressaltou a necessidade de se esclarecer que a intenção é cobrir um vácuo na cidade do Rio de Janeiro, assumindo algo que não é da competência desse sistema de saúde e que não é rastreamento, pois sabemos que rastreamento não muda nem o número de casos avançados, nem a mortalidade por câncer de próstata. Encerramento: A Dra. Ana Cristina encerrou a reunião a agradecendo a presença e convidando a todos para um almoço na Direção Geral. *Eu, Debora Cristina Malafaia Fernandes, secretariei, redigi e encerro esta ata. Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2017.*

CONSINCA 13/12/2017

Apresentação pauta: (1) Apresentação e Relatório das reuniões do GT de Cirurgia Oncológica

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA- INCA
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA - COAS

GT CIRURGIA ONCOLÓGICA

REVISÃO DOS PROCEDIMENTOS NA TABELA DO SUS

Rio de Janeiro
13/12/2017





GT CIRURGIA ONCOLÓGICA



Membros do GT

- Dr. Alexandre Ferreira – SBCO
- Dr. André Bouzas – CICAN/SESAB
- Dr. Eduardo Linhares Riello – INCA
- Dr. Élio Barreto – SBCO
- Emília Tomassini – CGSI/DRAC/SAS
- Dr. Humberto Luciano do Rosário Souza – ABIFCC
- Dra. Maria Inez Pordeus Gadelha – SAS/MS
- Enfa. Marise Cesar Gomes - ARNT/COAS/INCA
- Dr. Odilon de Souza – SBC
- Dr. Pedro José Gasperin – SMS Caxias do Sul.
- Enfa. Renata Erthal Knust – ARNT/COAS/INCA
- Dr. Robson Freitas de Moura – SBC
- Tereza Filomena Lourenço Faillace – CGSI/DRAC/SAS

PORTARIA INCA Nº 279, DE 25 DE JULHO DE 2017.

A DIRETORA-GERAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde no uso de suas atribuições, resolve:

Considerando que compete ao INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer;

Considerando que o Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA) instituído pela Portaria INCA nº 117 de 10/11/1992, publicada no BS nº 46, de 20 de novembro de 1992, tem como finalidade assessorar o Diretor Geral do INCA nas propostas de elaboração, regulamentação e supervisão da política nacional para a prevenção e controle do câncer.

Art. 1º Reformular o Grupo de Trabalho com a finalidade de apresentar para o Ministério da Saúde proposta de revisão da Tabela SUS relativa a procedimentos de Cirurgia Oncológica, passando a ser composto pelos seguintes representantes:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA (SBC)

Odilon de Souza Filho

Robson Freitas de Moura

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (CICAN/SESAB)

André Bouzas

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Eduardo Linhares Riello de Mello – HC I/COAS

Marise Cesar Gomes – ARNT/COAS

Renata Erthal Knust – ARNT/COAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA (SBCO)

Alexandre Ferreira

Elio José Silveira da Silva Barreto

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE COMBATE AO CÂNCER (ABIFICC)

Humberto Luciano R. Souza

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/MS

Maria Inez Gadelha

Emília Tomassini – CGSI/DRAC

Tereza Filomena Lourenço Faillace – CGSI/DRAC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL

Pedro José Gasperin

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria nº 636 de 19 de junho de 2017, publicada no BSE nº 27, de 03/07/2017, p.31.



ANA CRISTINA PINHO MENDES PEREIRA

/amf



sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp



WWW.DATASUS.gov.br

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

- Procedimento
- Compatibilidades
- Tabelas
- Relatórios

Usuário: publico

Consultar Procedimentos

Pesquisar Procedimento por

Grupo:	<input type="text"/>
Sub-Grupo:	<input type="text"/>
Forma de Organização:	<input type="text"/>
Código:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Origem:	<input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> 01 - Ações de promoção e prevenção em saúde 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica 03 - Procedimentos clínicos 04 - Procedimentos cirúrgicos 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células 06 - Medicamentos 07 - Órteses, próteses e materiais especiais 08 - Ações complementares da atenção à saúde
Código:	<input type="text"/>
Documento de Publicação:	<input type="text"/>
Documento:	<input type="text"/>
Ano:	<input type="text"/>
Orgão:	<input type="text"/>
Competência:	12/2017






Usuário: publico

- Procedimento
- Compatibilidades
- Tabelas
- Relatórios

Consultar Procedimentos

Pesquisar Procedimento por

Grupo:	04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo:	
Forma de Organização:	
Código:	
Nome:	01 - Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa 02 - Cirurgia de glândulas endócrinas 03 - Cirurgia do sistema nervoso central e periférico 04 - Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço 05 - Cirurgia do aparelho da visão 06 - Cirurgia do aparelho circulatório 07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular 09 - Cirurgia do aparelho geniturinário 10 - Cirurgia de mama 11 - Cirurgia obstétrica 12 - Cirurgia torácica 13 - Cirurgia reparadora 14 - Bucomaxilofacial 15 - Outras cirurgias 16 - Cirurgia em oncologia 17 - Anestesiologia 18 - Cirurgia em nefrologia
Origem:	
Código:	
Documento de Publicação:	
Documento:	
Ano:	
Competência:	12/2017



Usuário: publico

Procedimento

Compatibilidades

Tabelas

Relatórios

Consultar Procedimentos

Pesquisar Procedimento por

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de Organização:

Código:

Nome:

Origem

Código:

Documento de Publicação

Documento:

Ano:

Competência

Competência:



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
08 - Pele e cirurgia plástica
09 - Ossos e partes moles
10 - Neurocirurgia
11 - Cirurgia torácica
12 - Mastologia
13 - Otorrinolaringologia

COMPOSIÇÃO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (*)

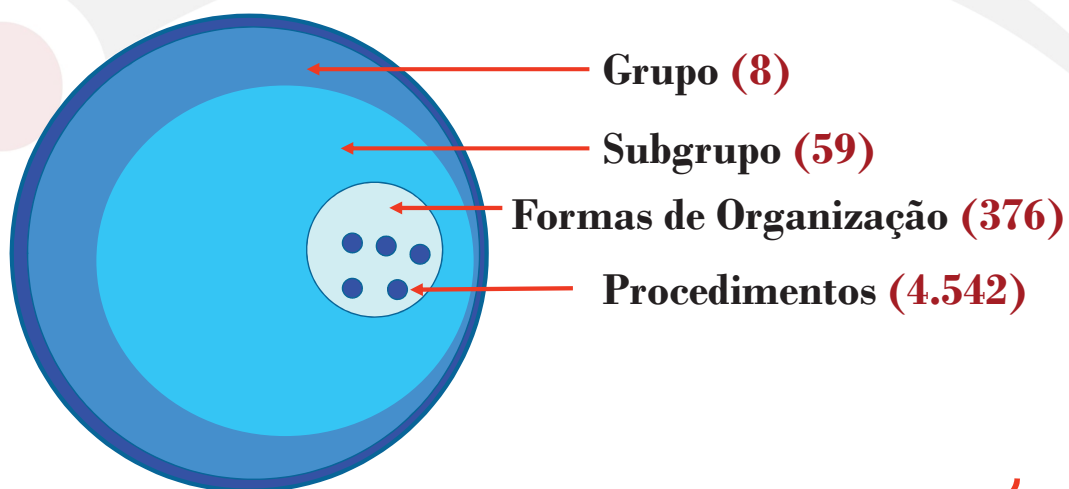


Tabela Unificada de Procedimentos

**GRUPO 4 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
SUB GRUPO 16 - CIRURGIA EM ONCOLOGIA**

04.16.01.xxx-x – Urologia

04.16.02.xxx-x – Sistema linfático

04.16.03.xxx-x – Cabeça e Pescoço (*)

04.16.04.xxx-x – Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais

04.16.05.xxx-x – Colo-proctologia

04.16.06.xxx-x – Ginecologia

(*) Para esta FO migraram os procedimentos indevidamente incluídos na FO 04.16.13.xxx-x – Otorrinolaringologia, que foi excluída (**Portaria GM/MS 2.947/2012, republicada em 11/07/2013**).

04.16.07.xxx-x – Oftal~~x~~ologia ⁽¹⁾

04.16.08.xxx-x – Pele e Cirurgia Plástica

04.16.09.xxx-x – Ossos e partes moles

04.16.10.xxx-x – Neuro~~x~~irurgia ⁽²⁾

04.16.11.xxx-x – Cirurgia Torácica

04.16.12.xxx-x – Mastologia

(1) FO unificada com as da Oftalmologia (04.05.xx.xxx-x) em seus diversos procedimentos compatíveis com a habilitação em Oncologia. **Portaria SAS 288, de 19/05/2008.**

(2) Unificada com a Neurocirurgia (04.03.xx.xxx-x) em seus diversos procedimentos compatíveis com a Oncologia. **Portaria SAS 723, de 28/12/2007, republicada em 18/03/2008** (procedimentos comuns Neuro-Orto-Onco e com sequenciais).



ENCONTRO 1 - 06/07/2017

- PORTARIA Nº 2.947, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2012.
- Estruturado o plano de trabalho
- Discutida a agenda de reuniões

ENCONTRO 2 - 17/08/2017

- Urologia
- Cabeça e Pescoço
- Mastologia

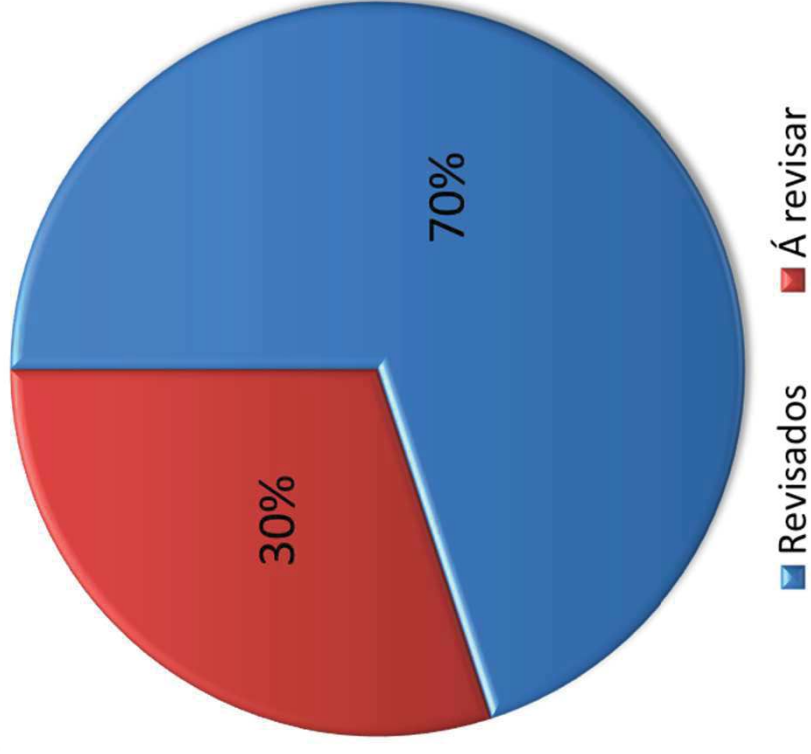
ENCONTRO 3 - 28/09/2017

- Esôfago-Gastro duodenal e outros órgãos intra-abdominais.

