

Um breve olhar sobre o SIA/SUS

Parte II

José dos Santos

Assistente Técnico: Componente Municipal de Auditoria do SNA–SMS São Paulo

Especialista em Administração Hospitalar;

Especialista em Saúde Pública

Especialista em Gestão Pública da Saúde

docsantos@uol.com.br



Parte II

Agradecimentos: VANDERLEI SOARES MOYA

Diretor Técnico do GNACS – Componente Estadual de Auditoria – SNA – SES/São Paulo

Faturamento Ambulatorial

Módulo II – Procedimentos cobrados por APAC (Autorização de procedimento ambulatorial)

José dos Santos

*Assistente Técnico e Auditor: Componente Municipal de Auditoria do SNA – SMS / São Paulo / SP
Especialista em Administração Hospitalar;
Especialista em Saúde Pública
Especialista em Gestão Pública da Saúde*

jdsantos@prefeitura.sp.gov.br

Agradecimentos: VANDERLEI SOARES MOYA

Diretor Técnico do GNACS – Componente Estadual de Auditoria – SNA - SES São Paulo

Agua de Lindoia/SP – 10 a 13 de 2019

Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC

- 1996
- Inicialmente para TRS
- Introduz no SIA a identificação de usuários com respectivos diagnósticos e procedimentos realizados, antes uma exclusividade do Sistema de Informações Hospitalares - SIH

APAC

O aplicativo APAC Magnético (APAC-Mag), destinado ao registro da captação do atendimento ambulatorial, é integrante do SIA e sendo de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia. Foi implantado em 1996, inicialmente para o registro dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e, posteriormente, para os de Oncologia (quimioterapia e radioterapia) e para os de medicamentos de dispensação excepcional.

Introduz no SIA a identificação de usuários com respectivos diagnósticos e procedimentos realizados, antes uma exclusividade do Sistema de Informações Hospitalares - SIH

Codificação dos erros da APAC :

01 m01 UNIDADE DA FEDERACAO DIFERENTE DA SECRET.SAUDE

02 m02 PRESTADOR: DIGITO INVALIDO

03 m03 PRESTADOR NAO CADASTRADO

04 m04 PRESTADOR DESATIVADO

05 m05 PRESTADOR: SERVICO DIALISE NAO ORCADO

07 m99 NUMERO: JA EXISTE COM UNIDADE DIFERENTE

08 m99 NUMERO: JA EXISTE COM PROCEDIMENTO PRINCIPAL DIFERENTE

09 m09 NUMERO: JA EXISTE COM DATA INICIO VALIDADE DIFERENTE

10 m10 NUMERO: JA EXISTE COM DATA FIM DE VALIDADE DIFERENTE

11 m11 NUMERO: JA EXISTE COM TIPO DE ATENDIMENTO DIFERENTE

17 m11 NUMERO: FORA DA FAIXA ESTIPULADA PELA SECRETARIA

83 m11 DATA DE INICIO: NUMERO DA APAC FORA DE VALIDADE

82 m99 COBRANCA ANTERIOR NAO ENCONTRADA

12 m12 COBRANCA ANTERIOR NAO FOI PERMANENCIA E MESMO PROCEDIMENTO

13 m13 NUMERO: APAC JA FOI PROCESSADA

14 m14 NUMERO: DIGITO VERIFICADOR NAO CONFERE

15 m15 ANO/MES ATENDIMENTO FORA DA VALIDADE

18 m18 DATA INICIO: INVALIDA

20 m20 DATA INICIO: DATA MAIOR QUE A DE FIM



- 21 m21 DATA INICIO: MAIOR QUE A COMPETENCIA DE PROCESSAMENTO**
- 22 m22 DATA FIM: INVALIDA**
- 24 m24 DATA FIM: EXCEDE LIMITE DE 3 MESES**
- 19 m22 DATA FIM: DATA MENOR QUE A COMPETENCIA**
- 23 m99 CONTINUIDADE : INICIO DE VALIDADE MAIOR OU IGUAL A COMPETENCIA**
- 25 m21 APAC INICIAL COM INICIO DE VALIDADE DIFERENTE DA COMPETENCIA**
- 26 m26 TIPO ATENDIMENTO INVALIDO**
- 27 m27 TIPO DA APAC INVALIDO**
- 28 m28 CPF PACIENTE : DIGITO ERRADO**
- 29 m29 CPF PACIENTE : COBRANCA PARA PACIENTE FALECIDO**
- 30 m30 NOME PACIENTE NAO PODE ESTAR VAZIO**
- 31 m31 ESTADO/NACIONALIDADE DE NASCIMENTO DO PACIENTE INVALIDA**
- 32 m32 NOME MAE PACIENTE NAO PODE ESTAR VAZIO**
- 33 m33 LOGRADOURO NAO PODE ESTAR VAZIO**
- 34 m34 MUNICIPIO DE RESIDENCIA DO PACIENTE INVALIDO**
- 36 m36 DATA DE INSCRICAO PARA TRANSPLANTE INVALIDA**
- 37 m37 CEP NAO PODE ESTAR VAZIO**
- 38 m37 CEP DEVE SER NUMERICO**
- 39 m39 DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE INVALIDA**
- 80 m39 DATA DE NASCIMENTO POSTERIOR AO INICIO VALIDADE**

Procedimentos informados por APAC

- **PET-CT**
- **Acompanhamentos:** (pós-transplante, queimados; glaucoma)
- **Terapia Renal Substitutiva;**
- **Oncologia: Radioterapia e Quimioterapia;**
- **Deficiência auditiva;**
- **Cirurgias**
- **Catarata/Glaucoma, outras;**

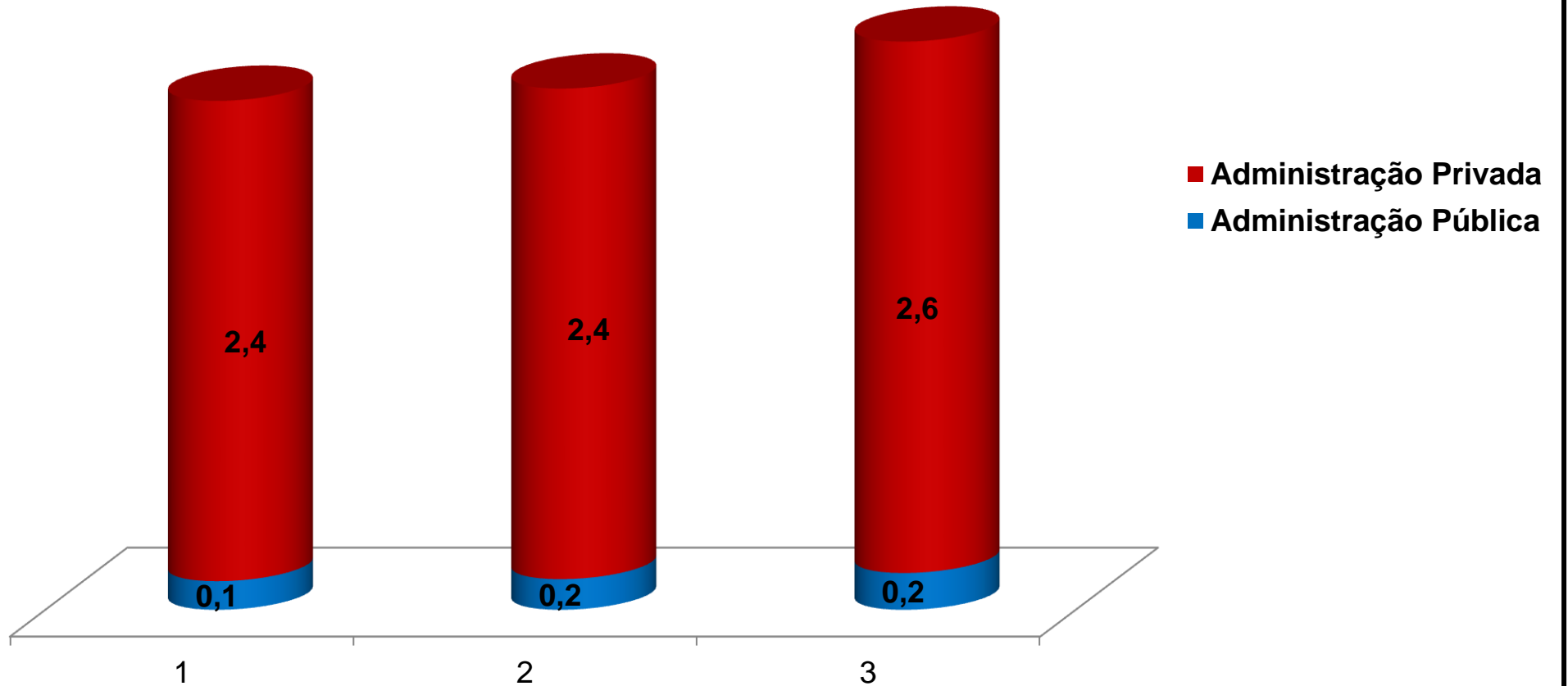
0206010095 - TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)

Deve ser autorizada, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

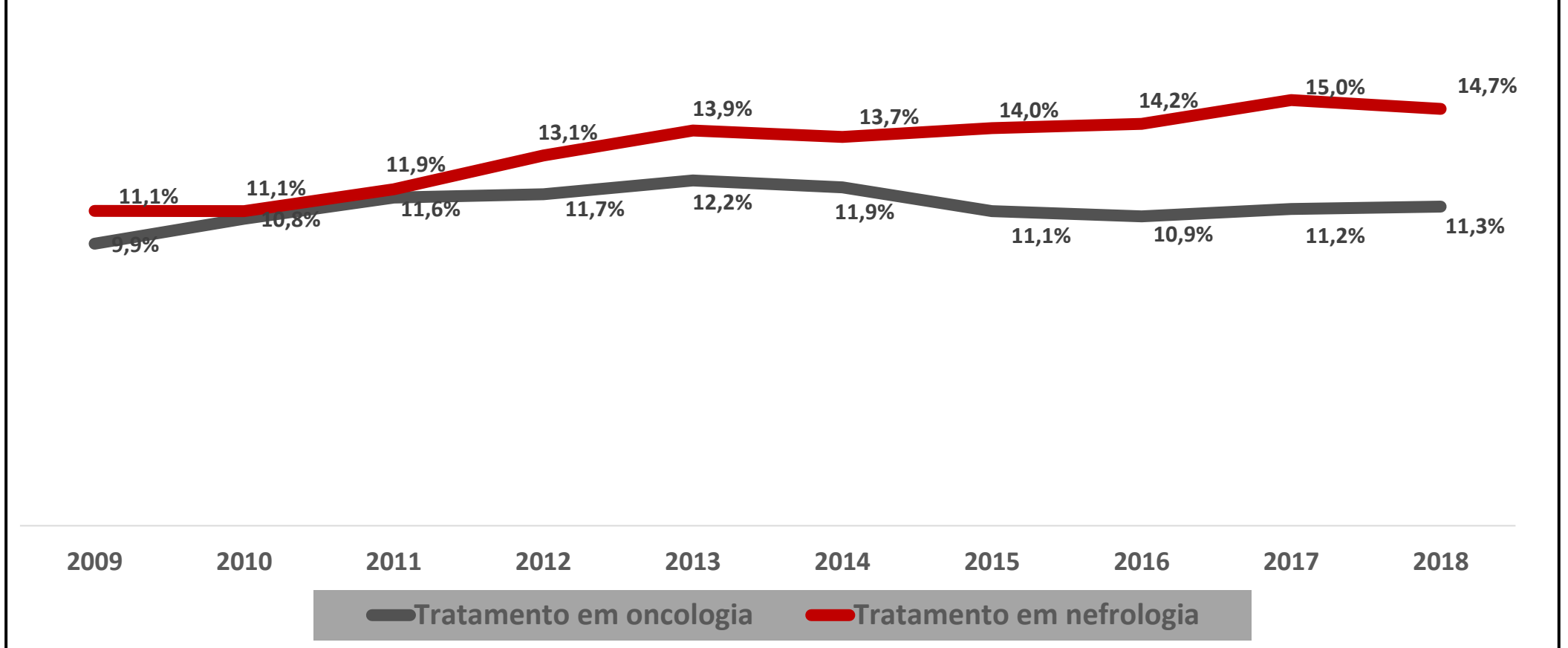
- Para o estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não pequenas potencialmente ressecável;
- Para a detecção de metástase(s) exclusivamente hepática(s) e potencialmente ressecável(eis) de câncer colorretal; e
- Para o estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento de linfomas de Hodgkin e não Hodgkin

Insuficiência renal crônica - Diálise

Produção Ambulatorial do SUS - Brasil - por local de atendimento - Valor aprovado (R\$ bilhões) por Natureza Jurídica e Ano processamento –
Tratamento em nefrologia – 2015 a 2017



SIA/SUS - Participação percentual nos valores totais aprovados por ano – Tratamentos em oncologia e Tratamentos em nefrologia - 2009 -2018



Terapia renal substitutiva - TRS

Principais funções dos Rins

- **Filtrar todos os líquidos corporais** com a produção da urina para exercer sua função principal que é de desintoxicação e excreção;
- **Eliminar substâncias tóxicas endógenas** oriundas do metabolismo, como por exemplo, a **uréia e a creatinina**;
- **Eliminar substâncias exógenas** como medicações, antibióticos, aditivos químicos e drogas;
- **Manter o equilíbrio de eletrólitos no corpo humano**, tais como sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato, hidrogênio, cloro e outros
- **Regular o equilíbrio ácido-básico**, buscando manter constante o pH ideal do organismo que deve ser levemente alcalino, idealmente entre 7,36 a 7,42;

Terapia renal substitutiva - TRS
Principais funções dos Rins – cont.

Regular a pressão e o volume de líquido corporal, retendo ou eliminando o excesso de água do organismo, ou seja, manter a pressão e o volume hídrico constante;

Produção de hormônios como a **eritropoietina** que estimula a produção de hemácias (células vermelhas do sangue), a **renina** que eleva a pressão arterial, a fórmula ativa da **vitamina D (calcitriol)** que atua no metabolismo dos ossos e regula a concentração de cálcio e fósforo no organismo, além das **cininas e prostaglandinas**.
(funções endócrinas)

Terapia Renal Substitutiva (DIÁLISE)

A diálise é um processo artificial que utiliza uma membrana filtrante orgânica ou artificial para substituir a função de filtração dos rins.

“Não promove o restabelecimento dos rins ou restaura suas funções. É uma terapia substitutiva que realiza parcialmente as funções renais, prevenindo prejuízos a outros órgãos”

• Indicação

Em geral, a diálise é indicada quando a capacidade de filtração renal está bastante reduzida, em torno de 10% ou menos da considerada normal.

