

MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA 28.ª EDIÇÃO – SETEMBRO/2021

Essa 28.ª edição, além das costumeiras atualizações de normativos e orientações para autorização e auditoria, inclui, no agora Anexo VI, indicadores para a avaliação da produção dos procedimentos oncológicos, como subsídio para o aprimoramento das atividades de rotina de controle, avaliação e auditoria da oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS).

A seguir, as principais atualizações e os reforços dessa nova edição:

- Um carcinoma *in situ* corresponde ao estágio 0, não apresenta invasão e pode ter centímetros de diâmetro tumoral, ou seja, o que determina o estágio não é somente o maior diâmetro do tumor.
- Há vários procedimentos de reconstrução disponíveis para diversas doenças e situações, e o procedimento 04.16.08.008-1 – RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA tem como condição para sua autorização, registro e faturamento haver ressecção extensa, em que a área operada ou *sequelada* não pode ser reconstruída por sutura em Z (zetaplastia), retalho cutâneo ou enxerto cutâneo, não se justificando a adoção de critérios próprios, fora dos estabelecidos, para autorização, registro e faturamento.
- Todo procedimento cirúrgico sempre resulta em uma peça operatória, cuja descrição é clara no laudo do exame anatomopatológico, inclusive quando se trata de biópsia. Uma peça de ressecção que não seja biópsia não pode ser descrita como “fragmentos”, “amostras” nem “fragmentos de tecidos”. Qualquer incompatibilidade entre o procedimento cirúrgico e o descritivo da cirurgia ou do laudo patológico da peça operatória é injustificável, razão por que se recomenda que a aprovação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com esse procedimento seja precedida de verificação do prontuário do respectivo caso (perícia pós-operatória). A autorização, o registro e o pagamento de qualquer procedimento devem observar o estabelecido na descrição e nos atributos. Fugir dessa observância, seja o gestor, seja o prestador, adotando-se critérios próprios, é conduta indevida, que resulta em informação e alocação de recursos distorcidas.
- Vale lembrar que não se suspende a hormonioterapia em caso de adenocarcinoma de próstata, mesmo que se verifique a progressão tumoral e seja indicada a quimioterapia. Doentes de câncer de próstata progressivo, a despeito da hormonioterapia, e com testosterona em níveis de castração precisam continuar a hormonioterapia, pois os benefícios observados com a inibição dos receptores androgênicos sinalizam que permitir que os níveis de testosterona voltem a aumentar afeta os resultados do tratamento. Deve-se lembrar que a hormonioterapia pode ser cirúrgica.
- Cobrança por similaridade não deve ser autorizada, nem paga. É ética, moral e legalmente inaceitável imputar-se a alguém uma doença ou uma situação terapêutica inexistentes, sem contar com a informação epidemiológica que isso acarreta.
- A exclusão de procedimentos baseia-se na ideia de temporalidade: não se autorizam, para uma mesma competência, dois procedimentos principais de uma mesma finalidade para uma mesma situação tumoral.

- Têm-se apresentado dúvidas sobre a autorização de nova quimioterapia adjuvante com trastuzumabe para um segundo primário de mama contralateral, quando não está claro que se trata de um segundo primário ou de recidiva em mama contralateral, razão pela qual se inseram as seguintes observações:

1) Em caso de um mesmo tipo patológico, é difícil considerar um tumor de mama contralateral como um segundo primário ou o mesmo tumor manifestado e tratado anteriormente, ou seja, bilateral. Contudo, dados publicados mostram que um segundo tumor primário de mama ocorre após cinco anos ou mais.

2) Ter tido um carcinoma invasivo aumenta o risco da bilateralidade. O risco de se desenvolver um carcinoma na mama contralateral depois da mastectomia é de 0,5 a 1% no primeiro ano do seguimento.

3) O carcinoma lobular *in situ* (Clis) aumenta em 25 vezes o risco de se desenvolver um carcinoma invasor em qualquer uma das mamas, com um risco anual de 1 a 2% para as pacientes com Clis.

4) Até 30% das mulheres com carcinoma ductal *in situ* (CDIS) apresentam a mesma lesão na mama contralateral.

5) A maioria dos carcinomas de mama é de origem ductal e contém padrões mistos, com áreas de padrão lobular. As metástases para a mama oposta podem ocorrer tardiamente ou permanecer estáveis por longo tempo. Um segundo tumor primário sincrônico pode estar presente quando o câncer inicial está sendo tratado, porém não é detectado em razão de crescimento lento. O segundo primário ocorre após cinco anos ou mais. Estudos feitos em necropsias revelam que 68% dos cânceres em mama tratados desenvolvem recidiva e câncer oculto na mama oposta.

6) O câncer bilateral de mama implica que a paciente com câncer identificado em uma mama tenha diagnosticado a neoplasia maligna na mama oposta. O risco de a paciente desenvolver tumor na mama oposta é de 0,7% ao ano.

7) Tumores que ocorrem ao mesmo tempo são ditos sincrônicos ou simultâneos. Os tumores metassincrônicos ou assíncronos não coincidem com o primeiro tumor detectado nem no diagnóstico, nem no tratamento.

8) O tratamento de tumores assíncronos de mama é o mesmo, ressaltado o limite de uso de medicamento que tenha dose máxima estabelecida. No caso de nova quimioterapia adjuvante com trastuzumabe, devem-se considerar o risco cumulativo de toxicidade cardíaca e a adoção do esquema de nove semanas de trastuzumabe, em vez dos 12 meses ou dos 17 ciclos a cada três semanas.

9) Recorda-se que o uso de quimioterapia prévia dispensa a quimioterapia adjuvante e que não há indicação de adjuvância anti-HER em caso de carcinoma *in situ*, mesmo que o tumor expresse HER-2.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia**. 28. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2021.