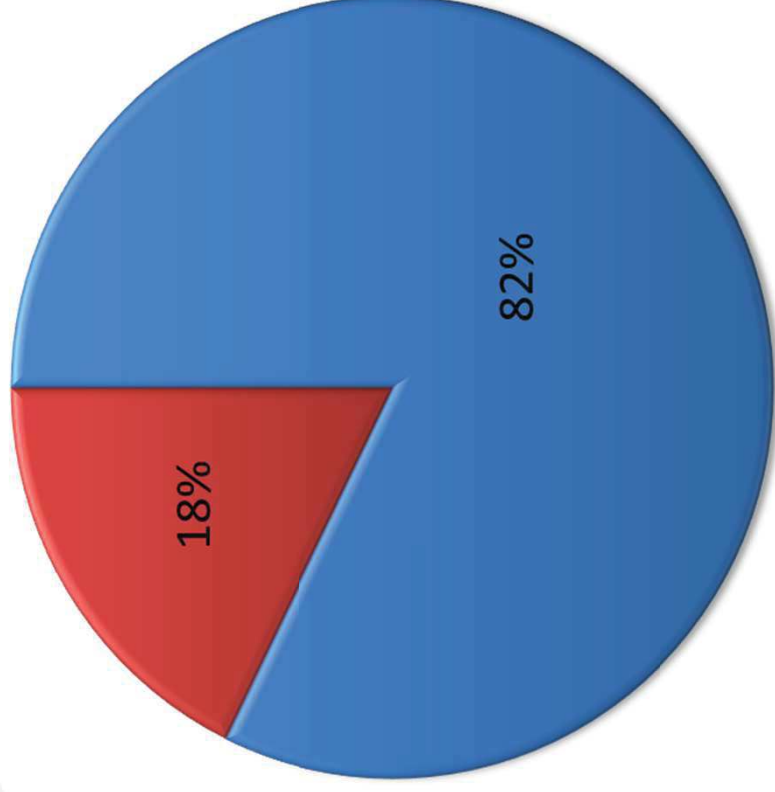
ENCONTRO 4 - 23/11/2017

- Sistema Linfático
- Colo-Proctologia
- Ginecologia

Formas de Organização



Procedimientos



■ Revisados ■ Á revisar



Principais Propostas

- Procedimentos que admitem abordagem por videoscopia.
- Revisão das compatibilidades entre os procedimentos (sequenciais).
- Revisão das OPME.
- No caso das linfadenectomias, será considerado o número de linfonodos mínimos descritos no TNM – 8ª edição.

Propostas

Procedimento: 0416030270 - TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA

Descrição: Ressecção total da tireoide (lobos e istmo) por tumor maligno com ou sem ressecção de paratireoide(s), com ou sem realização do reimplante de paratireoide. A peça cirúrgica pode ser livre de neoplasia maligna desde que haja laudo histopatológico positivo em biópsia prévia ou citopatológico compatível com tumor folicular. Admite como procedimento sequencial um dos tipos de linfadenectomia cervical unilateral (os procedimentos são excludentes entre si).

CBO: 225290, 225215, 225225, 225230, 225275 incluir CBO cirurgia de tórax

CID: C73 incluir D44.0

Procedimento: 0416030254 - LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA

Descrição: Ressecção parcial de laringe por tumor maligno com ou sem traqueostomia, com finalidade terapêutica . A peça cirúrgica pode ser livre de neoplasia maligna, desde que haja laudo histopatológico positivo em biópsia prévia. Admite como procedimento um dos tipos de sequencial linfadenectomia cervical unilateral (os procedimentos são excludentes entre si quando unilateral). Não corresponde a biópsia excisional, biópsia incisional nem cordectomia.

Propostas

Procedimento: 0416040209 - BIOPSIAS MULTIPLAS INTRA-ABDOMINAIS EM ONCOLOGIA **Alterar nome do procedimento para: LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM RESSECÇÃO COMPLETA OU INCOMPLETA DO TUMOR EM ONCOLOGIA**

Procedimento com a finalidade de estabelecer a extensão de neoplasia maligna operável e ressecável, com vista ao tratamento cirúrgico de lesões intra-abdominais invasivas ou mal definidas (lesões contíguas que acometem um mesmo órgão ou órgãos contíguos ou lesões múltiplas em um mesmo órgão ou em diferentes órgãos/estruturas). Não se aplica a biopsia(s) de neoplasia maligna inoperável ou irressecável. Excludente com a laparotomia para avaliação de tumor de ovário. Inclui intervenção(ões) cirúrgica(s) terapêutica(s).

Procedimento: 0416040110 - PANCREATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA

Descrição: Ressecção parcial de pâncreas (corpo e/ou cauda) por tumor maligno com ou sem ressecção parcial de estômago ou intestino. Admite procedimento(s) sequencial(ais). Quando associado às ressecções de tubo digestivo, é compatível com 2 cargas de grampeador linear cortante. A peça operatória pode não conter neoplasia maligna. **Na ausência de confirmação histopatológica, considerar o diagnóstico clínico, exames complementares e achados operatórios compatíveis com neoplasia maligna.**

Procedimento: 0416060110 - HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA

Descrição: Ressecção do útero com ou sem anexectomia unilateral ou bilateral por tumor maligno do colo, tuba ou corpo uterino ou carcinoma in situ do colo uterino. Admite procedimento(s) sequencial(is), exceto em caso de carcinoma in situ do colo uterino. Admite-se linfadenectomia retroperitoneal somente em caso de neoplasia maligna de endométrio.



CONITEC

- Cirurgia Videolaparoscópica
- Faringolaringectomia
- Mastectomia profilática
- Ooforectomia profilática

CONITEC Comissão Nacional de
Incorporação de
Tecnologias no SUS



Próximos Passos

- Próximo encontro: **22/02/2018**
- Procedimentos a serem revisados:
 - Pele e Cirurgia Plástica
 - Osso e partes moles
 - Cirurgia Torácica



Importante!

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER**

Reestruturação da Radioterapia na Tabela de Procedimentos do SUS

**Maria Inez Pordeus Gadelha
Rio de Janeiro – RJ
13 de dezembro de 2017**

Justificativa para a Reestruturação

- Reforma no ressarcimento em radioterapia – discussão em diversos países
 - Incremento de tecnologia
 - Custos de instalação e manutenção
 - Ampliação do uso da radioterapia
- Preocupação da gestão pública
 - Elevação relevante dos custos
 - 2003 – 2009 -> RT excede a meta crescimento sustentável em 300% nos EUA
 - 2010 – 2011 -> 4º maior aumento custos no “Medicare codes” às custas da IMRT
- Fragmentação do registro
 - Pressão por serviços para compensação
 - Limitação do uso de fracionamentos alternativos e da escolha da técnica de tratamento
 - Limitação da capacidade clínica na escolha de esquemas de fracionamento mais longos
 - Incentivo ao aumento de faturamento de forma distorcida

Falit BP et al. The Radiation Oncology Job Market: The Economics and Policy of Workforce Regulation, IJRO (2016).

Justificativa para a Reestruturação

- Capacidade *versus* Oferta
- Oferta → Plano de expansão / Projeto Expande / Convênios
- Capacidade
 - Rotina (workflow)
 - Boas práticas clínicas
 - Número e distribuição profissionais
 - **Modelo de ressarcimento**
 - Tempo efetivo de funcionamento do AL (Brasil)



”QUALQUER PROJEÇÃO PARA OTIMIZAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS OU CAPACIDADE CLÍNICA DEVE LEVAR EM CONSIDERAÇÃO A FORMA DE RESSARCIMENTO”

Medicare access and CHIP Reauthorization Act of 2015. 42 USC 1305, Pub. L. 114- 10, 129 Stat. 87 (2015).

Justificativa para a Reestruturação

- Produção registrada inferior a esperada (habilitação).
- Ampliação do acesso aos serviços de radioterapia.
- Aumento da capacidade instalada – técnicas de hipofracionamento.
- Liberdade na escolha da técnica adequada.
- Redução do trabalho administrativo gerado pelo registro de diferentes procedimentos e suas compatibilidades.
- Melhor geração de dados e da qualidade da informação.
- Exclusão de doenças e condições não mais tratadas com radioterapia e ampliação das indicações de radioterapia.

Falit BP, et al. Design and implementation of bundled payment systems for cancer care and radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2014.

Alterações Propostas

- Criação de novos códigos por procedimento
 - Organização dos procedimentos por sítio anatômico / CID
- Agrupamento de códigos da CID de acordo com complexidade e região anatômica
 - LARINGE / HIPOFARINGE / SEIOS FACE / GLÂNDULA SALIVAR / OROFARINGE / CAVIDADE ORAL / NASOFARINGE → Radioterapia em cabeça e pescoço
 - COM DRENAGEM / SEM DRENAGEM
- Porte tecnológico - EQUIPAMENTO / TÉCNICA / FINALIDADE

Alterações Propostas

- Valoração por procedimento global
 - Ressarcimento de valor único por localização ou situação tumoral que contempla todos os procedimentos radioterápicos envolvidos (principais e secundários)
 - Algumas situações clínicas requerem especificações complementares (estadiamento / drenagem / neuroeixo / finalidade)
- Critérios de organização
 - Proporção de tratamentos realizados nos anos anteriores (por código da CID / técnica)
 - Variabilidade da complexidade de tratamento de acordo com o código da CID

Falit BP, et al. Design and implementation of bundled payment systems for cancer care and radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2014.