Existem dois tipos de diálise:

- **Diálise peritoneal.**
- **Hemodiálise**

DIÁLISE PERITONIAL

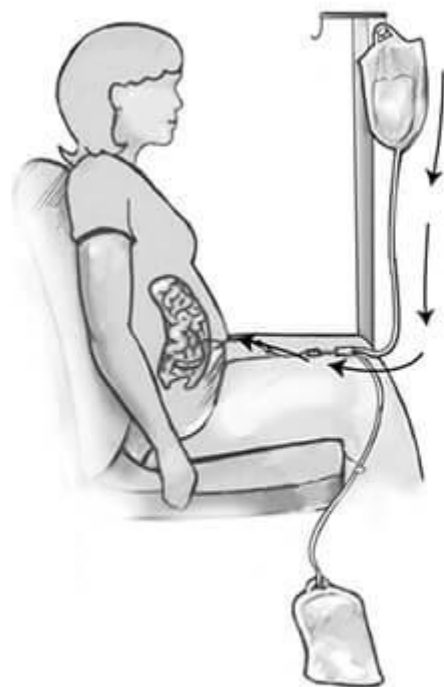
Utiliza uma membrana natural, o peritônio

Dois tipos principais:

DPAC (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) – onde o próprio paciente infunde e drena manualmente o líquido de diálise ;

- **DPA (Diálise Peritoneal Automática): onde quem infunde e drena o líquido de diálise é uma máquina,**

DIÁLISE PERITONIAL- FASES



Infusão

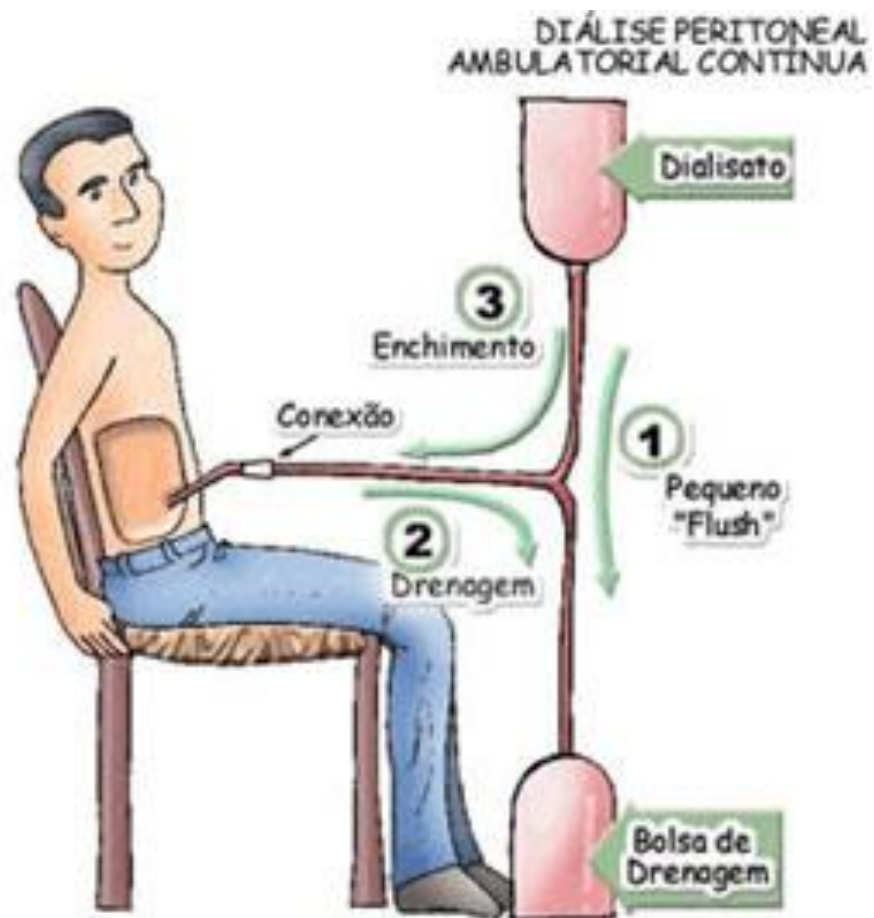


Permanência

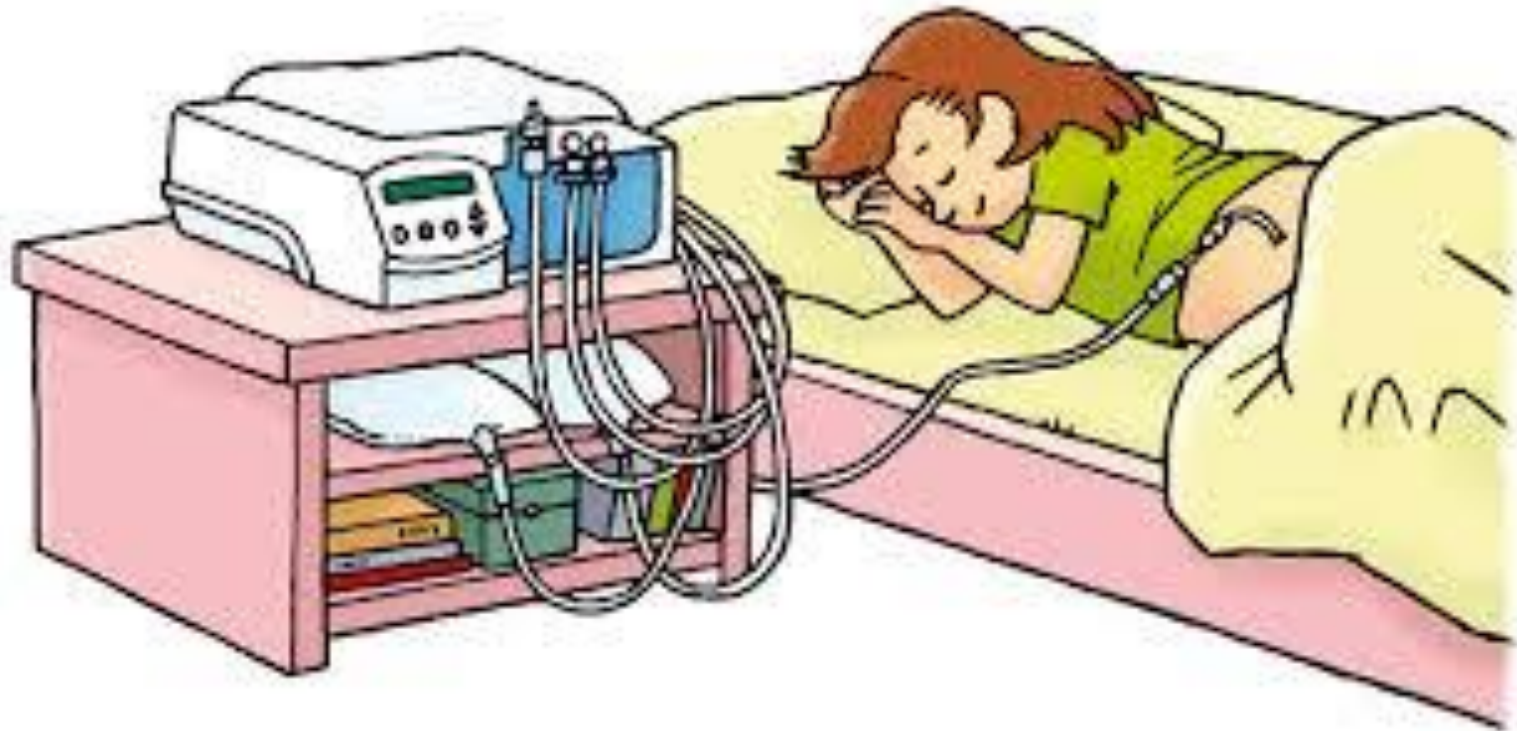


Drenagem

DIÁLISE PERITONIAL- DPAC



DIÁLISE PERITONIAL- DPA



DIÁLISE PERITONIAL

Necessita de um acesso para ser realizada:
Um cateter que é colocado na cavidade peritoneal.



- **PROCEDIMENTOS RELACIONADOS:**
- **0418010080 - Implante de cateter tipo Tenckhoff ou similar p/ DPA/DPAC**
- **0702100030 - Cateter tipo Tenckhoff / similar de longa permanencia p/ DPI/DPAC/DPA**
- **0418020035 - Retirada de cateter tipo tenckhoff / similar de longa permanência**

NECESSITA TREINAR O PACIENTE PARA REALIZAR A DIÁLISE:

Procedimentos relacionados:

- **0305010182** - Treinamento de paciente submetido a dialise peritoneal - DPAC-DPA (9 Dias)
- **0702100072** - Conjunto de troca p/ treinamento de paciente submetido a DPA / DPAC (9 dias) correspondente a 36 unidades

0305010166 - Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA /DPAC - R\$ 358,06

Consiste na avaliação do paciente pelo médico no estabelecimento de saúde e na assistência domiciliar realizada pela (o) enfermeira(o) para orientação quanto a assepsia ambiental, estocagem dos conjuntos de troca e do uso correto quando houver uso de máquina cicladora, desde o início do tratamento que poderá abranger o período igual ou inferior a 15 dias ou de mês. A utilização de quantitativos de conjuntos de troca, instalação de máquina cicladora e equivalente a 15 dias ou de mês.

Procedimentos relacionados à DPA

0702100048 - Conj.Troca p/DPA (paciente-mês c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora) - R\$ 2.511,49

Consiste na disponibilização domiciliar dos conjuntos de troca para DPA com acessórios específicos para paciente que necessite realizar diálise peritoneal automática por mês com simultânea instalação e manutenção da máquina cicladora .

0702100056 - Conjunto de troca p/ paciente submetido a DPA (paciente-15 dias c/ instalação domiciliar e manutenção de máquina cicladora); R\$ 1.255,74

Procedimentos relacionados à DPAC

**0702100064 - Conjunto de troca p/ paciente submetido a DPAC (paciente-mês)
correspondente a 120 unidades – R\$ 1.893,68**

Consiste na disponibilização domiciliar dos conjuntos de troca com acessórios específicos para o paciente que necessite realizar dialise peritoneal ambulatorial continua DPAC, paciente/mês.

**0702100080 - Conjuntos de troca p/ paciente submetido a DPAC
(paciente/15 dias) - R\$ 946,84**

DIÁLISE PERITONIAL

DPAC (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua)

•DPA (Diálise Peritoneal Automática) :

- Registro da descrição do acesso (cateter Tenckhoff e similares)
- Registro do treinamento e do conjunto de troca para o treinamento;
- Registros das consultas médicas mensais e visitas domiciliares da enfermeira;
- Realização dos exames mensais, trimestrais, semestrais e anuais;
- Registro de entrega, (frequência comprovando o recebimento) e notas fiscais dos conjuntos de troca.

HEMODIÁLISE

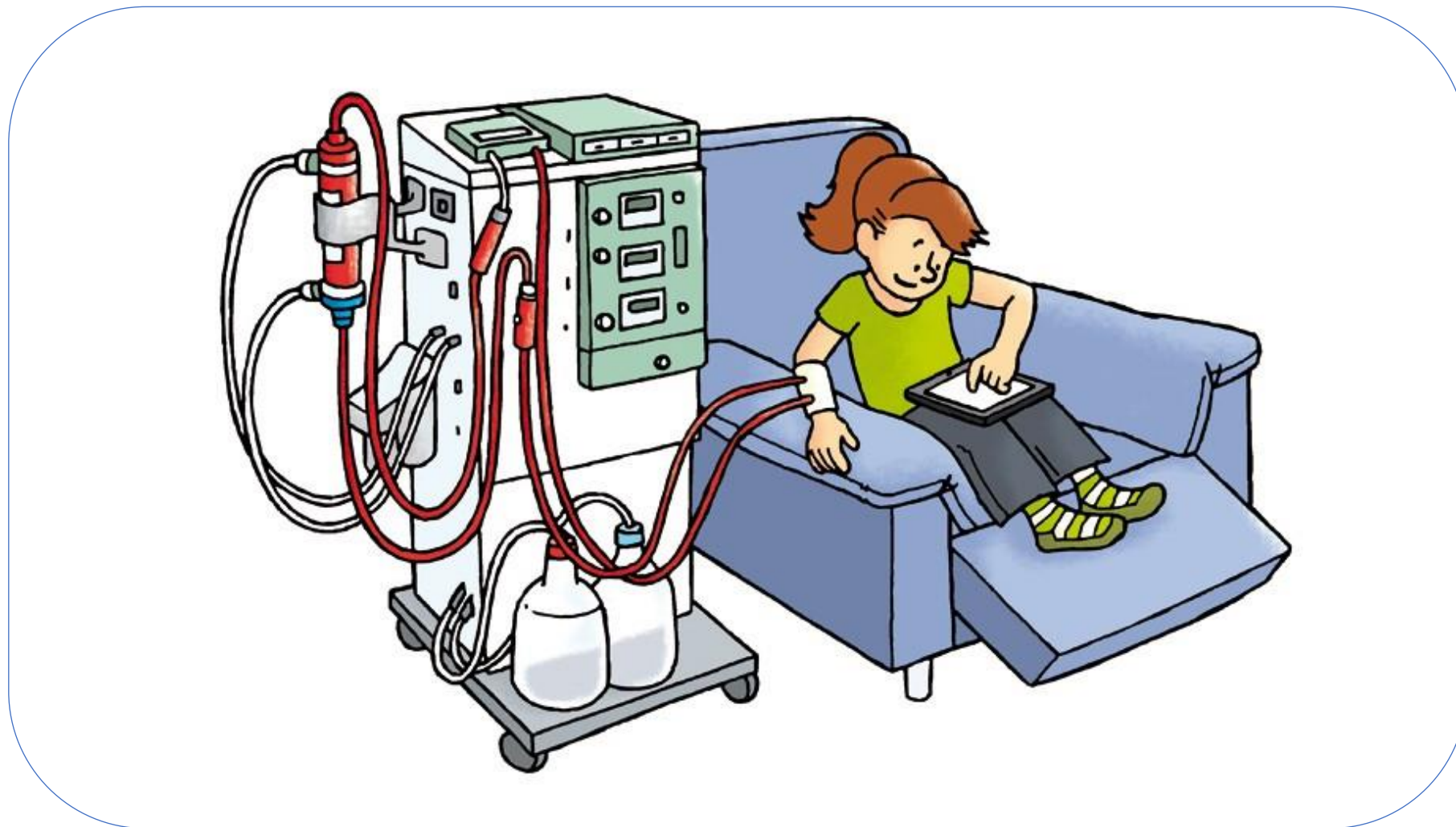
Utiliza uma membrana (um filtro) artificial
– a máquina de hemodiálise
“Rim artificial”

18º AUDHOSP

4º AUDHASS



SAÚDE SUPLEMENTAR



ACESSO PARA HEMODIÁLISE

É fundamental um acesso que forneça fluxo suficiente , seja resistente e duradouro o suficiente para possibilitar punções sucessivas com agulhas especiais (em média três vezes por semana).

Pode ser:

- **Temporário**
 - **Cateter venoso central de duplo lumen– (tipo SHILLEY);**
- **Duradouro/Permanentes:**
 - **Fístulas Arteriovenosas – FAV- com ou sem enxertos;**
 - **Cateteres de Longa Permanência para hemodiálise**

O Acesso permanente ideal que fornece fluxo adequado, longo tempo de duração, baixo índice de complicações é a FAV

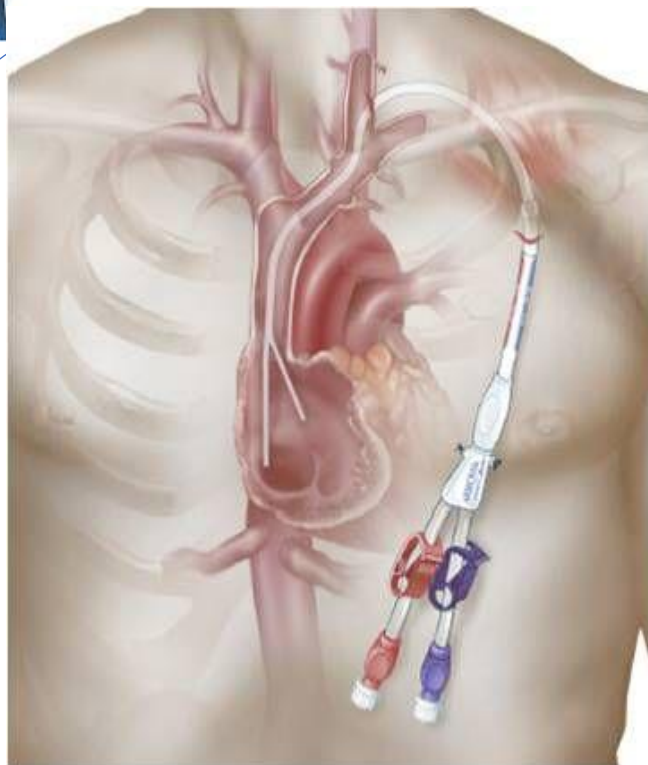
A FAV é feita por um cirurgião vascular unindo uma veia e uma artéria superficial do braço ou outro local de modo a permitir um fluxo de sangue superior a 250 ml/minuto.

CATETER TEMPORÁRIO: TIPO SHILLEY



0418010064 - Implante de cateter duplo lumen p/hemodiálise
(procedimento secundário)

0702100021 - Cateter p/ subclávia duplo lúmen p/ hemodiálise

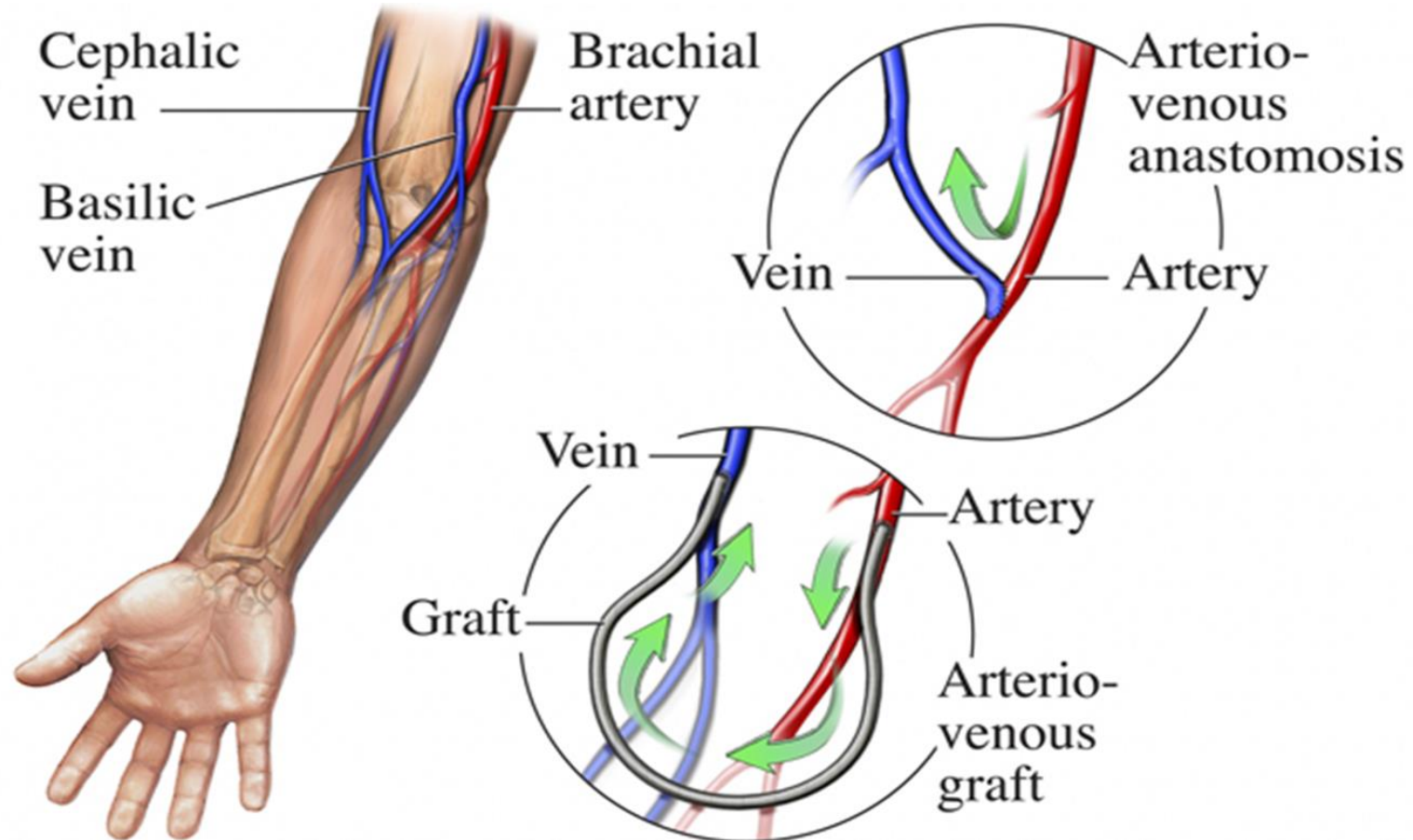


CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA

0418010048 - Implante de cateter de longa permanência p/ hemodiálise
(procedimento principal)