Alterações Propostas

- Levantamento dos tratamentos realizados no Brasil / Unificação por sítio anatômico ou situação clínica

SÍTIO	% DE TODOS PLANS 2014/15/16
MAMA	26%
PRÓSTATA	19%
TGI	11%
GINECOLÓGICO	10%
CP	8%
PULMÃO	5%
PELE	3%
ENCÉFALO	2%
HEMATO	2%
METÁSTASES	2%
PARTES MOLES	1%

Alterações Propostas

- Doenças malignas
- 60 sítios -> 29 grupos

DOENÇAS MALIGNAS – PROPOSTA ATUAL

- CP / seio da face / PPVV / glandula salivar / ouvido / cavidade nasal COM DREANGEM
- CP / seio da face / PPVV / glandula salivar / ouvido / cavidade nasal SEM DREANGEM
- Canal anal / Vulva / Pênis
- Bexiga / Ureter
- Colo Uterino / Corpo Uterino
- Linfoma de Hodgkin / não Hodgkin (localização)
- Esôfago / Estômago / Pâncreas / Fígado / Vias Biliares
- Cólon / Intestino Delgado
- Leucemia (localização)
- Mama COM DRENAGEM
- Mama SEM DRENAGEM

- Metástase Cerebral (inclui lesão retro ocular, profilaxia de Leucemia em SNC e metástase cerebral de carcinoma indiferenciado de pequenas células de pulmão)
- Metástase Ósseas/ Mieloma Múltiplo (por localização - máximo 3)
- Metástase em outraslocalização (exceto em SNC e osso)
- Metástase em cadeia de drenagem linfática
- Plasmocitoma
- Órbita (tumor primário)
- Ovário + Tuba Uerina
- Próstata
- Pele não melanoma

- Tumor de Partes Moles / Sarcomas/ Tumor Ósseos / Tumor de Cartilagem / Mesotelioma Peritoneal e de outra localização que não pleural
- Pulmão / Traqueia / Mediastino / Mesotelioma Pleural
- Retossigmoide
- Rim / Suprarrenal / Neuroblastoma
- SNC primário COM NEUROEIXO
- SNC primário SEM NEUROEIXO
- Testículo (drenagem / primário)
- Vagina / Uretra
- Melanoma (drenagem / primário)

Alterações Propostas

- Doenças benignas
- 21 sítios -> 10 grupos

DOENÇAS BENIGNAS – PROPOSTA ATUAL

Hemangioma

Nevralgia trigeminal

Doença inflamatória da órbita

Quelóide - Por localização (máximo de 3)

Artrose/Coxartrose/Gonartrose/Sinovite/Bursite/Tendinite/Ossificação heterotópica/Cisto ósseo aneurismático

Ginecomastia

Meningioma / Schwannoma

Lesão de conduto auditivo / Lesão de craniofaringeo / Glândula pineal / Glândula hipófise

Lesão do corpo carotídeo / aórtico

Lesão benigna de glândula salivar

Alterações Propostas

- Procedimentos específicos
- 15 indicações -> 13 grupos

PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS – PROPOSTA TUAL

Radioterapia em corpo inteiro não mieloablativo

Radioterapia em corpo inteiro mieloablativo

Radiocirurgia

Radioterapia estereotáxica fracionada

Irradiação total de pele

Braquiterapia ginecológica - colo uterino / vagina / corpo uterino / vulva - (por inserção / até 4) - (utilizado como *boost*)

Braquiterapia de próstata

Braquiterapia oftálmica

Braquiterapia de pele

Braquiterapia intersticial de mama / partes moles (em pediatria utilizado como *boost*) - (mesmo valor da RT externa)

Braquiterapia de cabeça e pescoço (CP utilizado como *boost*)/ esôfago / pulmão - (mesmo valor da RT externa)

Internação para braquiterapia - AIH

Internação para radioterapia externa - AIH

REESTRUTURAÇÃO DO SCNES

PORTE TECNOLÓGICO NÍVEL 1

Tomógrafo simulador: não

Sistema de planejamento: não ou 2D

PORTE TECNOLÓGICO NÍVEL 2

Tomógrafo simulador: sim

Sistema de planejamento: sim / 3D PORTE TECNOLÓGICO NÍVEL 3

PORTE TECNOLÓGICO NÍVEL 3

Tomógrafo simulador: sim

Sistema de planejamento: sim / 3D / IMRT

Sistema de gerenciamento: sim

Radiocirurgia / Radioterapia estereotáxica fracionada: sim

Outros (IGRT e a vir)

~~PORTE TECNOLÓGICO NÍVEL 4~~

~~Tomógrafo simulador: sim~~

~~Sistema de planejamento: sim / 3D / IMRT~~

~~Sistema de gerenciamento: sim~~

~~Radiocirurgia / Radioterapia estereotáxica fracionada: sim~~

~~IGRT: sim~~

Expectativas

- Aumento capacidade de cada equipamento independente do aumento da oferta
 - Benefício para as partes envolvidas / pacientes
 - Melhor acesso aos serviços de radioterapia
- Estímulo à qualificação técnica dos serviço de radioterapia de acordo com porte tecnológico.
- Adoção de técnicas de hipofracionamento com diminuição no tempo de tratamento.

GT-RT do CONSINCA

Criação do GT-Radioterapia do Consinca – Portaria nº 953/DG/INCA, de 08/11/2016.

- 1- Maria Inez Pordeus Gadelha – DAET/SAS/MS
- 2- Eronides Salustiano Batalha Filho - DAET/SAS/MS
- 3- Tereza Filomena Lourenço Faillace - DRAC/SAS/MS
- 4- Maria Adelaide de Sousa Wemeck -- ARNT/COAS/INCA
- 5- Renata Erthal Knust -- ARNT/COAS/INCA
- 6- Guilherme José Rodrigues Pereira – Radioterapeuta/INCA
- 7- Humberto Luciano do Rosário Souza - ABIFCC
- 8- Eduardo Weltman - SBRT
- 9- Robson Freitas de Moura - SBC
- 10- Alexandre Ferreira - SBC

- 11- Arthur Aciolli Rosa - SBRT
- 12- Emília Tomassini – DRAC/SAS/MS
- 13- Renato José Affonso Jr. - SBRT

Processo de Trabalho

- 11/11/2016 – **Primeira reunião:** Consenso sobre conceitos gerais para a revisão e a formatação da redistribuição dos procedimentos com base nas situações tumorais.
- 08/12/2016 – **Segunda reunião:** Formatação dos novos procedimentos; avaliação da ficha cadastral do SCNES e migração dos procedimentos de AIH para APAC (exclusão ou modificação).
- 16/02/2017 – **Terceira reunião:** Revisão dos procedimentos específicos, dos novos nomes e descrições dos procedimentos e das suas compatibilidades com o porte tecnológico.
- 19/01/2017 – **Reunião da SBRT com o Secretário da SAS:** Apresentação sobre “Avaliação de Custo em Radioterapia” elaborado pela Fundação Dom Cabral. **Decisão:** Avaliação pelo DESID/SE/MS.
- 23/02/2017 – **Reunião da SBRT com o DESID e o Secretário da SAS:** Fazer o mesmo trabalho feito para a TRS (revisão dos custos apresentados e aplicação dos parâmetros governamentais).
- **Março a novembro/2017** – Trabalho interno dos DAET e DRAC para a inclusão da ficha e dos novos procedimentos no SCNES, SIA-SUS e SIH-SUS, em termos técnicos e operacionais. (EM CONTINUAÇÃO.)
- **Outubro a novembro/2017** – Trabalho interno DAET e Gab.SAS para a **elaboração da minuta de nova Portaria**, considerando as regras vigentes para a Radioterapia (que deverão ser revogadas) e as regras para o novo modelo (registro - autorização – processamento – faturamento - monitoramento controle – avaliação). (EM CONTINUAÇÃO.)

Em 05/12/2017, **Reunião da SBRT com o Secretário da SAS:** Minuta de Portaria pela SAS e elaboração de Normas Técnicas pela SBRT (subsídios para o Manual de Bases Técnicas – Oncologia /SIA-SUS), que deverá ter a versão adequada ao novo modelo de registro e faturamento dos procedimentos de Radioterapia.

Minuta de Portaria

- **Art. 1º** Ficam excluídos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS os seguintes procedimentos principais e secundários a seguir relacionados.

São relacionados todos os procedimentos principais e secundários atuais em APAC/SIA-SUS e os de braquiterapia na AIH/SIH-SUS, **exceto** os

- 03.04.01.017-0 – Narcose de criança (por procedimento),
- 03.04.01.034-0 Narcose para braquiterapia de alta taxa de dose (por procedimento) e
- 03.04.01.000-0 - Internação para radioterapia externa.

Minuta de Portaria

- **Art. 2º** Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos relacionados no **Anexo I** desta Portaria.

§ 1º Os procedimentos constantes no Anexo I estarão disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Atenção à Saúde (www.saude.gov.br/sas) e no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS – SIGTAP (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>).

§ 2º Todos os procedimentos relacionados no Anexo I são principais.

- **Art. 3º** Cada procedimento será registrado de acordo com a localização do tumor, sendo autorizado apenas um procedimento para cada sítio tumoral, salvo as condições discriminadas por esta Portaria.

§ 1º A Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) para radioterapia será única, com validade máxima de 3 (três) meses.

§ 2º Para cada procedimento deverá ser liberada somente uma APAC.

§ 3º Procedimentos realizados em um mesmo momento em diferentes sítios anatômicos de um mesmo paciente são considerados **simultâneos** e deverão ser registrados em APAC distintas, no máximo de duas, desde que respeitada a compatibilidade estabelecida entre eles.

Minuta de Portaria

§ 4º Dois procedimentos realizados de forma sequencial em diferentes momentos em um mesmo ou em diferentes sítios anatômicos de um mesmo paciente são considerados **concomitantes** e deverão ser registrados em APAC distintas, no máximo de duas, desde que respeitada a compatibilidade entre eles.

§ 5º As compatibilidades entre procedimentos encontram-se no **Anexo II** desta Portaria.

§ 6º Em caso de óbito do paciente no transcurso do tratamento, o procedimento registrado será ressarcido em um quarto (1/4) de seu valor estipulado por esta Portaria ou como Porte Tecnológico 1, ou ultrapassar no mínimo a metade do tratamento planejado.

§ 7º Os procedimentos de teleterapia já contemplam a irradiação da cadeia de drenagem linfática, salvo os procedimentos que apresentam especificação para essa irradiação.

§ 8º O procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia de cabeça e pescoço **com** cadeia linfática inclui a irradiação do sítio anatômico descrito no referido procedimento e de cadeias de drenagem linfática regional para o determinado sítio, sendo essas cadeias as retrofaríngeas, parafaríngeas, cervicais e supraclaviculares, ao contrário do procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia de cabeça e pescoço **sem** cadeia linfática, que corresponde à irradiação do sítio anatômico do tumor primário. **Ver o § 7º.**

§ 9º O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de mama com cadeia linfática inclui a irradiação da mama ou plastrão (leito mamário) e irradiação das cadeias de drenagem linfática regionais (axilar, fossa supraclavicular e mamária interna), podendo ser autorizado na quantidade máxima de dois procedimentos, em caso de bilateralidade.

Minuta de Portaria

§ 10 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de mama sem cadeia linfática deve ser autorizado para irradiação da mama total ou parcial sem irradiação de cadeia de drenagem linfática e para radioterapia intraoperatória de mama), podendo ser autorizado na quantidade máxima de dois procedimentos em caso de bilateralidade.

§ 11 O procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia do colo do útero ou do corpo do útero poderá ser autorizado concomitantemente com o procedimento 03.04.01.000-0 – Braquiterapia ginecológica, utilizando-se para tal diferentes APAC para dado procedimento principal. **Ver o § 5º do Art. 2º.**

§ 12 O procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia do colo do útero ou do corpo do útero poderá ser registrado concomitantemente ao procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia de cadeia linfática quando necessário tratamento das cadeias de drenagem linfática da região para-aórtica. **Ver o § 6º do Art. 2º.**

§ 13 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de metástase em sistema nervoso central deve ser autorizado nos casos de metástase cerebral com necessidade de irradiação total do cérebro, de lesão metastática retro-ocular ou de lesão metastática no neuroeixo com finalidade paliativa, podendo ser também autorizada com finalidade profilática em caso de leucemia ou carcinoma de pulmão de células pequenas.

§ 14 A radioterapia **profilática** de sistema nervoso central dispensa biópsia, exame histopatológico ou exame de imagem que mostrem acometimento do sistema nervoso central.

§ 15 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de Leucemia será autorizado por localização e inclui a irradiação de cloroma. **Quantidade máxima?**

Minuta de Portaria

§ 16 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de Linfoma será autorizado para casos de Doença Hodgkin e Linfoma não Hodgkin, por localização anatômica, sendo que lesão em cadeias de drenagem linfática em lados opostos do diafragma constituem diferentes localizações, assim como lesão em extremidades.

Quantidade máxima?

§ 17 No caso de irradiação nodal total para radioterapia de Doença de Hodgkin, a quantidade máxima do procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de Linfoma será dois. **Ver o § 16.**

§ 18 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de metástase óssea ou mieloma múltiplo será autorizado para casos de lesões ósseas metastáticas ou mielomatosas, por localização, na quantidade máxima de três localizações. **Ver o § 19.**

§ 19 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de metástase de outras localizações será autorizado para irradiação de lesões metastáticas que não sejam ósseas ou em sistema nervoso central, podendo ser autorizado o número máximo de três localizações em uma mesma APAC simultaneamente. **Em caso de Plasmocitoma (lesão única de mieloma) a quantidade registrada será três.**

§ 20 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de órbita será autorizado para lesões primárias malignas ou benignas da órbita podendo ser autorizado na quantidade máxima de dois procedimentos em caso de bilateralidade.

§ 21 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de pele será autorizado para lesões neoplásicas primárias malignas da pele tratadas com teleterapia ou braquiterapia, não incluindo irradiação de cadeia linfática, podendo ser autorizado simultaneamente o procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de cadeia linfática, quando esta estiver acometida. **Ver o § 7º.**

Minuta de Portaria

§ 22 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de ossos, cartilagens ou partes moles será autorizado por teleterapia ou braquiterapia, sendo a braquiterapia utilizada para tumor de partes moles, podendo ser autorizado simultaneamente o procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de cadeia linfática, quando esta estiver acometida. **Ver o § 7º.**

§ 23 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de tumor do sistema nervoso central com neuroeixo será autorizado para neoplasias primárias do sistema nervoso central que necessitam da irradiação simultânea do neuroeixo.

§ 24 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de tumor do sistema nervoso central sem neuroeixo será autorizado para neoplasias primárias do sistema nervoso central que não necessitam da irradiação simultânea do neuroeixo.

§ 25 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia em canal anal, vulva ou pênis será autorizado para lesões primárias dessas localizações e inclui a irradiação das cadeias de drenagem linfáticas correspondentes.

§ 26 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de câncer de testículo será autorizado para irradiação da cadeia linfática inguinal, pélvica ou para-aórtica com ou sem irradiação do sítio primário.

§ 27 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de próstata será autorizado para irradiação da próstata e inclui a irradiação de cadeia linfática quando necessária, podendo ser autorizado concomitantemente com o procedimento 03.04.01.000-0 – Braquiterapia de próstata, em caso de reforço de dose para pacientes com tumor localizado e de alto risco.

§ 28 O procedimento 03.04.01.000-0 – Braquiterapia de próstata, quando utilizado como reforço de dose após a radioterapia externa, será ressarcido em metade do seu valor. **Não pode ser.**

§ 29 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de câncer de vagina ou uretra poderá ser autorizado concomitantemente com o procedimento 03.04.01.000-0 – Braquiterapia ginecológica nos casos de câncer de vagina.

Minuta de Portaria

§ 30 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de melanoma será autorizado para irradiação da cadeia de drenagem linfática regional com ou sem irradiação do sítio primário.

§ 31 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia de cadeia de linfática será autorizado para irradiação de cadeia de drenagem linfática isoladamente em caso de progressão ou recidiva linfática regional, não se aplicando a caso de linfoma (Hodgkin e não Hodgkin).

§ 32 O procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia de quelóide será autorizado para irradiação do local operado, por teleterapia (ortovoltagem, eletroterapia ou fototerapia) ou braquiterapia, podendo ser autorizado quantidade máxima de três procedimentos.

§ 33 O procedimento 03.04.01.000-0 - Radioterapia de doença inflamatória de articulação será autorizado na quantidade máxima de dois procedimentos, em caso de bilateralidade.

§ 34 O procedimento 03.04.01.000-0 – Radioterapia estereotáxica de sistema nervoso central será autorizado por lesão em sistema nervoso central e na quantidade máxima de três procedimentos.

§ 35 O procedimento 03.04.01.000-0 – Braquiterapia ginecológica será autorizado para tratamento intersticial ou intracavitário, por tratamento completo, independente do número de inserções.

§ 36 O procedimento 03.04.01.000-0 – Braquiterapia oftálmica será autorizado em caso de câncer de órbita para colocação de placa oftálmica intraocular e inclui a implantação e a retirada da placa **e será registrado em AIH.**

Minuta de Portaria

- Art. 4º Fica alterado o item 1.2 do Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), consoante o **Anexo III**.
- Art. 5º Os serviços de radioterapia serão classificados conforme o seu porte tecnológico, dispondo no mínimo de:
 - Porte Tecnológico I – Sistema de Planejamento 2D (bidimensional), Unidade de Teleterapia Cobalto-60 ou Acelerador Linear com energia de fótons mínima de 4MV;
 - Porte Tecnológico II – Acelerador Linear com energia de fótons mínima de 4MV, Sistema de Planejamento 2D (bidimensional), Sistema de Planejamento 3D (tridimensional conformado) e Sistema de Gerenciamento de Tratamento;
 - Porte Tecnológico III – Acelerador Linear com energia de fótons mínima de 4MV, Sistema de Planejamento 2D (bidimensional), Sistema de Planejamento 3D (tridimensional conformado) e Sistema de Gerenciamento de Tratamento, Sistema de Planejamento e equipamentos que permitam tratamento com Modulação de Intensidade Feixe de Radiação (IMRT), Sistema de Planejamento e equipamentos que permitam tratamento com Radiocirurgia e Radioterapia Estereotáxica Fracionada e outras técnicas existentes ou a existir.

Minuta de Portaria

§ 1º Para serviços de Porte Tecnológico 2 e Porte Tecnológico 3 não é obrigatório que o tomógrafo simulador esteja instalado no serviço de radioterapia correspondente, podendo estar no serviço de radiologia do hospital habilitado ou em outro hospital.

§ 2º Os procedimentos realizados por meio de equipamento de ortovoltagem (Roentgenterapia) são classificados como Porte Tecnológico 1.

§ 3º Os serviços de radioterapia deverão funcionar em cumprimento às especificações dispostas na [Resolução nº 130/CNEN, de 31 de maio de 2012](#), [RDC nº 20/Anvisa, de 2 de fevereiro de 2006](#), [RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002](#) durante a utilização dos equipamentos e fontes radioativas.

Minuta de Portaria

- Art. 5º Os portes tecnológicos passarão a ser a base do atributo Serviço/Classificação dos procedimentos incluídos por esta Portaria.

§ 1º Todos os serviços de radioterapia hoje existentes no SUS deverão, no prazo máximo de 6 (seis) meses a partir da publicação desta Portaria, ser visitados pelos respectivos gestores locais, para sua classificação conforme o Formulário para Classificação do Porte Tecnológico de Serviço de Radioterapia constante do **Anexo IV** desta Portaria.