0702100013 - Cateter de longa permanência p/ hemodiálise

FÍSTULA ARTERIOVENOSA – (FAV)



FÍSTULA ARTERIOVENOSA – (FAV)

Procedimentos relacionados

0418010030 - Confecção de fistula arterio-venosa p/ hemodiálise (procedimento principal)

0418010021 - Confecção de fistula arterio-venosa c/ enxerto autólogo (procedimento principal)

0418010013 - Confecção de fistula arterio-venosa c/ enxertia de politetrafluoretileno (PTFE) (procedimento principal)

0418020019 - Intervenção em fistula arterio-venosa - (procedimento principal ou secundário)

0418020027 - Ligadura de fistula arterio-venosa - (procedimento principal ou secundário)

Procedimentos de hemodiálise

0305010107 - Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) –
(procedimento principal)

0305010093 - Hemodiálise (máximo 1 sessão por semana - excepcionalidade) –
(procedimento secundário)

0305010115 - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou
hepatite B e/ou hepatite C (máximo 3 sessões por semana) – (procedimento
principal)

0305010123 - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou
hepatite B e/ou hepatite C (excepcionalidade - máximo 1 sessão / semana) –
(procedimento secundário)

Os exames previstos nas portarias Ministeriais e realizados nos pacientes em diálise são procedimentos secundários e têm que ser informados na APAC.

São exames:

Mensais;

Trimestrais;

Semestrais

Anuais

Outras informações da APAC de TRS - Hemodiálise

C.I.D. PRINCIPAL N180

SECUNDARIO

CAUSAS ASSOCIADAS

TRU : 350

INSCRITO NA LISTA DA CNCDO : S (S/N)

ALBUMINA : 4 (%) HB : 10 (g%)

aa HIV : N (P/N)

aa HCV : N (P/N)

HBs Ag : N (P/N)

QTD. DE INTERVENCAO DE FISTULA:

SMS-SP

25/08/2009 SINTESE DA PRODUCAO DO APAC - JUL/2009 12:35:41

UNIDADE : -----

APAC: 350922248434-0 Validade: 01/05/2009 - 31/07/2009 Tipo:CONTINUIDADE

Principal: 030501010-HEMODIALISE II (MAXIMO 3 SESSOES PO Rms:1153 31/07/2009

Paciente : 801434175657121 - -----

Mae : -----

Responsavel: ===== Sexo : M Dt.Nasc.: 14/01/1969

Municipio : 355030 SAO PAULO

Carater de atend.: Raca:02 PRETA

Mot.Saida/Perm.: 21 - PERMANENCIA POR CARACT.PROPRIAS DA DOENC

Processamento:07/2009 Producao:07/2009

C.I.D. PRINCIPAL N180

SECUNDARIO

CAUSAS ASSOCIADAS

TRU : 350

INSCRITO NA LISTA DA CNCDO : S (S/N)

ALBUMINA : 4 (%) HB : 10 (g%)

aa HIV : N (P/N)

aa HCV : N (P/N)

HBs Ag : N (P/N)

QTD. DE INTERVENCAO DE FISTULA:

MEDICO SOLICITANTE: . . - -----

CNS: 207270189860004

AUTORIZADOR: -----

CNS: 000000000000000

SQ PROC.	Qt.Prz.	VI.Prz.	Qt.Apvd	VI.Apvd	SITUACAO
01 030501010-7 223139	13	1.874,21	13	1.874,21	APROVADO TOTALMENTE
02 020202037-1 221105	2	3,06	2	3,06	APROVADO TOTALMENTE
03 020201069-4 221105	2	3,70	2	3,70	APROVADO TOTALMENTE
04 020201031-7 221105	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
05 020201060-0 221105	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
06 020201021-0 221105	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
07 020201043-0 221105	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
08 020201065-1 221105	1	2,01	1	2,01	APROVADO TOTALMENTE
09 020201047-3 221105	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
10 020202030-4 221105	1	1,53	1	1,53	APROVADO TOTALMENTE
11 020203097-0 221105	1	18,55	1	18,55	APROVADO TOTALMENTE
12 020203063-6 221105	1	18,55	1	18,55	APROVADO TOTALMENTE
13 020201067-8 221105	1	3,51	1	3,51	APROVADO TOTALMENTE
14 030501009-3 223139	1	143,89	143,89		APROVADO TOTALMENTE

Registros obrigatórios para o correto faturamento:

Hemodiálise

- Registros completos das sessões de hemodiálise (prescrição médica da sessão, dados da execução e parâmetros de controles, entre outros)
- Resultados dos exames cobrados na competência
- Comprovação da realização do acesso cobrado por meio de descrição cirúrgica, quando houve;
- Frequência Individual devidamente assinada pelo paciente ou responsável nos dias das sessões

Tratamento ambulatorial do câncer

APAC ONCOLOGIA – RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA

AGRDECIMENTOS ESPECIAIS

Dra. Maria Inez P. Gadelha

Dra. Maria Adelaide de Sousa Werneck

RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA:

Guilherme J. R. Pereira

Serviço de Radioterapia
Instituto Nacional de Câncer

Tel.: (21) 2506-6194

Endereço Eletrônico: arnt@inca.gov.br

Impacto do câncer no mundo

14,1 milhões
de novos casos a cada
ano no mundo todo



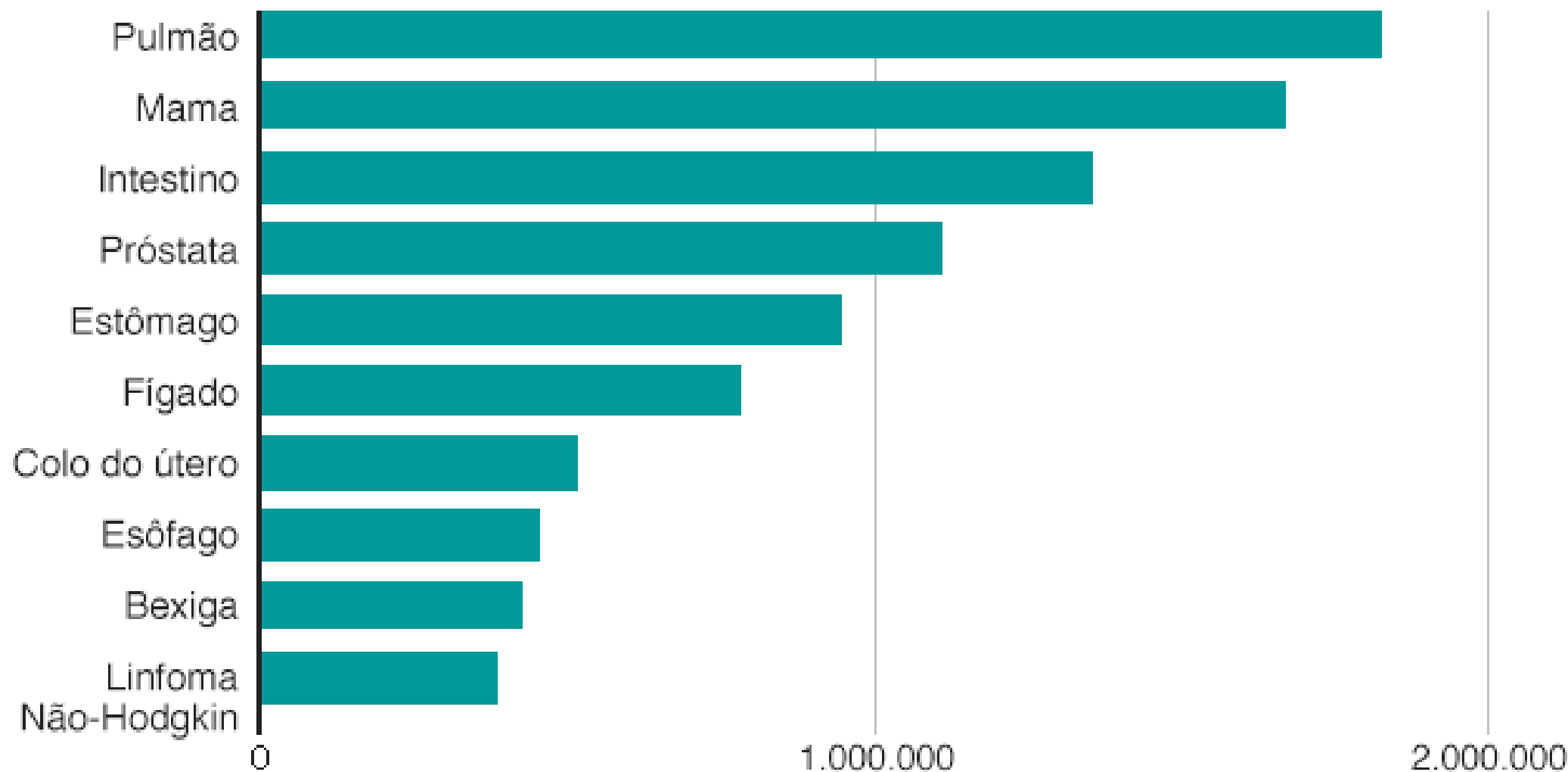
Fonte: Globocan

8,2 milhões
de pessoas morrem de câncer a cada ano



uma estimativa de 13% de todas
as mortes no mundo todo

10 tipos de câncer mais comuns diagnosticados no mundo todo

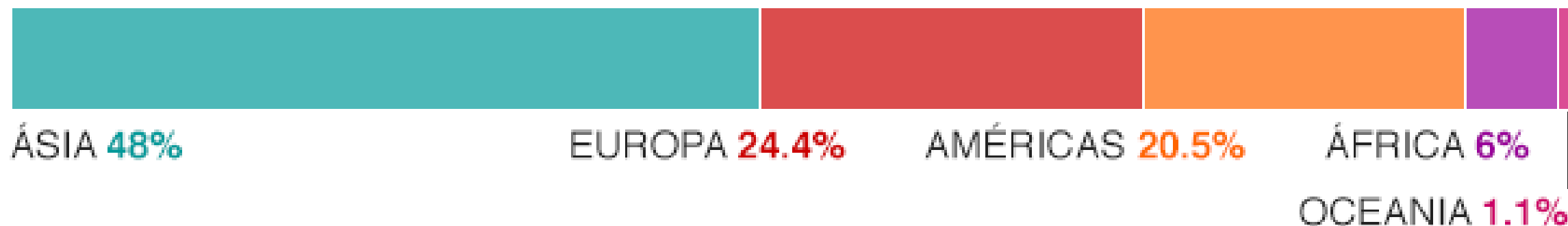


Fonte: Cancer Research UK, Globocan, Estimativas de 2012

O câncer no mundo

Distribuição de câncer por região

Novos casos 14,1 milhões



Mortalidade dos casos 8,2 milhões

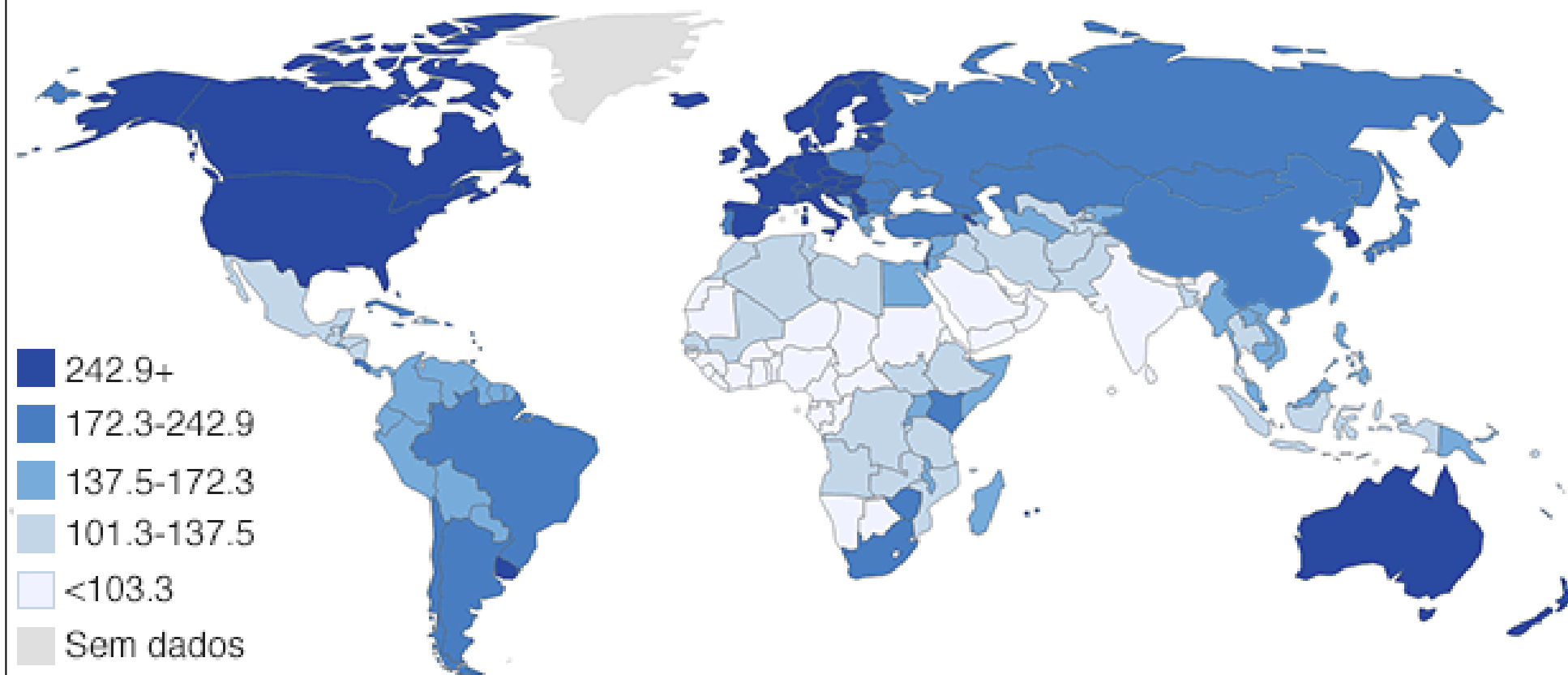


Fonte: Globocan

O câncer no mundo

Incidência de câncer no mundo todo*

Homens e mulheres combinados



Fonte: Globocan, 2012 | *todos os tipos de câncer exceto câncer de pele do tipo não-melanoma
Taxa padrão por idade a cada 100 mil pessoas

O câncer no mundo

FATORES DE RISCO

UM TERÇO DE TODOS OS CÂNCERES TEM QUATRO FATORES PRINCIPAIS DE RISCO

1. TABAGISMO

2. Dieta e obesidade

3. Álcool

4. Sedentarismo

Quem realiza s principais ações no enfrentamento dos fatores de risco?