§ 2º Para adequação imediata aos efeitos operacionais desta Portaria, ficam classificados os hospitais habilitados em oncologia com radioterapia no SUS , conforme o **Anexo V**, classificação esta estabelecida com base no registro de procedimentos radioterápicos nos últimos 12 (doze) meses, **considerando até o mês anterior ao da publicação desta Portaria**.

§ 3º O respectivo gestor local poderá solicitar à Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde Ministério da Saúde (CGAE/DAET/SAS/MS) a reclassificação do Porte Tecnológico, conforme os parâmetros de necessidade dos correspondentes serviços radioterápicos estabelecidos no Art. 6º desta Portaria e a verificação da disponibilidade dos equipamentos necessários para a sua execução.

§ 4º Os serviços de radioterapia isolados ainda autorizados para atendimento no SUS e que não integram complexo hospitalar poderão ser classificados conforme a sua produção, no máximo como Porte Tecnológico II, sem braquiterapia de alta taxa de dose.

Minuta de Portaria

- Art. 6º Para classificação dos serviços de radioterapia em Porte Tecnológico 3, deverá ser observada no respectivo Estado, a frequência relativa de radioterapia em tumores de próstata, cabeça e pescoço e do sistema nervoso central igual ou superior a 30%, não impedindo que os serviços classificados nos demais portes não possam tratar casos de tais tumores.

Parágrafo único. Os hospitais com serviços de radioterapia de porte tecnológico 3 integrarão obrigatoriamente a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

Minuta de Portaria

- Art. 7º Os serviços de radioterapia deverão tratar no mínimo 600 (seiscentos) pacientes, anualmente, sendo obrigatório realizar os procedimentos correspondentes ao seu Porte Tecnológico assim estabelecidos:
 - Porte Tecnológico 1 – Radioterapia 2D (bidimensional)
 - Porte Tecnológico 2 - Radioterapia 2D (bidimensional) e Radioterapia 3D (tridimensional conformada);
 - Porte Tecnológico 3 - Radioterapia 2D (bidimensional), Radioterapia 3D (tridimensional conformada), Radioterapia com Modulação de Intensidade de Feixe de Radiação (IMRT), Radiocirurgia e Radioterapia Estereotáxica Fracionada e outras técnicas existentes ou a existir.

Minuta de Portaria

- Art. 8º Será autorizado somente uma vez registro de um mesmo procedimento radioterápico para tratamento de resgate, em caso de re-irradiação, desde que respeitado o período mínimo de 6 (seis) meses entre o término da primeira irradiação e o início da segunda.
- Art. 9º Ficam estabelecidas as novas diretrizes para a Radiocirurgia e a Radioterapia estereotáxica fracionada cerebral constantes do **Anexo VI** desta Portaria.
- Art. 10 Os recursos federais para implementação dos procedimentos incluídos por esta Portaria correrão por conta do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.302.12.20.8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Minuta de Portaria

- Art. 11 Cabe à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS) a adoção das providências necessárias para adequar o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) com vistas a implantar as alterações definidas por esta Portaria.
- Art. 12 A Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde (CGAE/DAET/SAS/MS) e o Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS) devem proceder conjuntamente ao monitoramento trimestral da produção dos procedimentos ora incluídos, para avaliar o impacto dessa inclusão e estabelecer parâmetros para a regulação, controle, avaliação e auditoria da radioterapia no SUS.
- Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas de informações do SUS para a competência seguinte à da sua publicação.
- Art. 14 Ficam revogados os artigos 8º, os parágrafos 1º ao 5º e 7º ao 11 do artigo 9º, os artigos 10, 16 ao 21, os parágrafos 1º ao 7º do artigo 22 e o artigo 29 da Portaria nº 346/SAS/MS, de 23 de junho de 2008, e a Portaria nº 756/SAS/MS, de 27 de dezembro de 2005

Anexo I

Procedimento	03.04.01.000-0 - RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO COM CADEIA LINFÁTICA
Descrição	Consiste na realização da radioterapia da região de cabeça e pescoço incluindo cadeia de drenagem linfática regional. O procedimento será ressarcido de acordo com o porte tecnológico do estabelecimento de saúde independente da técnica utilizada no presente caso.
Origem	03.04.01.028-6 / 03.04.01-029-4 / 03.04.01-009-0
Complexidade	Alta Complexidade
Modalidade	Ambulatorial
Instrumento de Registro	APAC principal
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Serviço Ambulatorial SA	R\$ XXXXX
Valor Total Ambulatorial	R\$ XXXXX
Valor Hospitalar SH	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Total Hospitalar	R\$ 0,00
Atributo Complementar	Exige CNS / APAC única / Exige registro na APAC de dados complementares / Exige classificação do Porte Tecnológico
Sexo	Ambos
Inclui Anestesia	Não
Idade Mínima	0 meses
Idade Máxima	130 Anos
Quantidade Máxima	1
CID Principal	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, 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, C75.4, C73, C15.3, C15.0
CBO	225330
Serviço Classificação	132 / 004 132 / 000 – Porte Tecnológico 1 132 / 000 – Porte Tecnológico 2 132 / 000 – Porte Tecnológico 3
Habilitação	1712 CACON 1713 CACON com serviço de oncologia pediátrica 1704 Serviço isolado de radioterapia 1707 UNACON com serviço de radioterapia 1715 Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar
Incremento	Porte Tecnológico 2 – 10,67% Porte Tecnológico 3 – 32,08%

Anexo II

COMPATIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS - CONCOMITÂNCIA	
RADIOTERAPIA DE CANAL ANAL, VULVA OU PÊNIS	BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA
RADIOTERAPIA DE COLO DE ÚTERO OU CORPO DE ÚTERO	BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA
RADIOTERAPIA DE VAGINA OU URETRA	BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA
RADIOTERAPIA DE COLO DE ÚTERO OU CORPO DE ÚTERO	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA
RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA	BRAQUITERAPIA DE PRÓSTATA
RADIOTERAPIA LOCAL DE PELE	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA
RADIOTERAPIA DE OSSOS, CARTILAGENS OU PARTES MOLES	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA

Anexo III

TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)									
Sim	Não								
Tratamento(s) Anterior(es)			Descrição			Data do Início			
1°						_/_/			
2°						_/_/			
3°						_/_/			
TRATAMENTO SOLICITADO – Planejamento terapêutico global									
Data do Início	Finalidade		Modo		Técnica		Guiada por Imagem – TC (IGRT)		
//	Curativa		Exclusiva		2D (Bidimensional)		Sim		
	Paliativa		Concomitante		3D (Tridimensional)		Não		
			Adjuvante		Feixe Modulado (IMRT)				
			Prévia		Esterotáxica craniana				
ÁREA IRRADIADA									
CID Topográfico	Descrição				Código do Procedimento	Número	Nº Frações	Data do Término	
1.								_/_/	
2.								_/_/	

Anexo IV

Quantidade total de equipamentos de Teleterapia:									
() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	() 8	() 9	() 10
Equipamento Teleterapia #1:			Equipamento Teleterapia #2:						
<input type="checkbox"/> Acelerador Linear			<input type="checkbox"/> Acelerador Linear						
<input type="checkbox"/> Telecobaltoterapia			<input type="checkbox"/> Telecobaltoterapia						
<input type="checkbox"/> Ortovoltagem			<input type="checkbox"/> Ortovoltagem						
<input type="checkbox"/> Tomoterapia			<input type="checkbox"/> Tomoterapia						
<input type="checkbox"/> Equipamento com múltiplas fontes de Cobalto			<input type="checkbox"/> Equipamento com múltiplas fontes de Cobalto						
<input type="checkbox"/> Acelerador Linear acoplado a braço robótico			<input type="checkbox"/> Acelerador Linear acoplado a braço robótico						
Se Acelerador Linear			Se Acelerador Linear						
Marca #1:			Marca #2:						
_____			_____						
Modelo #1:			Modelo #2:						
_____			_____						
Maior energia fótons #1:			Maior energia fótons #2:						
_____			_____						
Feixes de elétrons #1:			Feixes de elétrons #2:						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
MLC #1:			MLC #2:						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						

Anexo IV

Se Telecobaltoterapia				Se Telecobaltoterapia			
Marca #1:				Marca #2:			
Modelo #1:				Modelo #2:			
Data última troca da fonte radioativa #1:				Data última troca da fonte radioativa #2:			
Previsão próxima troca da fonte radioativa #1:				Previsão próxima troca da fonte radioativa #2:			

Anexo IV

Equipamento Teleterapia #3:		Equipamento Teleterapia #4:	
<input type="checkbox"/> Acelerador Linear		<input type="checkbox"/> Acelerador Linear	
<input type="checkbox"/> Telecobaltoterapia		<input type="checkbox"/> Telecobaltoterapia	
<input type="checkbox"/> Ortovoltagem		<input type="checkbox"/> Ortovoltagem	
<input type="checkbox"/> Tomoterapia		<input type="checkbox"/> Tomoterapia	
<input type="checkbox"/> Equipamento com múltiplas fontes de Cobalto		<input type="checkbox"/> Equipamento com múltiplas fontes de Cobalto	
<input type="checkbox"/> Acelerador Linear acoplado a braço robótico		<input type="checkbox"/> Acelerador Linear acoplado a braço robótico	

Anexo IV

Se Acelerador Linear			Se Acelerador Linear		
Marca #3:			Marca #4:		
Modelo #3:			Modelo #4:		
Maior energia fótons #3:			Maior energia fótons #4:		
Feixes de elétrons #3:			Feixes de elétrons #4:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
MLC #3:			MLC #4:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Anexo IV

Se Telecobaltoterapia				Se Telecobaltoterapia			
Marca #3:				Marca #4:			
Modelo #3:				Modelo #4:			
Data última troca da fonte radioativa #3:				Data última troca da fonte radioativa #4:			
Previsão próxima troca da fonte radioativa #3:				Previsão próxima troca da fonte radioativa #4:			

Anexo IV

Equipamento Teleterapia #5:				Equipamento Teleterapia #6:			
<input type="checkbox"/> Acelerador Linear				<input type="checkbox"/> Acelerador Linear			
<input type="checkbox"/> Telecobaltoterapia				<input type="checkbox"/> Telecobaltoterapia			
<input type="checkbox"/> Ortovoltagem				<input type="checkbox"/> Ortovoltagem			
<input type="checkbox"/> Tomoterapia				<input type="checkbox"/> Tomoterapia			
<input type="checkbox"/> Equipamento com múltiplas fontes de Cobalto				<input type="checkbox"/> Equipamento com múltiplas fontes de Cobalto			
<input type="checkbox"/> Acelerador Linear acoplado a braço robótico				<input type="checkbox"/> Acelerador Linear acoplado a braço robótico			
Se Acelerador Linear				Se Acelerador Linear			
Marca #5:				Marca #6:			
_____				_____			
Modelo #5:				Modelo #6:			
_____				_____			
Maior energia fótons #5:				Maior energia fótons #6:			
_____				_____			
Feixes de elétrons #5:				Feixes de elétrons #6:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
MLC #5:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	MLC #6:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

SEGUER ATÉ O EQUIPAMENTO DE TELETERAPIA # 10.

Anexo IV

Casamatas (bunkers) sem equipamentos instalados:				
<input type="checkbox"/> Nenhum				
<input type="checkbox"/> 1				
<input type="checkbox"/> 2				
<input type="checkbox"/> 3				
Se existir bunker(s) vazios				
Energia máxima da blindagem do Bunker vazio #1: _____				
Energia máxima da blindagem do Bunker vazio #2: _____				
Energia máxima da blindagem do Bunker vazio #3: _____				

Anexo IV

Equipamentos de Raios X simulador:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Tomógrafo simulador:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se possuir tomógrafo simulador			
Localização do tomógrafo computadorizado:			
<input type="checkbox"/> No serviço de radioterapia			
<input type="checkbox"/> No serviço de radiologia do hospital			
<input type="checkbox"/> No serviço de radiologia de outro estabelecimento de saúde			
Número CNES do estabelecimento de saúde do tomógrafo simulador:			

Anexo IV

Sistema de gerenciamento:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Sistema de planejamento:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se resposta anterior for SIM (pode marcar mais de uma opção)		
<input type="checkbox"/> Realiza 2D		
<input type="checkbox"/> Realiza 3D		
<input type="checkbox"/> Realiza IMRT		
<input type="checkbox"/> Realiza Arco Modulado		

Anexo IV

IGRT:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se resposta anterior for SIM (pode marcar mais de uma opção)			
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia/BAT			
<input type="checkbox"/> Sistema de localização por implantes radiopacos e Portal Eletrônico (EPID)			
<input type="checkbox"/> Sistema com Raios X kV ortogonais montados na sala de tratamento			
<input type="checkbox"/> Sistema de localização por fiduciais emissores de radiofrequência (transponder)			
<input type="checkbox"/> Cone beam kV/MV			

Anexo IV

Radiocirurgia (Radioterapia estereotáxica - dose única):

Sim Não

Radioterapia estereotáxica fracionada:

Sim Não

Radioterapia estereotáxica extracraniana:

Sim Não

Anexo IV

Equipamento de braquiterapia:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se resposta anterior for SIM (pode marcar mais de uma opção)		
<input type="checkbox"/> LDR (Baixa taxa de dose)		
<input type="checkbox"/> MDR (Média taxa de dose)		
<input type="checkbox"/> HDR (Alta taxa de dose)		
<input type="checkbox"/> aplicadores ginecológicos		
<input type="checkbox"/> aplicadores para câncer de próstata		
<input type="checkbox"/> placas oftálmicas		
<input type="checkbox"/> outros sistemas para braquiterapia intersticial/ intraluminal/ intracavitário/ contato		

Anexos V e VI

- Anexo V - Classificação porte tecnológico dos serviços de radioterapia dos hospitais habilitados no SUS em oncologia (produção até um mês antes da publicação da Portaria).
- Anexo VI – Diretrizes para Radiocirurgia e Radioterapia Estereotáxica Fracionada (a atualizar).

Pendências

- Revisão da minuta com vistas a estabelecimento de regras mais gerais, sem repetir atributos dos procedimentos.
- Melhor sequência dos artigos, por exemplo considerando a topografia dos tumores primários na sequência da CID-10.
- Revisão das compatibilidades estabelecidas entre procedimentos com possibilidade de registros simultâneos e concomitantes.
- Revisão dos anexos.
- Valoração dos procedimentos.
- Elaboração de Nota Informativa com impacto financeiros.
- Atualização do Manual de Bases Técnicas – Oncologia do SIA-SUS com as novas regras estabelecidas para a radioterapia.

FELIZ NATAL E BOM 2018 PARA TODOS!

maria.gadelha@saude.gov.br

CONSINCA 31/12/2017

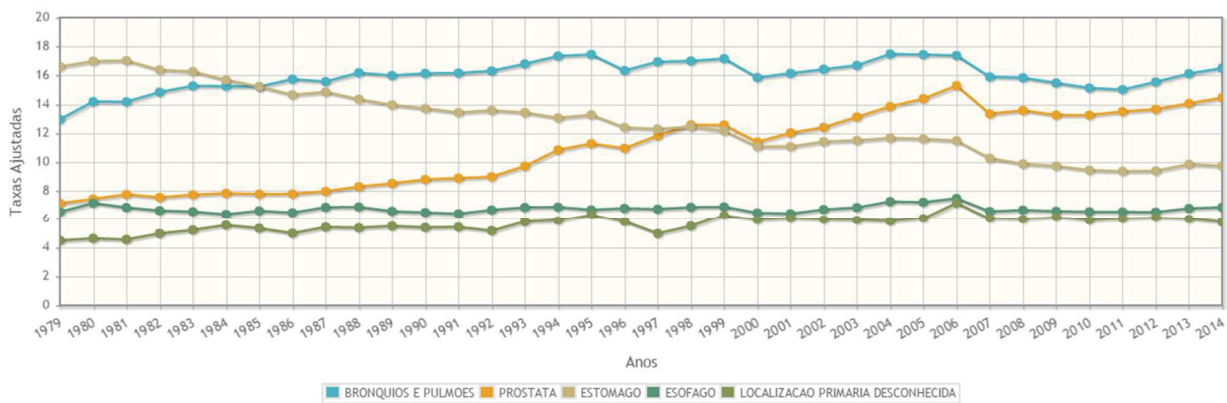
Apresentação pauta: (5) Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata no INCA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

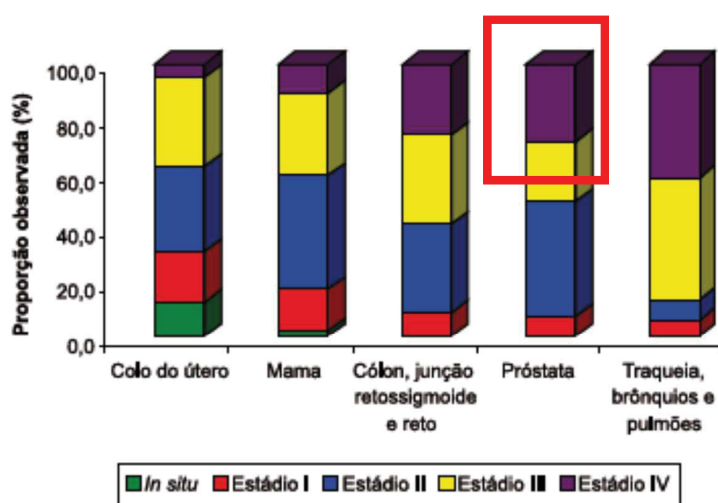


PROSTATA



Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2014, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 homens, Brasil, entre 1979 e 2014.

2ª causa de morte por câncer em
homens no Brasil – 2014 (14.000/ano)



25% apresentam doença metastática ao diagnóstico

INCA : 40 %

Figura 14 - Estadiamento dos tumores para as cinco topografias mais frequentes 2000 a 2006*

Fonte: IntegradorRHC

*Excluídos 33.574 casos sem estadiamento informado.

Carência de biópsias na Rede Pública !!!

Impact of Subsequent Metastases on Costs and Medical Resource Use for Prostate Cancer Patients Initially Diagnosed With Localized Disease

Tracy T. Li, PhD¹; Neal B. Shone, MD²; Manmeha Mehta, MPH¹; Hany S. Todd, MD¹; Ryan Saadi, MD¹; Coertan LeBlay, MBA¹; Jyoti Aggarwal, MD²; and Robert L. Griffiths, MD, ScD^{3,4,5}