O câncer no mundo

ACESSO A ANALGÉSICOS PARA PACIENTES DE CÂNCER AO REDOR DO MUNDO

- **99%** de todas as mortes sem tratamento e dolorosa ocorrem nos países em desenvolvimento
- **90% do consumo** global de analgésicos opióides ocorre em Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Estados Unidos e alguns países Europeus;
- **Menos de 10%** dos remédios é consumido por 80% da população mundial

Worldcancerday.org

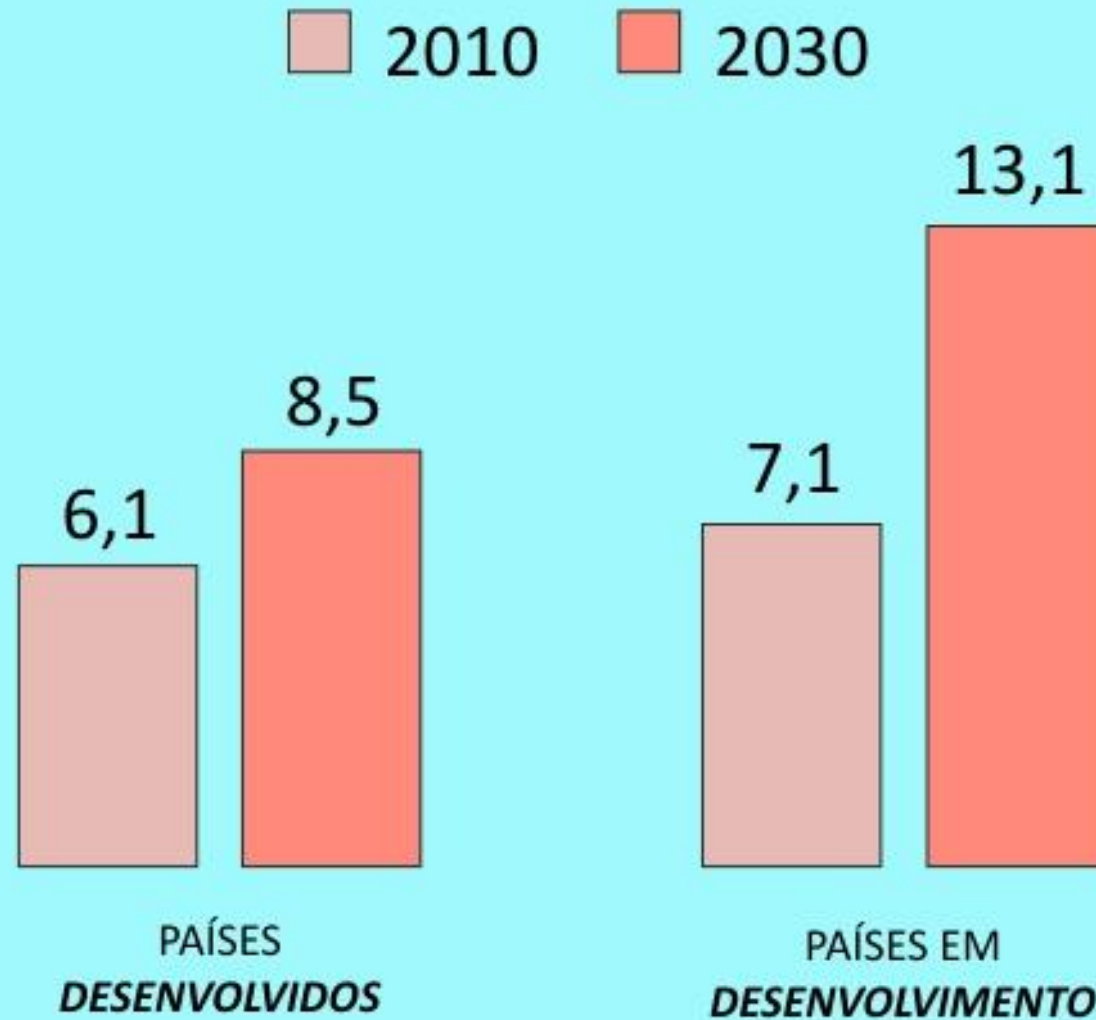
O câncer no mundo

VIVENDO COM O CÂNCER

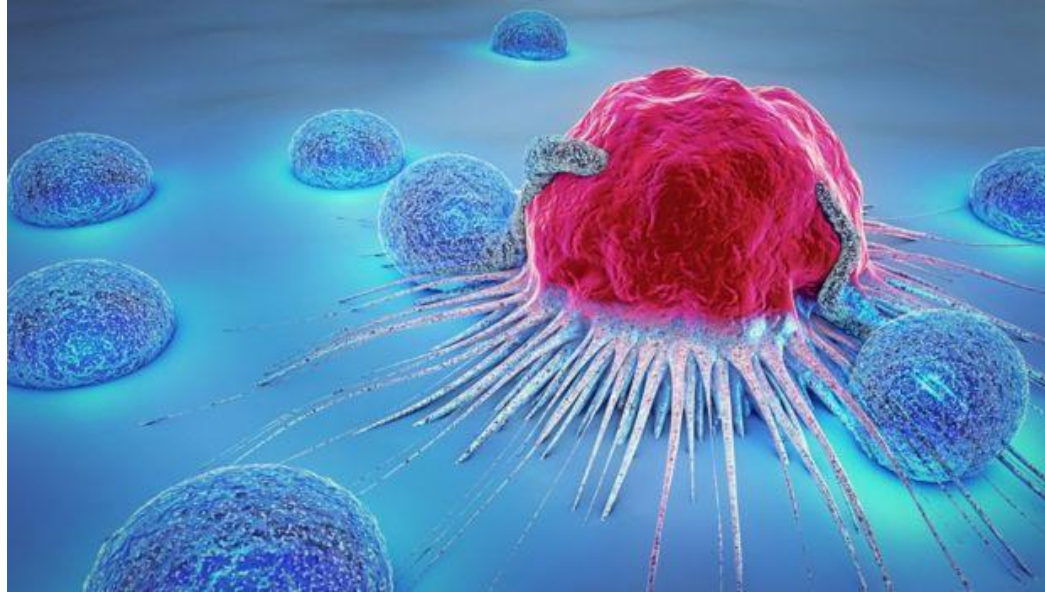
- **169,3 milhões** é o número de anos de vida saudável que deverão ser perdidos ao redor do mundo por causa da doença
- **32,6 milhões** de pessoas vivem com câncer no mundo (aquelas diagnosticadas em 2007 e que estavam vivas até o final de 2012, ano que marca as mais recentes estatísticas)

GLOBOCAN, 2008 e 2012

CASOS NOVOS DE CÂNCER (milhões de casos)



Quanto o câncer custa à economia do Brasil?



“Na média, cada vida perdida por câncer no Brasil gera uma perda econômica de US\$ 53,3 mil - sem contar os gastos com tratamento de saúde”

Quanto o câncer custa à economia do Brasil?



O custo das mortes por tabagismo no Brasil foi estimado em US\$ 402 milhões por ano

Quanto o câncer custa à economia do Brasil?

O impacto humano do câncer é bem conhecido: são mais de 225 mil mortes no Brasil a cada ano. Mas agora, um estudo inédito também mediu as perdas que esse mal impõe à economia, levando em conta o recuo na produtividade causado pelos 87 mil óbitos registrados na população economicamente ativa - ou seja, pessoas com idade entre 15 a 65 anos.

A estimativa é de que o país sofra um prejuízo **de US\$ 4,6 bilhões anuais, o equivalente a R\$ 15 bilhões e a 0,21% de toda a riqueza gerada.**

O cálculo considera a renda média dos profissionais, quantos anos deixaram de ser trabalhados e com quanto eles poderiam ter contribuído economicamente por meio de salário e emprego até o final da carreira. Não foram incluídas crianças, pessoas que estavam em idade de aposentadoria e os gastos de saúde com os doentes.

“ESTIMATIVAS DE CASOS DE CANCER NO BRASIL

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>

Existem três formas de tratamento do câncer:

cirurgia, - Procedimentos informados na AIH

radioterapia e

quimioterapia.



Procedimentos Informados na APAC

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica.

APAC ONCO

- APAC = PORTARIA 2.043, DE 14/10/96
- PORTARIA Nº 3.536 DE 2 DE SETEMBRO DE 1998 - define as normas de autorização e a codificação dos procedimentos de quimioterapia e radioterapia no âmbito do SUS

TRATAMENTO DE CÂNCER RESUMIDO POR ESTÁDIOS

Estádio 0

Cirurgia (CIR)

Radioterapia (RT) ou não (1)

Estádio I

CIR ou não (1)

RT ou não (1)

Quimioterapia (QT) adjuvante ou não (1)

QT curativa (2)

Estádio II

CIR

RT

QT adjuvante

QT prévia ou não (1)

QT curativa (2)

Estádio III

CIR

RT

QT prévia

QT adjuvante

QT curativa (2)

QT de controle ou não (1)

Estádio IV ou Recidiva

CIR ou não (1)

RT ou não (1)

QT paliativa

QT curativa ou não (1 e 2)

QT de controle ou não (1)

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

(2) Tumores curáveis pela QT.

Cobrança e Pagamento de Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia

Controle e Avaliação/Auditoria

Consultoria à Distância/Pareceres

Planejamento e Programação

Organização da Assistência Oncológica

Epidemiologia/Registro Hospitalar de Câncer

Produção Científica/Avaliação de Resultados

Estimativa da demanda atendida e reprimida

RADIOTERAPIA

Usuário: publico

- Procedimento
- Compatibilidades
- Tabelas
- Relatórios

Consultar Procedimento Publicado

Pesquisar Procedimento por

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 04 - Tratamento em oncologia

Forma de Organização:

Código: 01 - Radioterapia

Nome: 02 - Quimioterapia paliativa - adulto

Origem:

Código:

Documento de Publicação:

Documento: Numero:

Tipo: Ano:

Orgão:

Competência

Competência: 05/2014

O QUE É A RADIOTERAPIA (RT)?

A radioterapia é uma modalidade clínica que consiste na utilização de radiações ionizantes para tratamento do câncer. A radiação age no DNA da célula, causando danos que podem levar à morte das células tumorais. Eventualmente, também é usada para tratamento de doenças benignas.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 70% dos pacientes com diagnóstico de câncer serão submetidos à radioterapia em alguma fase de seu tratamento.

Demanda Populacional por Radioterapia

“A Organização Mundial de Saúde recomenda um máquina de megavoltagem para cada 250.000 a 300.000 habitantes”

RinfussaM et al. *RepPractOncol Radiother* 18:159-172, 2013



Aparelhos de Megavoltagem no Brasil

Total: 357 aparelhos de megavoltagem

Disponibilidade 1/ 300.000 habitantes

- Norte: 0,23
- Nordeste: 0,28
- Centro-Oeste: 0,41
- Sudeste: 0,75
- Sul: 0,66
- Brasil: 0,54

Aparelhos de Megavoltagem no Brasil

	Sudeste	Sul	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
■ Co (60)	27	8	8	3	2
■ Aceleradores	179	56	45	10	19
■ HDR	83	23	18	18	8
■ LDR	21	0	0	0	0

O Brasil possui 243 aparelhos para tratamento de radioterapia na rede pública em funcionamento.

Até 2019, considerando inclusão de novos aparelhos e substituição e novas habilitações, serão 331 equipamentos de radioterapia

OBJETIVO DA RT:

Estabelecer a dose de radiação a determinado volume de doença com o mínimo dano aos tecidos saudáveis, proporcionando a cura ou aumentando a sobrevida do paciente, com a melhor qualidade de vida possível.

FINALIDADES DA RADIOTERAPIA

- PALIATIVA
- PRÉ-OPERATÓRIA
- PÓS-OPERATÓRIA
- CURATIVA
- ANTI-ÁLGICA
- ANTI-HEMORRÁGICA

Radioterapia paliativa

Objetiva o tratamento local do tumor primário ou de metástase(s), sem influenciar a taxa da sobrevida global do paciente. Geralmente, **a dose aplicada é menor do que a dose máxima permitida para a área.**

Radioterapia Pré-Operatória (RT Prévia ou Citorredutora)

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

Radioterapia Curativa

Consiste na principal modalidade de tratamento e visa à cura do paciente. A dose utilizada é **geralmente a dose máxima que pode ser aplicada na área.**

Radioterapia Pós-Operatória ou Pós-QT (RT Profilática)

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

RADIOTERAPIA ANTI-ÁLGICA

Radioterapia paliativa com esta finalidade específica. Tanto pode ser aplicada em dose única como pode ser aplicada diariamente ou, em doses diárias maiores, semanalmente.

Como é de **finalidade paliativa**, a **dose total é menor do que a máxima permitida para a área, exceto nos casos especificados como metástases.**

RADIOTERAPIA ANTI-HEMORRÁGICA

Radioterapia paliativa com esta finalidade específica. Como é de finalidade paliativa, a **dose total deve ser menor do que a máxima permitida para a área**, podendo ser aplicada em dose única ou diária, porém, excepcionalmente, **pode se maior** que a máxima.

RADIOTERAPIA

```
graph TD; A[RADIOTERAPIA] --> B[EXTERNA]; A --> C[INTERNA]; B --- D["Roentgenterapia<br/>Cobaltoterapia<br/>Acelerador linear só de fótons<br/>Acelerador linear de fótons e elétrons"]; C --- E["Betaterapia<br/>Radiomoldagem<br/>Braquiterapia de baixa taxa de dose<br/>Iodoterapia<br/>Braquiterapia de alta taxa de dose (HDR)"]
```

EXTERNA

Roentgenterapia
Cobaltoterapia
Acelerador linear só de fótons
Acelerador linear de fótons e elétrons

INTERNA

Betaterapia
Radiomoldagem
Braquiterapia de baixa taxa de dose
Iodoterapia
Braquiterapia de alta taxa de dose (HDR)

RADIOTERAPIA

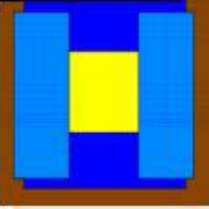


- **Braquiterapia:** tratamento à curta distância
“A palavra braquiterapia origina-se do grego (brachys = junto, próximo)”

- **Teleterapia:** tratamento à longa distância

Evolução da Radioterapia

1960



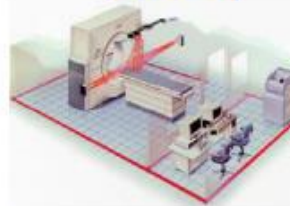
Acelerador reduzindo complicações comparado ao Co60

1970



Blocos para reduzir efeitos colaterais

1980

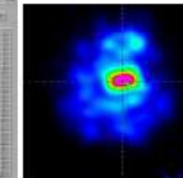
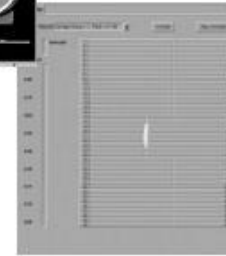
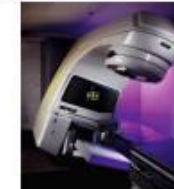


Planejamento computadorizado-3D



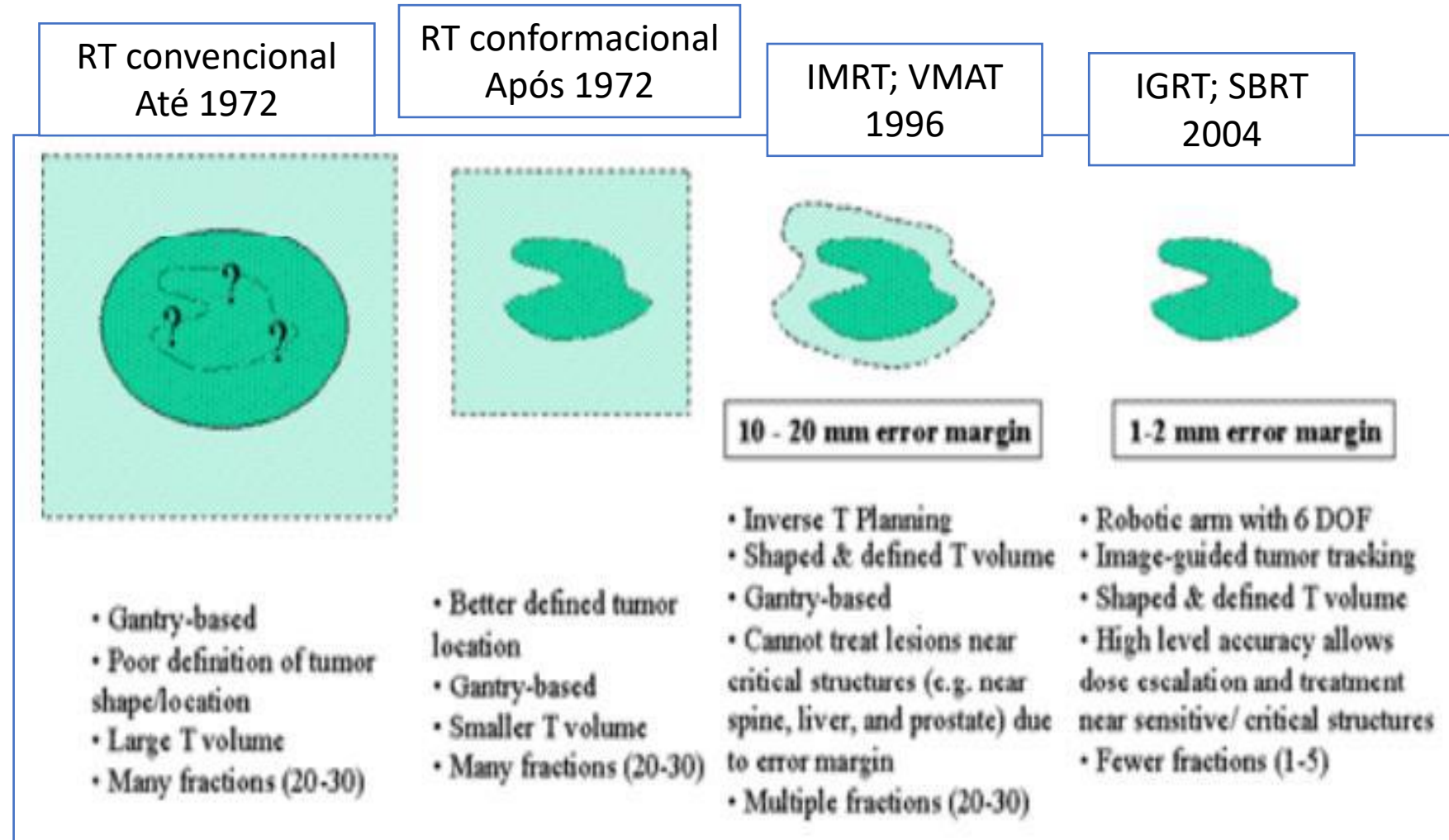
Multilaminas para RT-3D, que permitiu os primeiros estudos de aumento de dose

1990/2000



Introdução do IMRT possibilitando aumento de dose e redução de complicações

Evolução da Precisão e Qualidade do Tratamento com Radioterapia



Modalidades de tratamento de teleterapia:

- Convencional (2D)
- Conformacional (3D)
- IMRT (Intensity Modulated Radioteraphy)
- VMAT (IMRT ARC)
- IGRT (Image Guided)
- SBRT
- Radiocirurgia
- Gating

Modalidades de tratamento de teleterapia:

- **Radioterapia Conformacional (3D)**

“A radioterapia conformacional 3D (3D-RT) é uma forma avançada de radioterapia externa que utiliza imagens adquiridas por tomografia computadorizada, ressonância magnética ou tomografia por emissão de pósitrons e as transfere ao computador de planejamento para criar uma imagem tridimensional do tumor, possibilitando que múltiplos feixes de radiação de intensidade uniforme possam ser conformados exatamente para o contorno determinado da área alvo de tratamento, com as margens de segurança determinadas”

Modalidades de tratamento de teleterapia:

- IMRT (Intensity Modulated Radioteraphy)

“A IMRT é baseada na aceleração linear desenvolvida no final dos anos 90 que, além de permitir a conformação da radiação para o contorno da área alvo, ainda utiliza múltiplos feixes de radiação angulares e de intensidades não uniformes. Esta técnica é uma evolução temporal da 3D-RT por ser capaz de modular o feixe de tratamento, oferecendo maior intensidade de dose na área de interesse e poupando as áreas onde esta Intensidade não é desejada.”