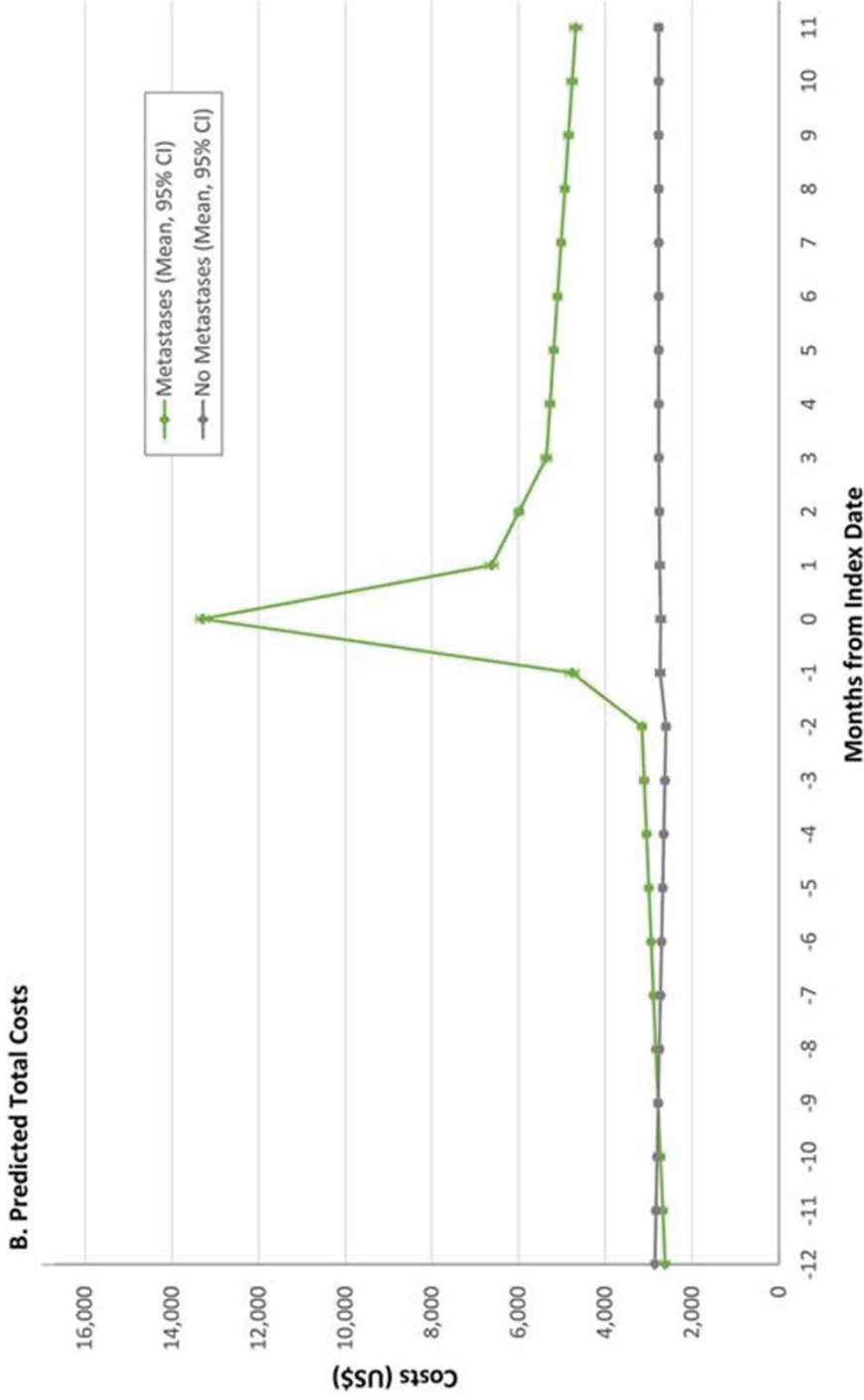
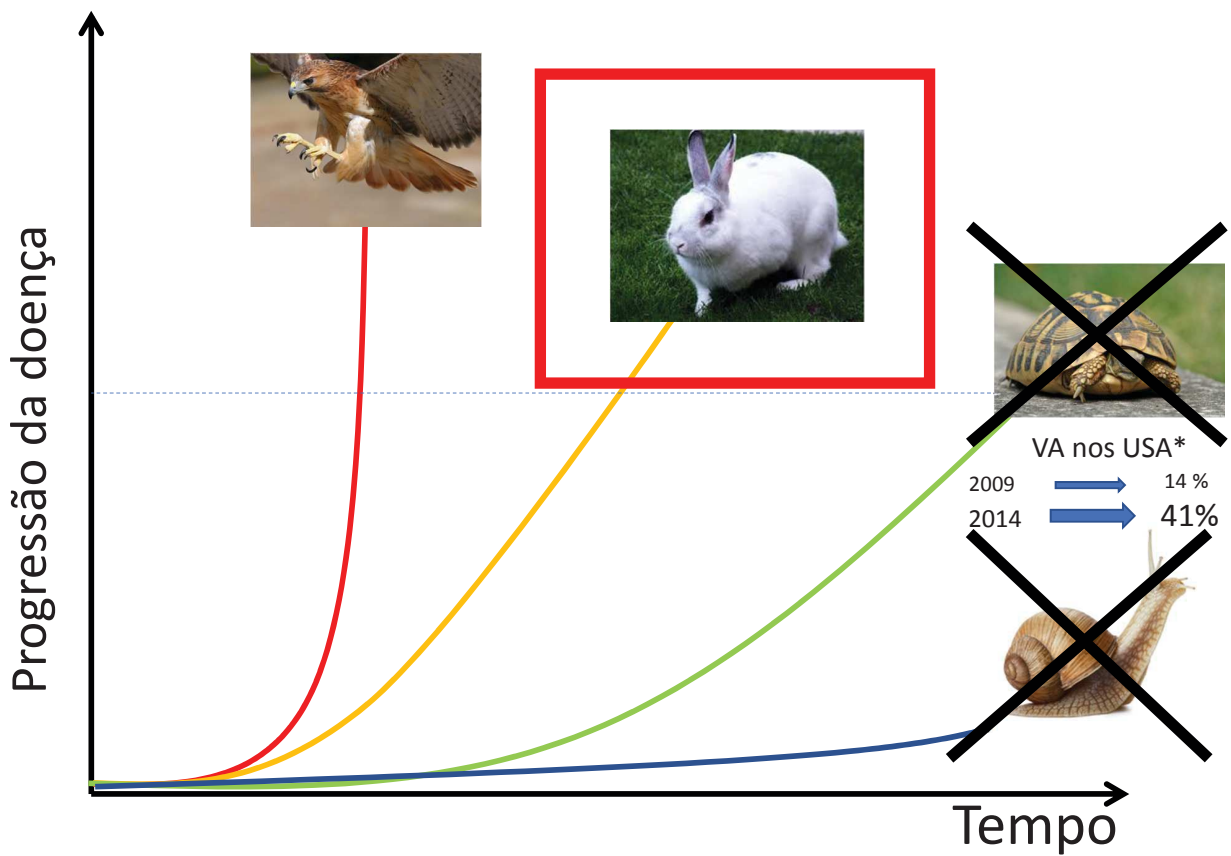


Figure 3. Longitudinal trajectories of total costs. Unadjusted and adjusted (predicted) longitudinal trajectories of total costs are shown for patients initially diagnosed with localized prostate cancer who had subsequent metastases (metastases) and patients who did not have subsequent metastases (no metastases) from 12 months before the date of subsequent metastases or a matched date for controls (index date) up to 12 months after their index date. (A) Unadjusted mean monthly costs with 95% CIs and median costs with IQRs. Means and medians are offset for clarity of presentation. (B) Marginal predicted mean monthly costs with 95% CIs with adjustments for baseline demographic and clinical characteristics. CI indicates confidence interval; IQR, interquartile range.





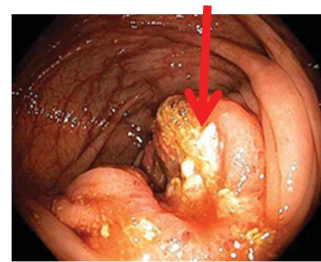
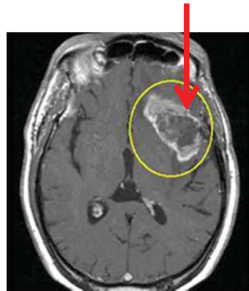
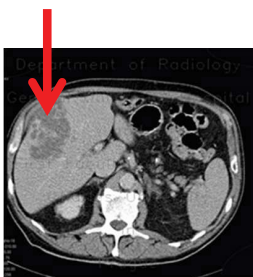
Cooperberg MR, Carroll PR. Trends in management for patients with localized prostate cancer, 1990-2013. *JAMA*. 2015;314(1):80-2.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

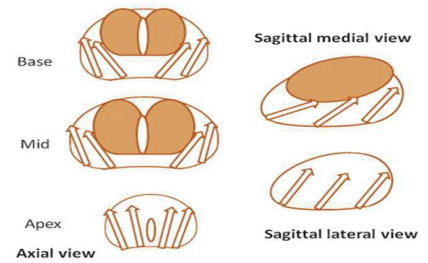
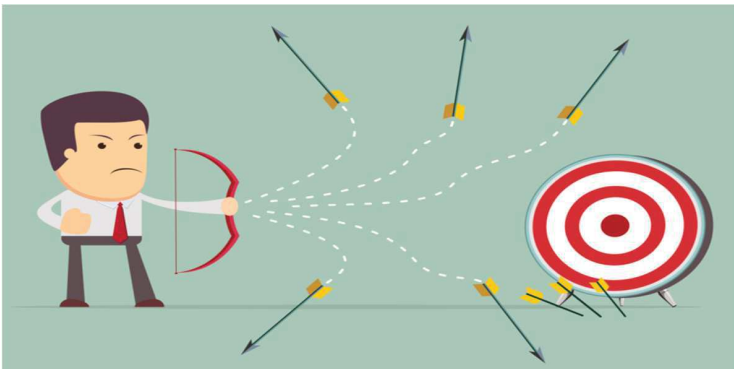


Na maioria dos tumores sólidos, o diagnóstico guiado por imagem é uma realidade

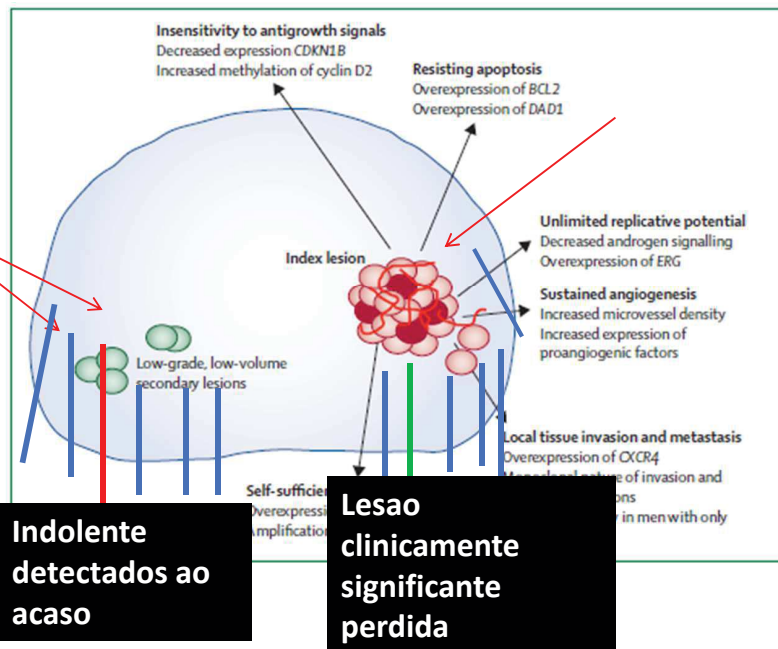


Enquanto isso, na próstata...