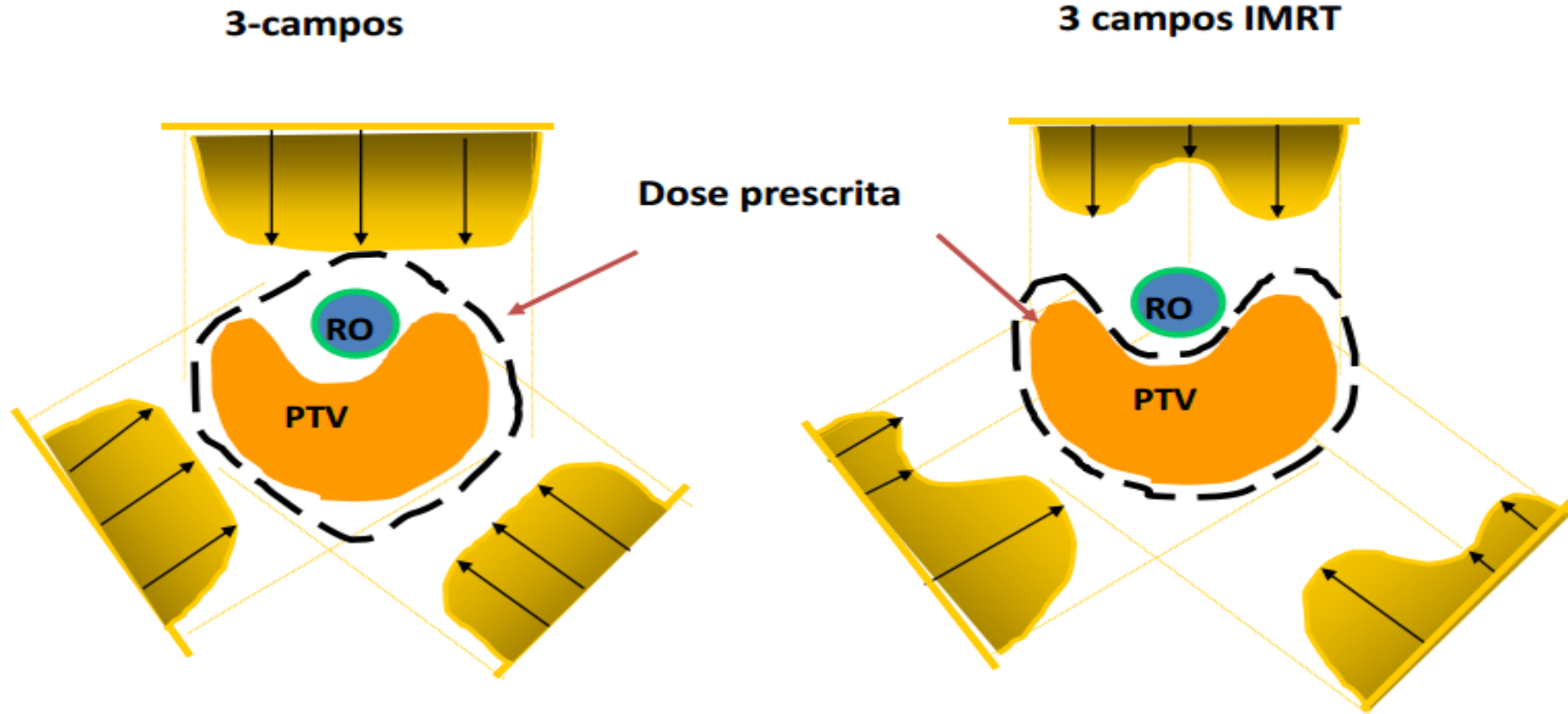
IMRT combina dois avanços comparado ao 3D-CRT:

1. Planejamento inverso do tratamento com otimização por computador.

2. Controle computacional da modulação da intensidade do feixe de radiação durante o tratamento.

Intensidade modulada do feixe

RT-3d vs. IMRT



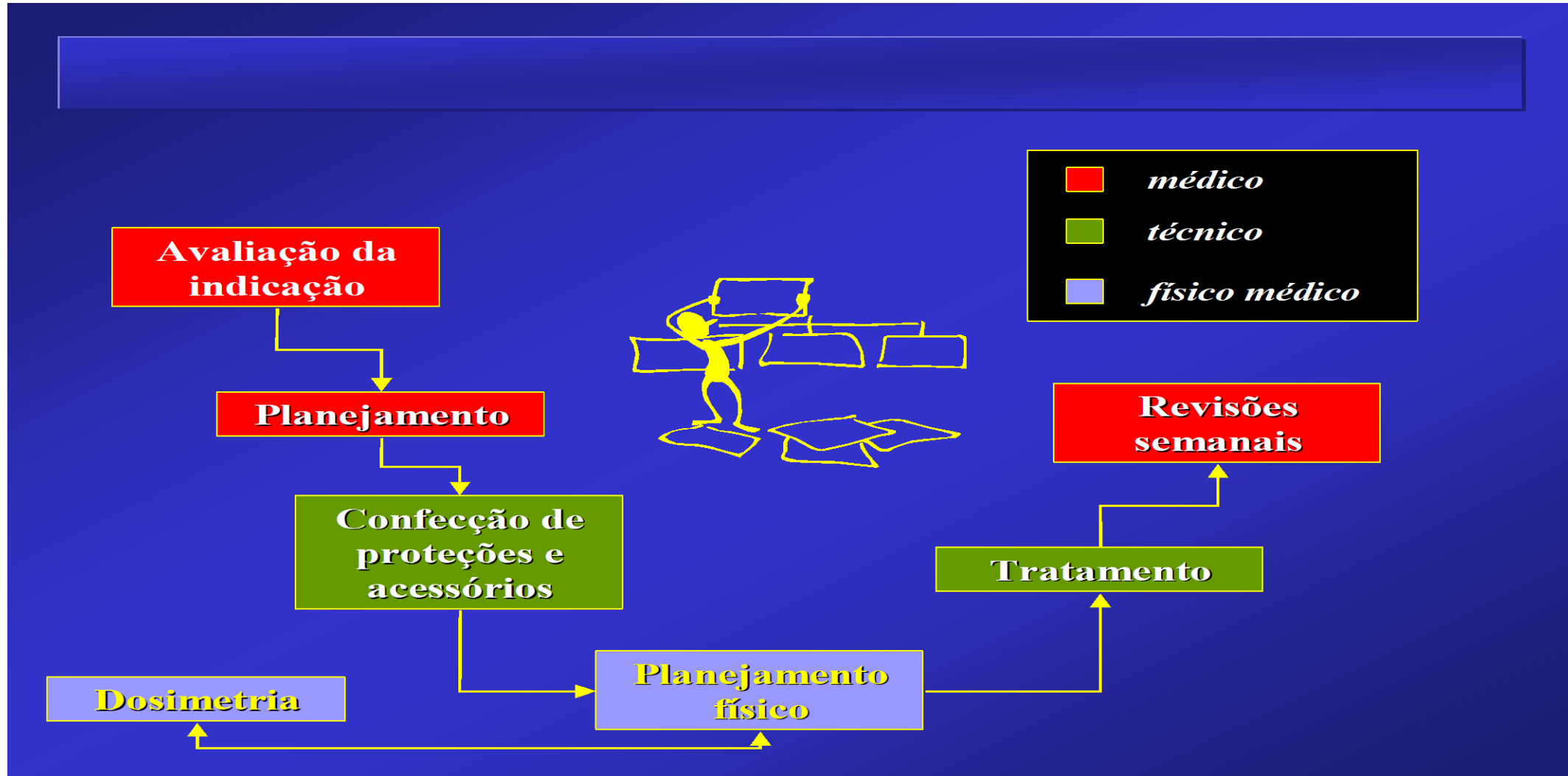
Modalidades de tratamento de teleterapia:

Radioterapia Estereotóxica Corporal (SBRT)

(SBRT= Stereotactic Body Radiotherapy)

“A radioterapia estereotóxica corporal constitui um tipo de radioterapia de alta precisão e cuja localização se reporta, habitualmente, às localizações extracranianas, como sucede com as metástases pulmonares, hepáticas ou que se localizem perto de áreas muito sensíveis (como a medula) e nas quais seja necessário libertar doses elevadas que excedem a tolerância normal dos órgãos, junto das quais se encontram.”

Fluxograma de Tratamento



Planejamento

Volume de Tratamento

Dose e Fracionamento

Técnica de Tratamento

Planejamento

~~**03.04.01.020-0 - PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO) Valor: 60,00**~~

Procedimento que tem a finalidade de estabelecer as doses e a programação da aplicação da radioterapia externa por meio não computadorizado

~~**03.04.01.018-9 - PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO) Valor: R\$ 120,00**~~

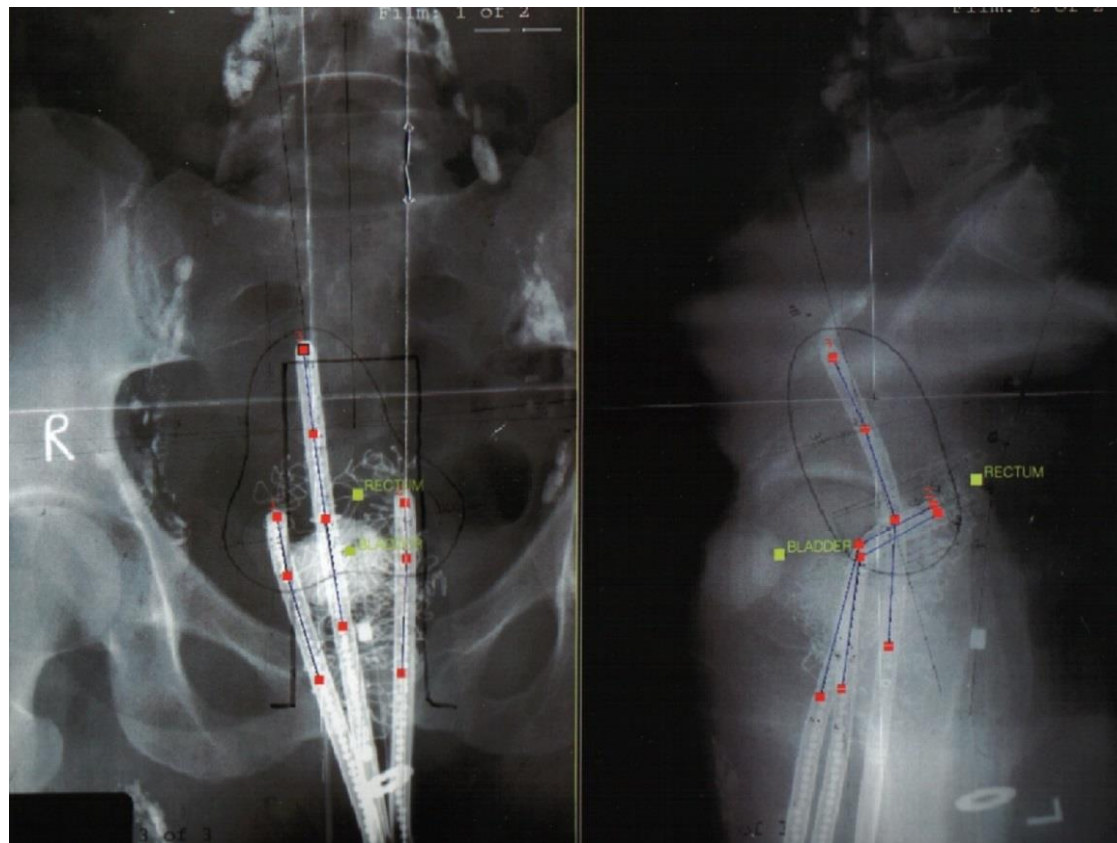
Procedimento que tem a finalidade de estabelecer as doses e a programação da aplicação da radioterapia externa por meio computadorizado. ...

~~**03.04.01.031-6 - PLANEJAMENTO PARA RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO).--
Valor: R\$ 480,00**~~

Planejamento baseado na reconstituição tridimensional (3d), para a radioterapia conformada (conformacional) de Adenocarcinoma de Próstata em estágio I ou II e de Tumor Cerebral.

Não inclui o exame de tomografia computadorizada...

Planejamento Braquiterapia



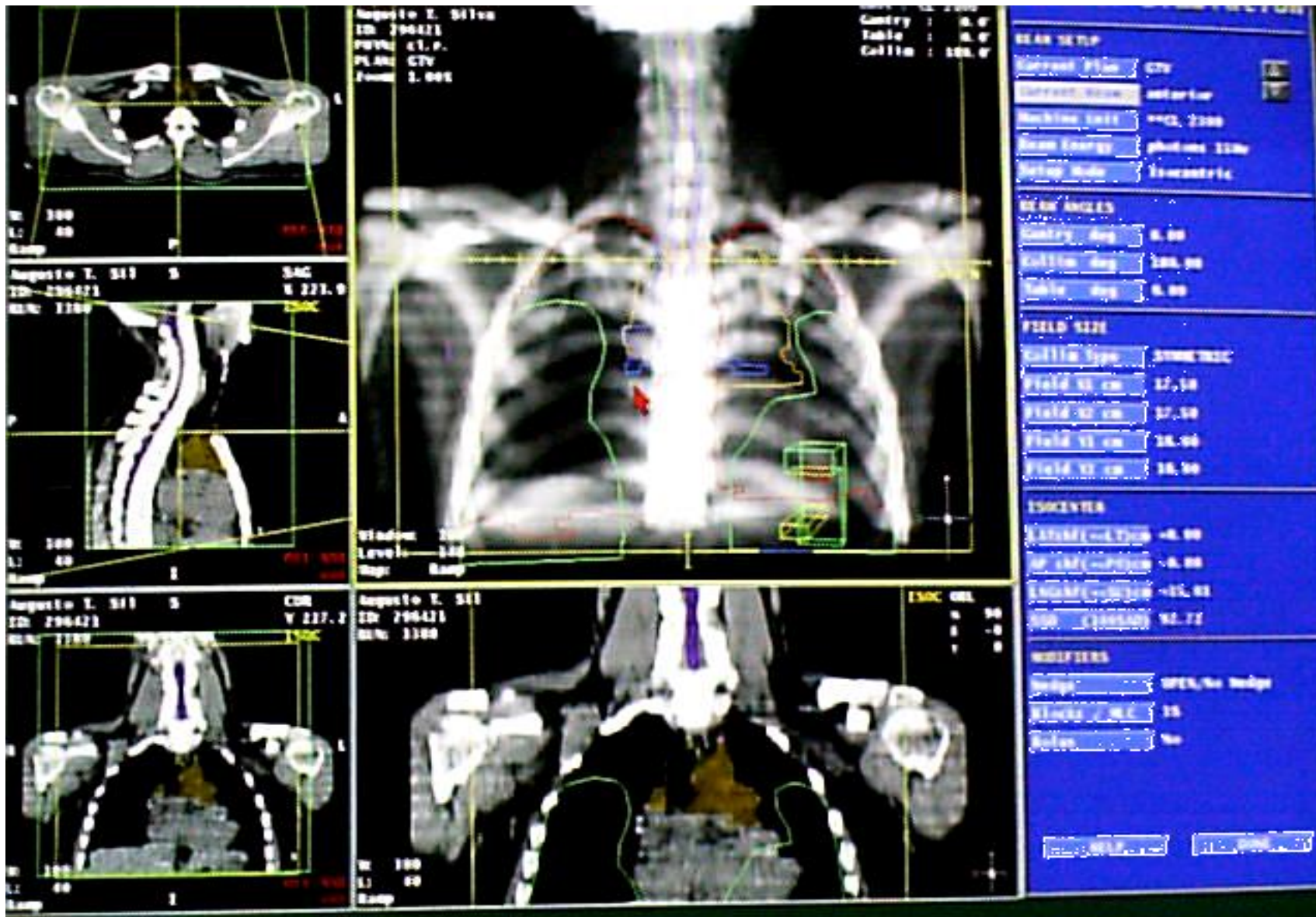
Fonte: Apres Prof. Dr. Guilherme J. R. Pereira - INCA

Simulação 2D



Fonte: Apres Prof. Dr. Guilherme J. R. Pereira - INCA

Simulação 3D

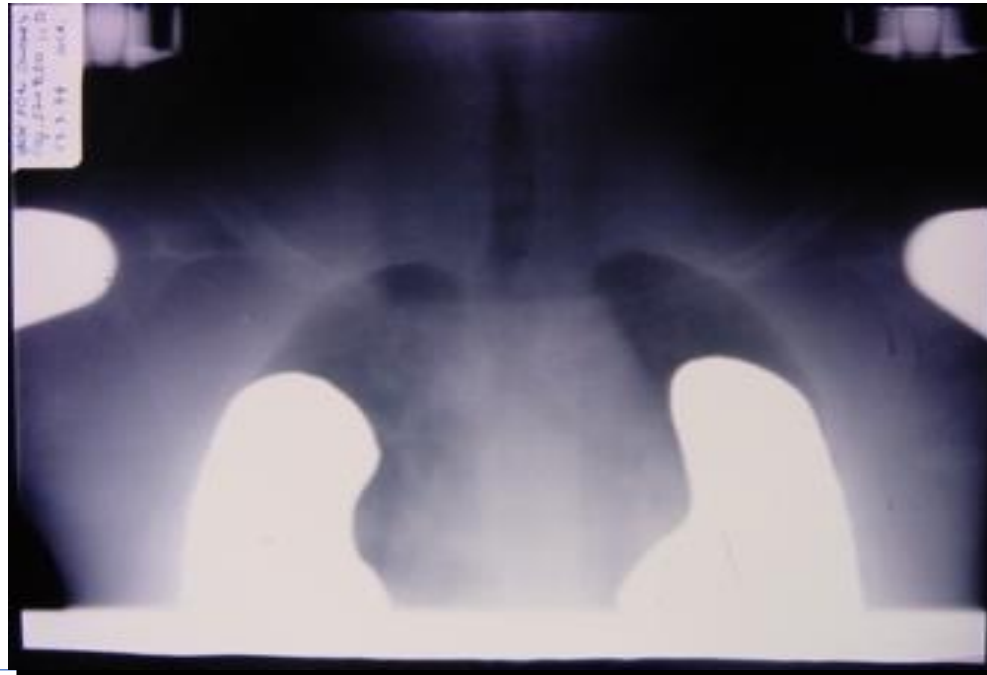


Fonte: Apres Prof. Dr. Guilherme J. R. Pereira - INCA

03.04.01.008-1 - VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA

Descrição: Técnica de imagem utilizada no planejamento radioterápico e na verificação periódica da adequação da aplicação da radioterapia, permitindo verificar se área delimitada encontra-se enquadrada nos campos planejados. O procedimento mensal corresponde a média dos quantitativos de imagens utilizáveis em um mês de radioterapia.

Valor: ~~R\$ 30,00~~ Quantidade Máxima: 1



03.04.01.030-8 - COLIMAÇÃO PERSONALIZADA

Descrição: Artefato resistente a radiação desenhado de forma personalizada para proteção de áreas supersensíveis (como o sistema nervoso central, conteúdo orbitário, pulmões, mucosa retal). **Quantidade máxima:** 04 ~~Valor: R\$~~
52,00



Modalidades de Braquiterapia

Contato - betaterapia

Placas ou discos - Co^{60} , Sr^{90}

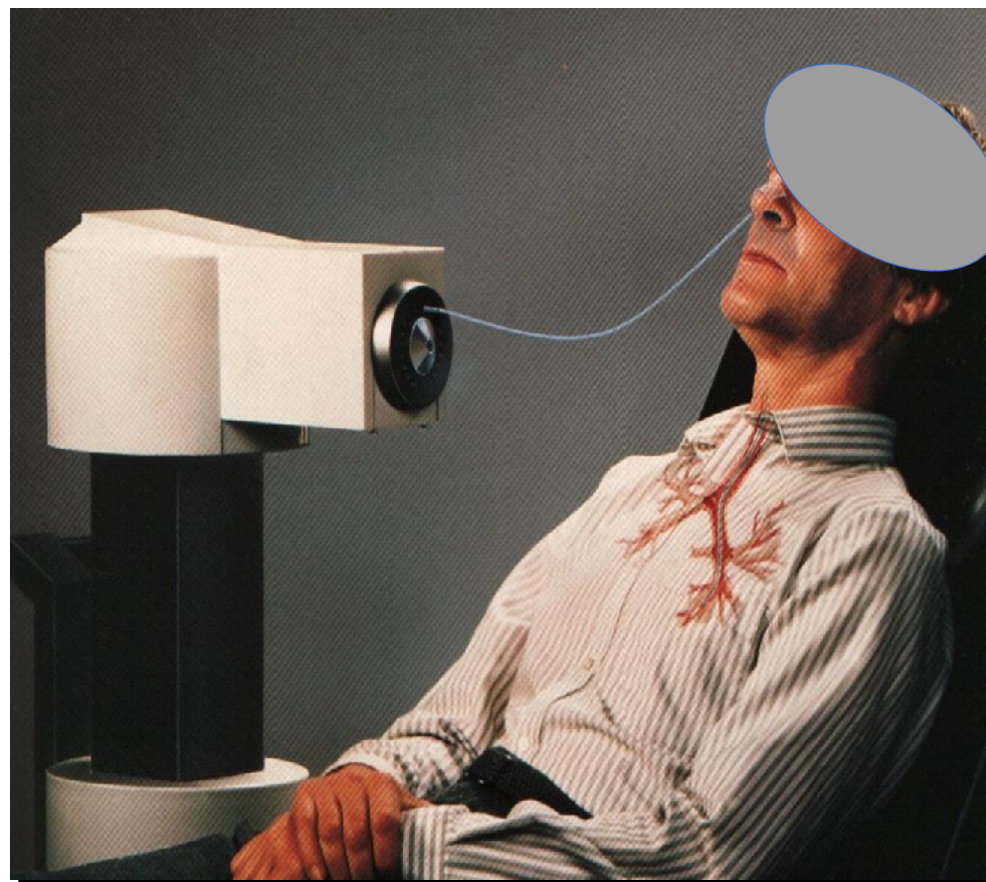
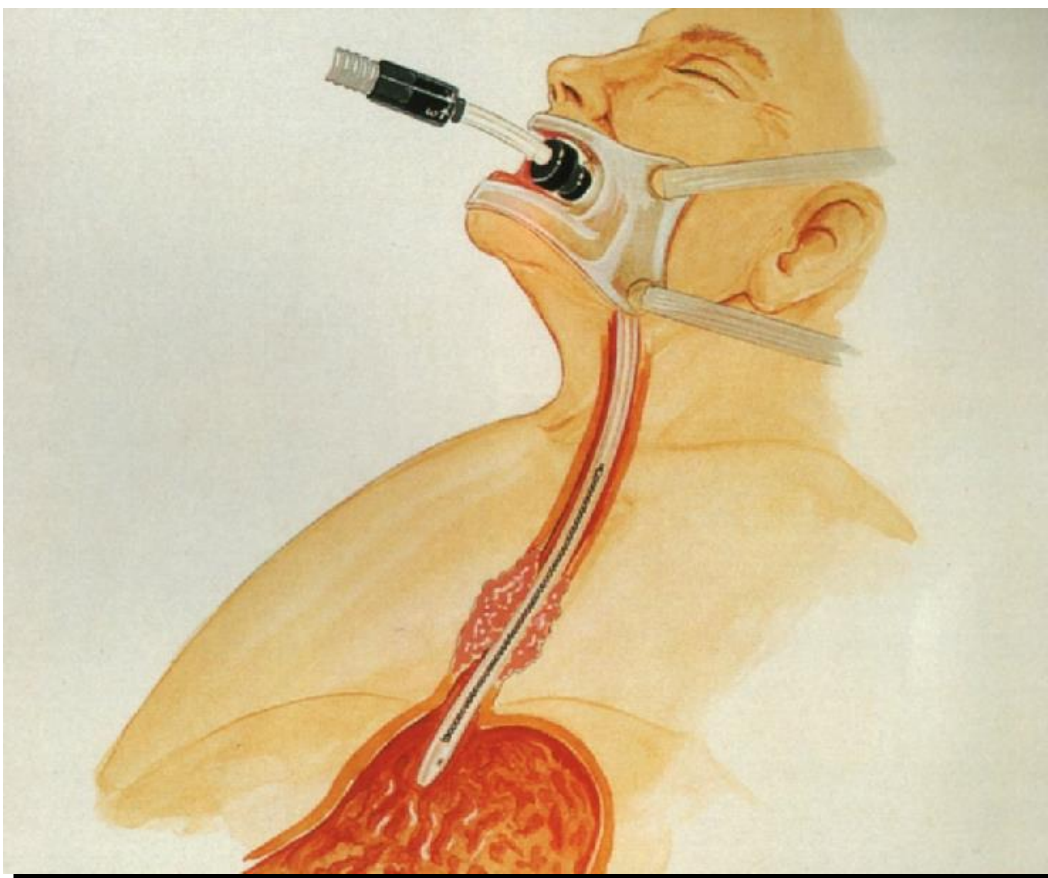
Intraluminal

Intracavitária

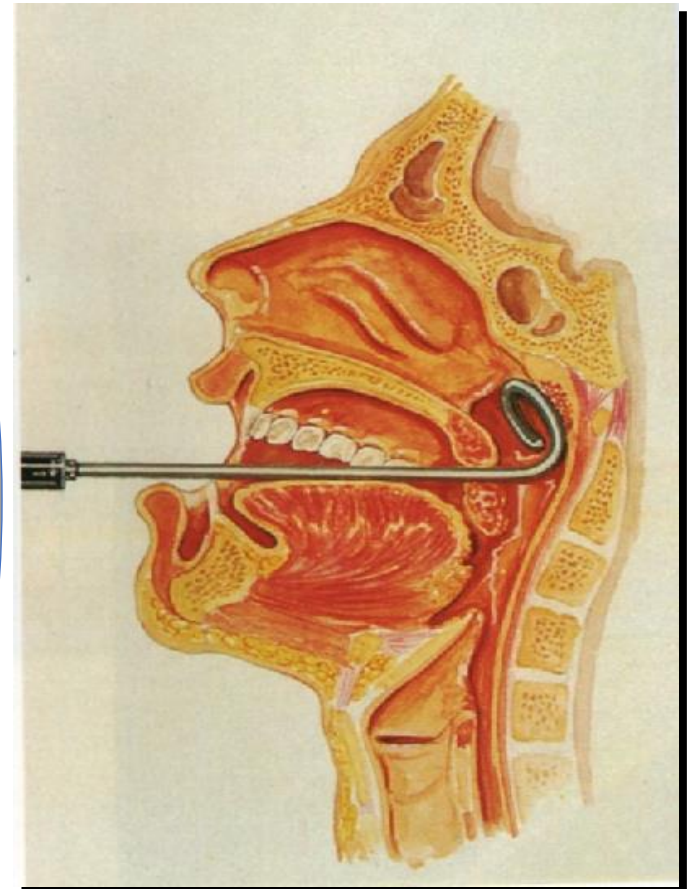
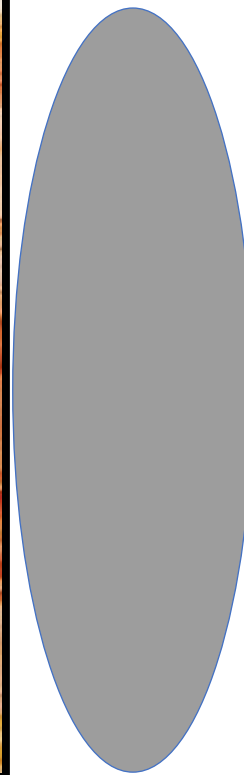
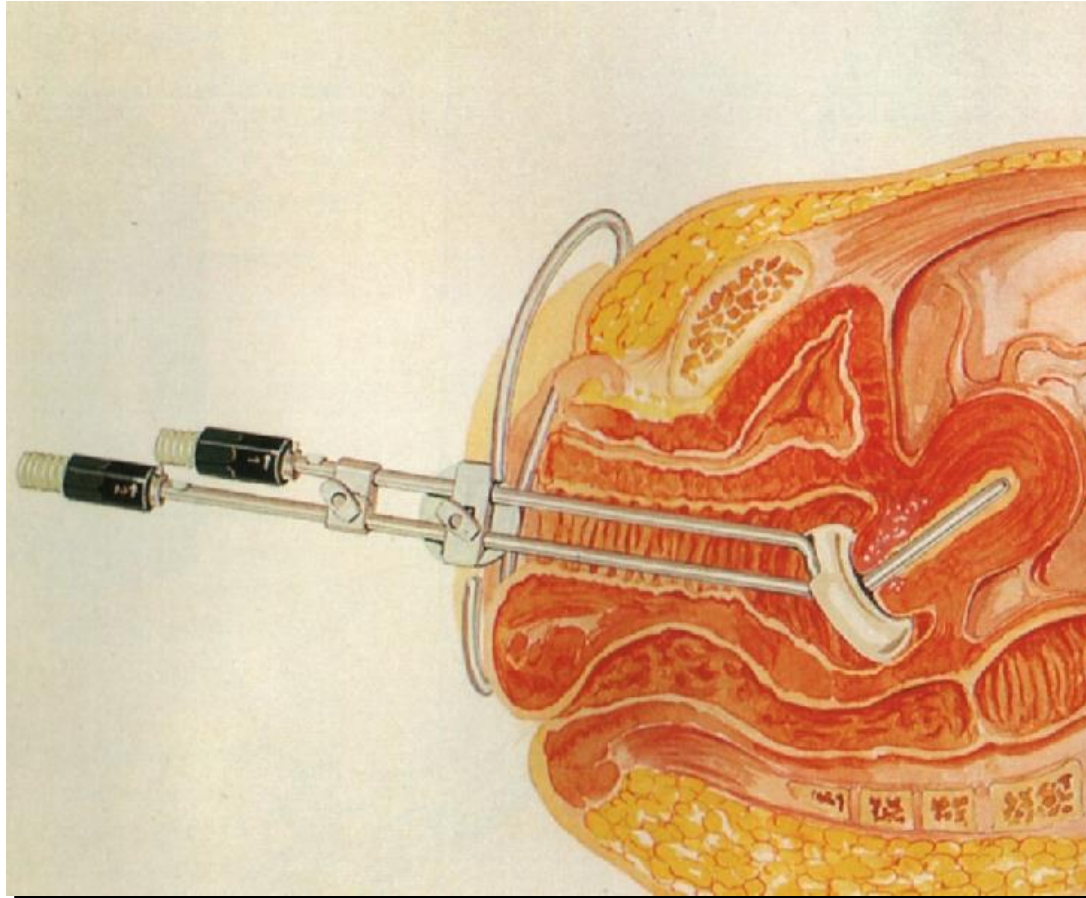
Intersticial