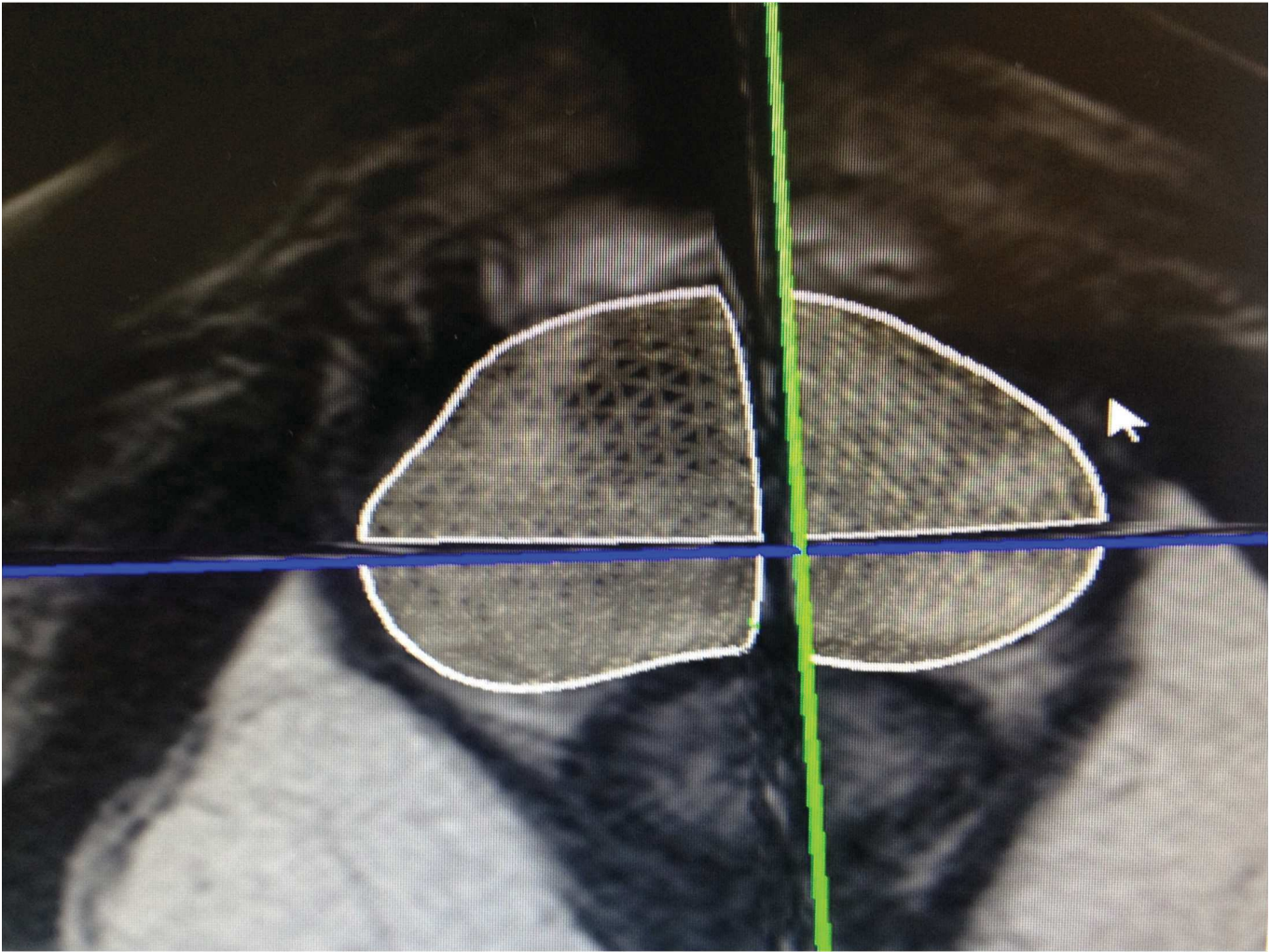
Amostragem randômica é o padrão-ouro!

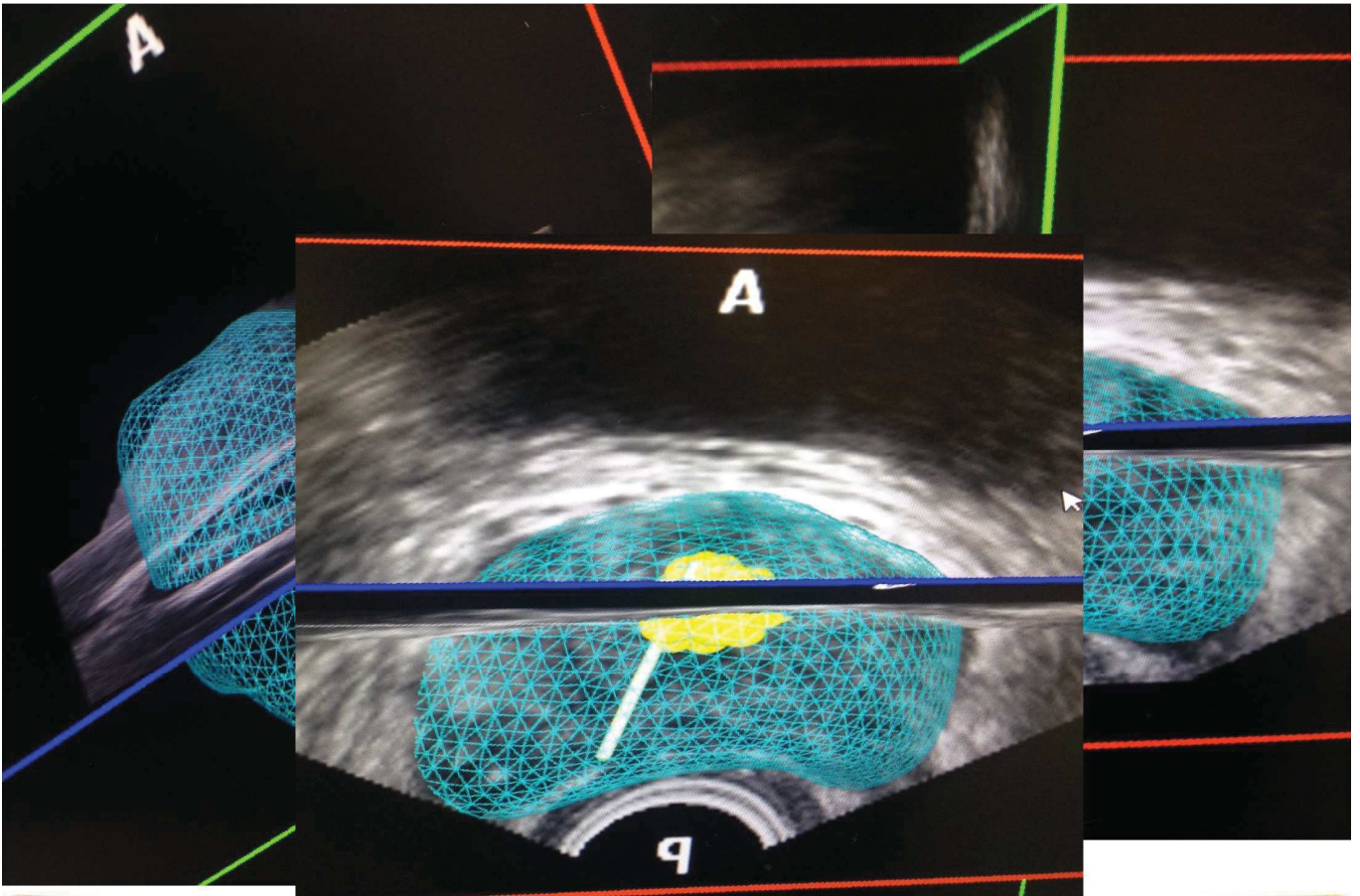


80% Multifocal









teste preditivo:
PSA \geq 4 ng/ml¹



Divisão de Pesquisa Populacional/CPQ
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Rede
Oncológica/CONPREV

15 biópsias / dia

75 biópsias/semana

300 biópsias/mês

3.600 biópsias/ano

início: **27 NOVEMBRO 2017**

1. Hayes, J.H. and M.J. Barry, Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test: a review of current evidence. JAMA, 2014.



⇓ \$\$ Racionalização Terapêutica

Sistema Estadual de Regulação

INCA = Vig. Ativa

- RxT
- Cirurgia
- QT



CDCP INCA



INCA

CENTRO DE DIAGNÓSTICO DO CANCER DE PROSTATA

INCA 3.600/ano

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNIT	TOTAL	TIPO	DESPESA/TIPO	PERCENTUAL
1	Médico Radiologista 30 hs/semana	2	63.000	126.000	peçoal		
2	Médico Anestesista 30 hs/semana	4	63.000	252.000	peçoal		
3	Médico Urologista 30 hs/semana	4	63.000	252.000	peçoal		
4	Médico Patologista 30 hs/semana	1	63.000	63.000	peçoal		
5	Enfermeiro 40 hs/semana	1	46.800	46.800	peçoal		
6	Técnico enfermagem 40 hs/semana	4	24.000	96.000	peçoal	883.800	31%
7	Citotécnico	2	24.000	48.000	peçoal		
8	Aparelho de US básico para biópsia randomizada	1	80.000	80.000		mat perman	
9	Aparelho de US com software de fusão de imagens	1	300.000	300.000		mat perman	
10	Macas para procedimento	2	22.400,00	44.800,00		mat perman	
11	Macas para repouso	3	22.400,00	67.200,00		mat perman	
12	Carro de anestesia e monitor	1	150.000	150.000	mat perman	642.000	23%
13	Agulha de Biópsia Bard ou similar	3600	80	288.000	matmed		
14	Guia descartável para biópsia Bard ou similar	3600	200	720.000	matmed		
15	Antibiótico venoso Kefazol 1 grama	3600	15	54.000	matmed		
16	Gel para US	180	24	4.320	matmed		
17	Condom para ponteira de US	3600	1	3.600	matmed	1.069.920	38%
18	Preparação material de biópsia	3600			INCA		
19	Carrinho de parada cardiaca e medicamentos	1	--		INCA		

Total geral**2.805.720**

Valor de cada biópsia para o MS 779,37

Após o 1º ano, queda de 30% (- mat perman/obra) 545,56



MINISTÉRIO DA SAÚDE