Sementes e fios - Cs^{137} , Ir^{192} , Pd^{103} , I^{125}

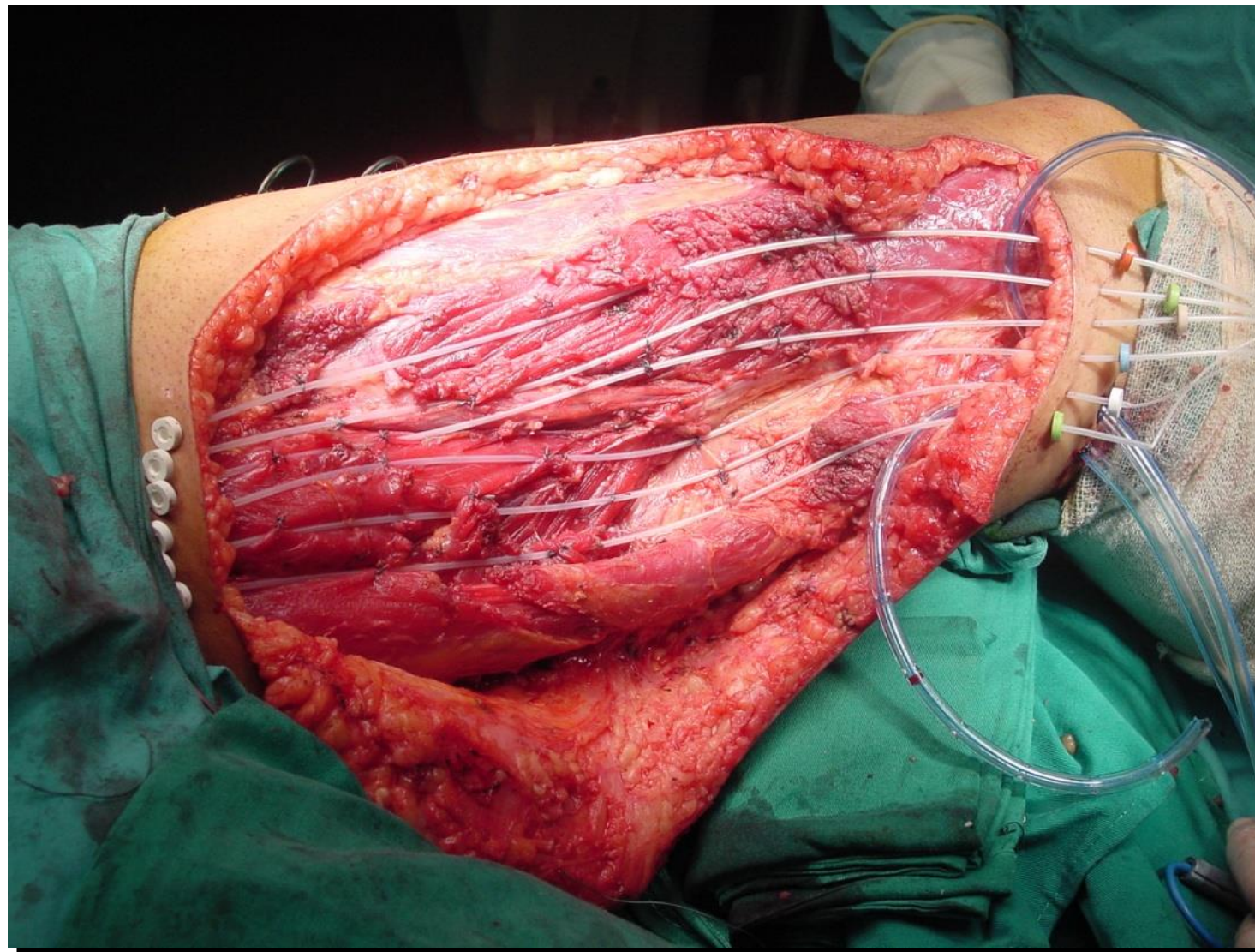
Modalidades de Braquiterapia INTRALUMINAL Alta taxa (HDR)



Modalidades de Braquiterapia INTRACAVITÁRIO HDR e LDR



Modalidades de Braquiterapia INTERSTICIAL HDR e LDR



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

Art. 2º **Ficam mantidos** na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos a seguir especificados:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.04.01.011-1	Internação p/ radioterapia externa (cobaltoterapia / acelerador linear)
03.04.01.017-0	Narcolese de criança (por procedimento)

Art. 3º Fica alterado na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o nome do procedimento 0304010340, para Narcose para braquiterapia (por procedimento).

Art. 4º Fica alterada na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, a descrição dos procedimentos a seguir especificados:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	NOVA DESCRIÇÃO
0304010340	Narcole para braquiterapia (por procedimento)	Sedação/anestesia para se manter a necessária imobilidade durante a braquiterapia ginecológica, prostática, de pele ou de partes moles, quando indicada.
0304010359	Internação para radioterapia estereotáxica de sistema nervoso central	Internação de paciente (criança, adolescente e adulto) para radioterapia estereotáxica de sistema nervoso central, em dose única (radiocirurgia) ou em múltiplas frações (dose fracionada), encaminhado de um estado a outro por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Admite registro e cobrança concomitantes com o procedimento 03.04.01.051-0 - Radioterapia estereotáxica. Excludente com os procedimentos 03.04.01.011-1 - Internação p/ radioterapia externa (cobaltoterapia /acelerador linear) e 03.04.01.059-6 Internação para Braquiterapia.

Art. 5º Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos relacionados no Anexo a esta Portaria.

§1º Cada procedimento radioterápico 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.

§2º Procedimentos de radioterapia **que, em sua descrição, incluem a irradiação da cadeia de drenagem linfática não devem ser autorizados concomitantemente com o procedimento 0304010545 Radioterapia de cadeia linfática**; no caso dos procedimentos cuja descrição especificam não a incluir, a concomitância com o procedimento 0304010545 Radioterapia de cadeia linfática não é geral nem obrigatória, aplicando-se apenas quando indicada

§3º Deverá ser liberada somente uma Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) por tratamento, independentemente do número de sessões ou duração da radioterapia

§4º A APAC de radioterapia será única, com validade fixa e máxima de 3 (três) meses.

§5º Dois procedimentos de radioterapia realizados em um mesmo paciente, de forma sequencial, em uma mesma localização ou em localizações distintas deverão ser registrados em APAC distintas, desde que respeitadas a compatibilidades entre os mesmos quando a localização for a mesma, constantes do Anexo II.

§6º Em caso de dois procedimentos de radioterapia de um mesmo sítio anatômico em um mesmo paciente de forma sequencial, deverão ser registrados em APAC distintas desde que sejam observadas as compatibilidades constantes do Anexo II.

§7º Em caso de dois procedimentos de radioterapia de sítios anatômicos distintos e em um mesmo paciente, o máximo de APAC únicas liberadas serão duas, desde que sejam observadas as compatibilidades constantes do Anexo II.

Art. 6º Caso de carcinoma in situ deve ser considerado estágio 0 de câncer e, assim, codificado no Capítulo II da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).





















Art. 7º Em caso de óbito do paciente ou suspensão do tratamento no transcurso do mesmo, o procedimento registrado será ressarcido integralmente desde que se tenham iniciado as aplicações do tratamento planejado de forma compatível com a expectativa de vida do paciente.

Art. 8º Em caso de radioterapia de resgate, será autorizada somente uma vez nova APAC para um mesmo procedimento radioterápico para re-irradiação de um mesmo sítio anatômico em um mesmo paciente, desde que respeitado o período mínimo de 6 (seis) meses entre o término do primeiro tratamento e o início do segundo.



















Procedimentos

Excluídos / Incluídos - 05/2019



















PORTARIA SAS/MS nº 263 de 22/02/19 –

Procedimento		
	03.04.01.001-4 - BETATERAPIA DÉRMICA (POR CAMPO)	
	03.04.01.002-2 - BETATERAPIA OFTÁLMICA (POR CAMPO)	
	03.04.01.003-0 - BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (POR CAMPO)	
	03.04.01.004-9 - BRAQUITERAPIA	
	03.04.01.005-7 - BRAQUITERAPIA COM FIOS DE IRIIDIUM	
	03.04.01.006-5 - BRAQUITERAPIA COM IODO 125 / OURO 198	
	03.04.01.007-3 - BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO)	
	03.04.01.008-1 - VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA	
	03.04.01.009-0 - COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)	
	03.04.01.010-3 - IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA	
















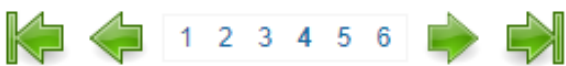
Procedimento		
	03.04.01.011-1 - INTERNACAO P/ RADIOTERAPIA EXTERNA (COBALTOTERAPIA / ACELERADOR LINEAR)	
	03.04.01.012-0 - IRRADIACAO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	
	03.04.01.013-8 - IRRADIAÇÃO DE MEIO CORPO	
	03.04.01.014-6 - IRRADIAÇÃO DE PELE TOTAL	
	03.04.01.015-4 - MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)	
	03.04.01.016-2 - MOLDAGEM EM COLO E/OU CORPO DO UTERO	
	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)	



Procedimento		
	03.04.01.021-9 - RADIOCIRURGIA - UM ISOCENTRO	
	03.04.01.022-7 - RADIOCIRURGIA POR GAMA-KNIFE - HUM ISOCENTRO	
	03.04.01.023-5 - RADIOTERAPIA DE DOENÇA OU CONDIÇÃO BENIGNA (POR CAMPO)	
	03.04.01.024-3 - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA	
	03.04.01.025-1 - RADIOTERAPIA P/ PROFILAXIA DE QUELOIDE (POR CAMPO)	
	03.04.01.026-0 - ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO)	
	03.04.01.027-8 - ROENTGENTERAPIA PROFUNDA 150-500 KV (POR CAMPO-MAXIMO DE 30 POR AREA)	
	03.04.01.028-6 - RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)	
	03.04.01.029-4 - RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)	
	03.04.01.030-8 - COLIMAÇÃO PERSONALIZADA	



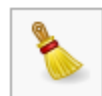
Procedimento		
	03.04.01.031-6 - PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO)	
	03.04.01.032-4 - MOLDAGEM/IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	
	03.04.01.033-2 - MOLDAGEM/IMPLANTE EM PELE/MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	
	03.04.01.034-0 - NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA (POR PROCEDIMENTO)	
	03.04.01.035-9 - INTERNAÇÃO PARA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	
	03.04.01.036-7 - RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO	
	03.04.01.037-5 - RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO	
	03.04.01.038-3 - RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MEDIASTINO	
	03.04.01.039-1 - RADIOTERAPIA DE OSSOS/CARTILAGENS/PARTES MOLES	
	03.04.01.040-5 - RADIOTERAPIA DE PELE	



Procedimento	
	03.04.01.041-3 - RADIOTERAPIA DE MAMA
	03.04.01.042-1 - RADIOTERAPIA DE CÂNCER GINECOLÓGICO
	03.04.01.043-0 - BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA
	03.04.01.044-8 - RADIOTERAPIA DE PÊNIS
	03.04.01.045-6 - RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA
	03.04.01.046-4 - BRAQUITERAPIA DE PRÓSTATA
	03.04.01.047-2 - RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO
	03.04.01.048-0 - RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS
	03.04.01.049-9 - BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA
	03.04.01.050-2 - RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL



Procedimento	
	03.04.01.051-0 - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA
	03.04.01.052-9 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL
	03.04.01.053-7 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES
	03.04.01.054-5 - RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA
	03.04.01.055-3 - RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA
	03.04.01.056-1 - RADIOTERAPIA EM CORPO INTEIRO
	03.04.01.057-0 - RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA
	03.04.01.058-8 - RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA
	03.04.01.059-6 - INTERNAÇÃO PARA BRAQUITERAPIA



03.04.01.036-7 - RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO – (R\$ 4.168,00)

Consiste na radioterapia da região de cabeça e pescoço, incluindo a irradiação do sítio anatômico e da respectiva cadeia de drenagem linfática regional (retrofaríngea, parafaríngea, cervical, supraclavicular).

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNSExige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.037-5 - RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO - R\$ 4.148,00

Consiste na radioterapia de câncer de esôfago, estômago, alças intestinais, reto, sigmoide, canal anal, pâncreas, fígado ou vias biliares. Inclui irradiação de cadeia de drenagem linfática regional.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNSExige registro na APAC de dados complementares
ORIGEM	
0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.038-3 - RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MEDIASTINO - R\$ 3.563,00

Consiste na radioterapia de pulmão, traqueia, mesotelioma de pleura e câncer em mediastino, exceto linfoma. Inclui irradiação de cadeia de drenagem linfática regional.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.039-1 - RADIOTERAPIA DE OSSOS/CARTILAGENS/PARTES MOLES - R\$ 3.118,00

Consiste na radioterapia de tumores primários de ossos, cartilagens, vasos, partes moles ou nervos periféricos, por localização, ou lesão benigna do corpo carotídeo ou do corpo aórtico. Não inclui a irradiação de cadeia linfática, quando indicada. A braquiterapia é aplicável apenas em caso de tumor de partes moles. Se braquiterapia de tumor de partes moles, autorização excludente com a autorização dos procedimentos 03.04.01.011-1 internação p/ radioterapia externa (cobaltoterapia/acelerador linear) e 03.04.01.017-0 narcose de criança (por procedimento).

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010057	BRAQUITERAPIA COM FIOS DE IRIDIUM
0304010049	BRAQUITERAPIA
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.040-5 - RADIOTERAPIA DE PELE - R\$ 2.310,00

Consiste na teleterapia ou braquiterapia de câncer de pele, por localização. Não inclui irradiação de cadeia de drenagem linfática regional. Quando usada, a braquiterapia é indicada em caso de câncer não melanótico de pele em indivíduos com idade mínima de 30 anos. Se braquiterapia, autorização excludente com a autorização dos procedimentos 03.04.01.011-1 internação p/ radioterapia externa (cobaltoterapia/acelerador linear) e 03.04.01.017-0 narcose de criança (por procedimento).

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010260	ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO)
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010332	MOLDAGEM/IMPLANTE EM PELE/MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010057	BRAQUITERAPIA COM FIOS DE IRIDIUM
0304010049	BRAQUITERAPIA
0304010014	BETATERAPIA DÉRMICA (POR CAMPO)

03.04.01.041-3 - RADIOTERAPIA DE MAMA - R\$ 5.904,00

Consiste na radioterapia da mama ou do plastrão (leito) mamário. Incluir a irradiação de cadeia de drenagem linfática regional (axilar, supraclavicular, cadeia mamária interna), quando indicada.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.042-1 - RADIOTERAPIA DE CÂNCER GINECOLÓGICO - R\$ 4.608,00

Consiste na radioterapia de câncer de vulva, vagina, corpo do útero, colo do útero, de ovário ou de tuba uterina. Inclui irradiação de cadeia de drenagem linfática regional pélvica. Não inclui braquiterapia. Concomitância com o procedimento 03.04.01.054-5 radioterapia de cadeia linfática só para irradiação de cadeia de drenagem linfática da região para-aórtica.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Feminino
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.043-0 - BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA

*Braquiterapia intersticial ou intracavitária de câncer do colo uterino, corpo uterino, vagina ou vulva. Procedimento registrado **por tratamento completo**, independentemente do número de inserções.*

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Feminino
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	12 anos
Idade Máxima:	130 anos

ORIGEM

0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010073	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO)
0304010065	BRAQUITERAPIA COM IODO 125 / OURO 198
0304010049	BRAQUITERAPIA
0304010197	PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO)
0304010162	MOLDAGEM EM COLO E/OU CORPO DO UTERO

03.04.01.044-8 - RADIOTERAPIA DE PÊNIS – R\$ 4.630,00

Consiste na radioterapia de câncer de pênis. Inclui a irradiação das cadeias de drenagem linfáticas correspondentes.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Masculino
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	12 anos
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM	
0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.045-6 - RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA - R\$ 5.838,00

Consiste na radioterapia de próstata. Inclui a irradiação de cadeia de drenagem linfática regional, quando indicada. Excludente com o procedimento 04.03.01.046-4 braquiterapia de próstata.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Masculino
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	40 anos
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010316	PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO).
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.046-4 - BRAQUITERAPIA DE PRÓSTATA

Braquiterapia intersticial isolada de câncer de próstata. Procedimento registrado por tratamento completo, independentemente do número de inserções. Excludente com o procedimento 03.04.01.045-6 radioterapia de próstata.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Masculino
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	40 anos
Idade Máxima:	130 anos

ORIGEM

0304010073	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO)
0304010065	BRAQUITERAPIA COM IODO 125 / OURO 198
0304010049	BRAQUITERAPIA
0304010197	PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO

03.04.01.047-2 - RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO - R\$ 4.093,00

Radioterapia de câncer de uretra, bexiga, ureter, rim, adrenal (suprarrenal) e neuroblastoma. Inclui irradiação de cadeia de drenagem linfática regional, quando indicada.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.048-0 - RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS - R\$ 3.273,00

Consiste na radioterapia de lesão(ões) primária(s), maligna(s) de olho e anexos. Autorização excludente com autorização do procedimento 03.04.01.049-9 - braquiterapia oftálmica.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.049-9 - BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA – R\$ 9.500,00

Braquiterapia intersticial ou superficial em câncer de área ocular. Inclui cirurgia para implantação e retirada de placa radioativa episcleral. Máximo de dois, quando da bilateralidade do câncer ocular. Autorização excludente com autorização dos procedimentos 03.04.01.048-0 radioterapia de olhos e anexos e 03.04.01.017-0 narcose de criança (por procedimento).

Modalidade de Atendimento:	Hospitalar
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	3
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	500
Atributos Complementares:	Inclui valor da anestesia –CNRAC - Exige CNS

ORIGEM

0304010324	MOLDAGEM/IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)
0304010332	MOLDAGEM/IMPLANTE EM PELE/MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)
0304010049	BRAQUITERAPIA
0304010022	BETATERAPIA OFTÁLMICA (POR CAMPO)

03.04.01.050-2 - RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL - R\$ 3.278,00

*Radioterapia de **tumores primários do sistema nervoso central**, inclusive lesões benignas ou de comportamento incerto central. Inclui nevralgia trigeminal, meningioma, schwannoma e doenças da região selar. Utiliza dose de finalidade radical e técnica de teleterapia diferente de radioterapia estereotáxica. Inclui irradiação de todo neuroeixo. Máximo de dois somente em caso de irradiação de todo o neuroeixo.*

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010316	PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO).
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.052-9 - RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL - R\$ 2.439,00

Consiste na radioterapia com finalidade paliativa de lesões metastáticas em crânio total ou neuroeixo. Em casos de carcinoma indiferenciado de células pequenas de pulmão e de leucemias, pode ser autorizada com finalidade profilática por conta do comportamento biológico próprio destas neoplasias malignas primárias. A comprovação cito/histopatológica pode ser apenas da neoplasia na sua localização primária. Máximo de dois somente em caso de irradiação de todo o neuroeixo.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM	
0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010316	PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO).
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.053-7 - RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS

LOCALIZAÇÕES - R\$ 1.729,00

*Consiste na radioterapia em lesões metastáticas ósseas por localização, com finalidade paliativa. Poderá ser registrado para a irradiação de lesão(ões) óssea(s) metastática(s) ou mielomatosas ou outra(s) localização(ões) **não linfonodal(ais), que não o sistema nervoso central.** Poderá ser autorizado também para radioterapia de consolidação (ou seja, sem evidência de doença metastática após quimioterapia ou ressecção cirúrgica) em pulmão total, quando indicada em caso de metástase(s) pulmonar(es). Máximo de dois, exceto em caso de plasmocitoma (lesão única de mieloma) em que o máximo pode ser três*

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	3
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.054-5 - RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA - R\$ 4.168,00

Radioterapia em cadeia de drenagem linfática regional ou à distância com finalidade curativa ou paliativa, inclusive irradiação de cadeia de drenagem linfática terapêutica ou profilática de neoplasia de testículo ou do escroto. A radioterapia de cadeia linfática isolada será autorizada em casos de progressão ou recidiva de neoplasia maligna não linfomatosa na área de drenagem linfática regional ou à distância.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNSE exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM	
0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.055-3 - RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA - R\$ 3.159,00

Consiste na radioterapia de doença (linfoma) de Hodgkin ou linfoma não Hodgkin, por localização anatômica (cadeias linfáticas em lados opostos do diafragma constituem diferentes localizações) ou na radioterapia localizada para consolidação (ou seja, após obtida resposta completa ou doença residual mínima com a quimioterapia) em caso de leucemia, incluindo a irradiação de cloromas e lesões focais recidivadas, por localização. Não corresponde a radioterapia profilática em crânio total ou do neuroeixo. Máximo de dois somente quando em duas diferentes localizações

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)

03.04.01.056-1 - RADIOTERAPIA EM CORPO INTEIRO - R\$ 1.729,00

Radioterapia em corpo inteiro para condicionamento de transplante de medula óssea, radioterapia de cadeia linfática total em casos de doenças do enxerto contra o hospedeiro e radioterapia total de pele de pacientes com linfoma não Hodgkin cutâneo.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010146

Irradiação de pele total

0304010138

Irradiação de meio corpo

0304010120

Irradiacao de corpo inteiro pré-transplante de medula óssea

03.04.01.057-0 - RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA - R\$ 953,00

Radioterapia externa ou braquiterapia profilática ou terapêutica de queloide e ginecomastia, por localização. Máximo de três para queloide e, pela bilateralidade, máximo de dois para ginecomastia.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	3
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

ORIGEM

0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010260	ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)

03.04.01.058-8 - RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA - R\$ 593,00

Radioterapia em caso de doença inflamatória de articulações, cisto ósseo aneurismático, ossificação heterotópica, pterígio e exoftalmia. Máximo de dois, quando da bilateralidade da lesão articular ou ocular.

Também em caso de ooforectomia bilateral actínica para Hormonioterapia do carcinoma de mama, no máximo de um.

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima:	2
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige registro na APAC de dados complementares

0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010260	ROENTGENTERAPIA (POR CAMPO)
0304010090	COBALTOTERAPIA (POR CAMPO)
0304010081	VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA
0304010235	RADIOTERAPIA DE DOENÇA OU CONDIÇÃO BENIGNA (POR CAMPO)
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)
0304010030	BETATERAPIA PARA PROFILAXIA DE PTERÍGIO (POR CAMPO)

Procedimento:

03.04.01.051-0 - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA

Histórico do Procedimento

[05/2019](#) - Incluído - PORTARIA nº 263 de 22/02/19 SAS

[05/2019](#) - Alterado PORTARIA nº 263 de 22/02/19 SAS

[07/2019](#) - Alterado - PORTARIA nº 263 de 22/02/19 SAS

DESCRIÇÃO

Radioterapia estereotáxica, utilizando dose única (radiocirurgia) ou em múltiplas frações (dose fracionada). Requer sistema de imobilização e localização específicos. Indicada para tumores cranianos malignos, benignos ou de comportamento incerto, e de nevralgias e malformações de vasos cranianos.

ORIGEM

0304010103 Implantação de halo para radiocirurgia

0304010243 **Radioterapia estereotáxica fracionada**

0304010219 **Radiocirurgia - um isocentro**

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)

03.04.09.005-0 - IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE (30MCI)

Iodoterapia pós-operatória com 30mci de iodo de iodo 131 para caso de carcinoma diferenciado de tireoide classificado com de baixo risco ou de risco indeterminado , conforme protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do ministério da saúde.

03.04.09.006-9 - IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE (50MCI)

Iodoterapia pós- operatória com 50mci de iodo131 para caso de carcinoma diferenciado da tireoide classificado com de baixo risco ou de risco ou de risco intermediário, conforme o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do ministério da saúde..

Hospitalar	
Complexidade:	Alta Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Principal)

03.04.09.001-8 - IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (150 MCI)
Iodoterapia pós operatória com 150 mci de iodo 131 de carcinoma diferenciado da tireoide.

03.04.09.002-6 - IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (100 MCI)
Iodoterapia pós operatoria com 100 mci de iodo 131 de carcinoma diferenciado da tireóide.

03.04.09.003-4 - IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (200 MCI)
Iodoterapia pós operatória com 200 mci de iodo 131 de carcinoma diferenciado da tireóide.

03.04.09.004-2 - IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (250 MCI)
Iodoterapia pós-operatória com 250 mci de iodo 131 de carcinoma diferenciado de tireóide.

Modalidade de Atendimento:	Hospitalar
Complexidade:	Média Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	10
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	80
Atributos Complementares:	CNRAC Permanência por dia Exige CNS

03.04.01.059-6 - INTERNAÇÃO PARA BRAQUITERAPIA – (R\$ 23,08)

Internação para braquiterapia, devido a procedimentos invasivos, acessórios de radioproteção, intervalo entre aplicações ou condição clínica que demande internação.

Estab.Exec. : 2077590 - INST BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANC
Estab.Solic.: 2077590 Numero da APAC Anterior : 000000000000 C.Atend.:01 ELETIVO
APAC: 351923293444-8 Validade: 01/06/2019 - 30/06/2019 Tipo:UNICA

Proced.Princ:030401045 RADIOTERAPIA DE PROSTATA

Processamento:06/2019 Producao:06/2019 Serv/Class:132/004 Radioterapia
Mot.Saida/Perm.: 15 - ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P/ACOMP.PAC Dt. Alta : 17/06/2019
Paciente : 80xxxxxxxxxxxxxxxx - Mxxxxxxxx xxxxx xxxxx

Mae : xxxxx xxxxx xxxxx Nacion.: 010 BRASIL

Responsavel: xxxxx xxxxx xxxxx Sexo : M Dt.Nasc.: xxxxxxxx
Município : 351060 CARAPICUIBA CEP : xxxxxxxxx
Logradouro : xxxxxx
Endereco : xxxxxxxx Numero : xxx Compl.: xxxxx
Bairro : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Telefone : (11) xxxxxxxx
E-Mail : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Raca:02 PRETA Etnia:

C.I.D. PRINCIPAL	C61	TRAT. ANTERIOR
SECUNDARIO		C.I.D. DT.INICIO
CAUSAS ASSOCIADAS	1o.	/ /
10-TOPOGRAFIA	2o.	/ /
	3o.	/ /

LINFONODOS REG.INVADIDOS N (S=SIM,N=NAO,3=N.AVAL) ESTADIO 2 (0 A 4)
GRAU HISTOPATOLOGICO 2 DATA DIAG. CITO/HISTOPATOLOGIO 12/11/2005
CONT. DO TRAT? N (S/N) DT.INICIO TRAT.SOLICITADO 01/06/2019
FINALIDADE : 2

C.I.D. AREA IRRADIADA	DT.INICIO	DT.FIM
C61	01/06/2019	30/06/2019

MEDICO SOLICITANTE: xxxxxx

CNS: 207428372320000

AUTORIZADOR: xxxxxxxxxxxxxxxx

CNS: 180043732890001 COD.ORG.EMISSOR : M355030001

CNS Profiss.Executante: 2xxxxxxxxxx INE: Rms: 2072 19/07/2019

SQ PROC. CBO Qt.Prz. Equipe VI.Prz. Qt.Apvd VI.Apvd SITUACAO

01	030401045-6	225330	1	5.838,00	1	5.838,00	APROVADO TOTALMENTE
			1	5.838,00		1	5.838,00

Estab.Exec. : 2077590 - INST BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANC
Estab.Solic.: 2077590 Numero da APAC Anterior : 000000000000 C.Atend.:01 ELETIVO
APAC: 351923294933-1 Validade: 01/06/2019 - 30/06/2019 Tipo:UNICA

Proced.Princ:030401042 RADIOTERAPIA DE CANCER GINECOLOGICO

Processamento:06/2019 Producao:06/2019 Serv/Class:132/004 Radioterapia
Mot.Saida/Perm.: 15 - ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P/ACOMP.PAC Dt. Alta : 14/06/2019

Paciente :xxxxxxxxxxxx - xxxxxxxxxxxxxxx

Mae :xxxxxxxxxxxxxxxxx Nacion.: 010 BRASIL

Responsavel:xxxxxxxxxxxxx Sexo : F Dt.Nasc.: xxxxxxxx

Municipio : 355030 SAO PAULO CEP : xxxxxxxxxxx

Logradouro : xxxxxxxx

Endereco : xxxxxxxx Numero : 83 Compl.:

Bairro : xxxxxxxx Telefone : (11) xxxxxxxx

E-Mail : xxxxxxxxxxxxxxxx Raca:02 xxxxxxxx Etnia:

C.I.D. PRINCIPAL C531 TRAT. ANTERIOR

SECUNDARIO C.I.D. DT.INICIO

CAUSAS ASSOCIADAS 1o. / /

10-TOPOGRAFIA 2o. / /

3o. / /

LINFONODOS REG.INVADIDOS N (S=SIM,N=NAO,3=N.AVAL) ESTADIO 4 (0 A 4)

GRAU HISTOPATOLOGICO 1 DATA DIAG. CITO/HISTOPATOLOGIO 14/05/2018

CONT. DO TRAT? N (S/N) DT.INICIO TRAT.SOLICITADO 01/06/2019

FINALIDADE : 2

C.I.D. AREA IRRADIADA DT.INICIO DT.FIM

C531 01/06/2019 30/06/2019

MEDICO SOLICITANTE: xxxxxxxxxxxxxxx

CNS: 207428372320000

AUTORIZADOR: xxxxxxxxxxx

CNS: 180043732890001 COD.ORG.EMISSION : M355030001

CNS Profiss.Executante:xxxxxxxxxxxxx INE: Rms:2072 19/07/2019

SQ PROC. CBO Qt.Prz. Equipe Vl.Prz. Qt.Apvd Vl.Apvd SITUACAO(s10H

BDSIA201906b***** 04.12

SQ PROC. CBO Qt.Prz. Equipe Vl.Prz. Qt.Apvd Vl.Apvd SITUACAO

01 030401042-1 225330 1 4.608,00 1 4.608,00 APROVADO TOTALMENTE

1 4.608,00 1 4.608,00

Estab.Exec. : 2077590 - INST BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANC
 Estab.Solic.: 2077590 Numero da APAC Anterior : 000000000000 C.Atend.:01 ELETIVO
 APAC: 351923291408-7 Validade: 01/06/2019 - 30/06/2019 Tipo: UNICA
 Proced. Princ:030401041 RADIOTERAPIA DE MAMA
 Processamento:06/2019 Producao:06/2019 Serv/Class: 132/004 Radioterapia
 Mot.Saida/Perm.: 15 - ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P/ACOMP.PAC Dt. Alta : 17/06/2019
 Paciente : 206819440770001 - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 Mae : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Nacion.: 010 BRASIL
 Responsavel: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Sexo : F Dt.Nasc.: 03/09/1961
 Municipio : 355030 SAO PAULO CEP : 03239080
 Logradouro : 081-RUA
 Endereco : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Numero : xxx Compl.: x
 Bairro : xxxxxxxxxxxx Telefone : (11)xxxxxxxxx
 E-Mail : xxxxxxxxxxxx Raca:01 BRANCA Etnia:

C.I.D. PRINCIPAL	C509	TRAT. ANTERIOR
SECUNDARIO		C.I.D. DT.INICIO
CAUSAS ASSOCIADAS	1o.	/ /
10-TOPOGRAFIA	2o.	/ /
	3o.	/ /

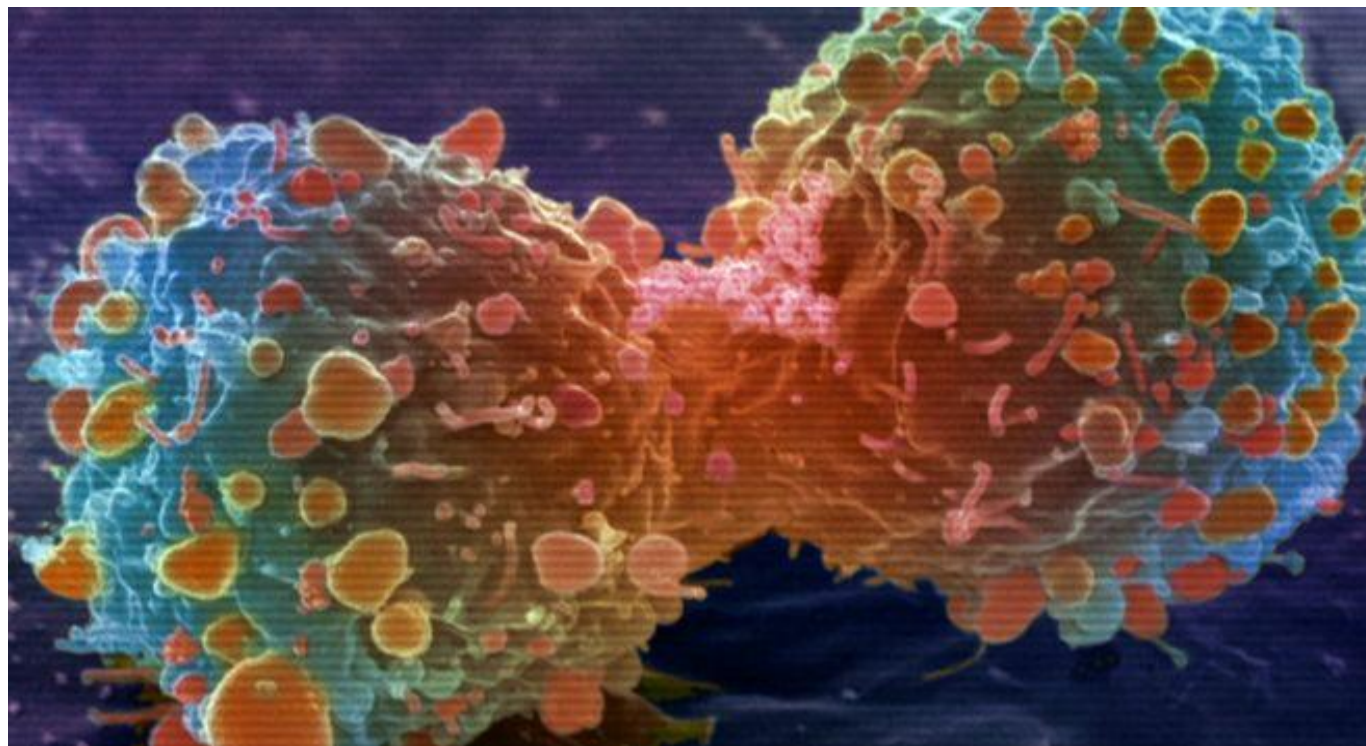
LINFONODOS REG .INVADIDOS N (S=SIM,N=NAO, 3=N.AVAL) ESTADIO 3 (0 A 4)
 GRAU HISTOPATOLOGICO 3 DATA DIAG. CITO/HISTOPATOLOGIO 12/02/2019
 CONT. DO TRAT? N (S/N) DT.I NICIO TRAT. SOLICITADO 01/06/2019

FINALIDADE : 2

C.I.D. AREA IRRADIADA	DT.INICIO	DT.FIM
C509	01/06/2019	30/06/2019

MEDICO SOLICITANTE: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 CNS: 207428372320000
 AUTORIZADOR xxxxxxxxxxxx
 CNS: xxxxxxxxxxxx COD.ORG.EMISSOR : M355030001
 CNS Profiss.Executante:xxxxxxxx00 INE: Rms:2072 19/07/2019
 SQ PROC. CBO Qt.Prz. Equipe Vl.Prz. Qt.Apvd Vl.Apvd SITUACAO
 01 030401041-3 225330 1 5.904,00 1 5.904,00 APROVADO TOTALMENTE
 1 5.904,00 1 5.904,00

QUIMIOTERAPIA



QUIMIOTERAPIA



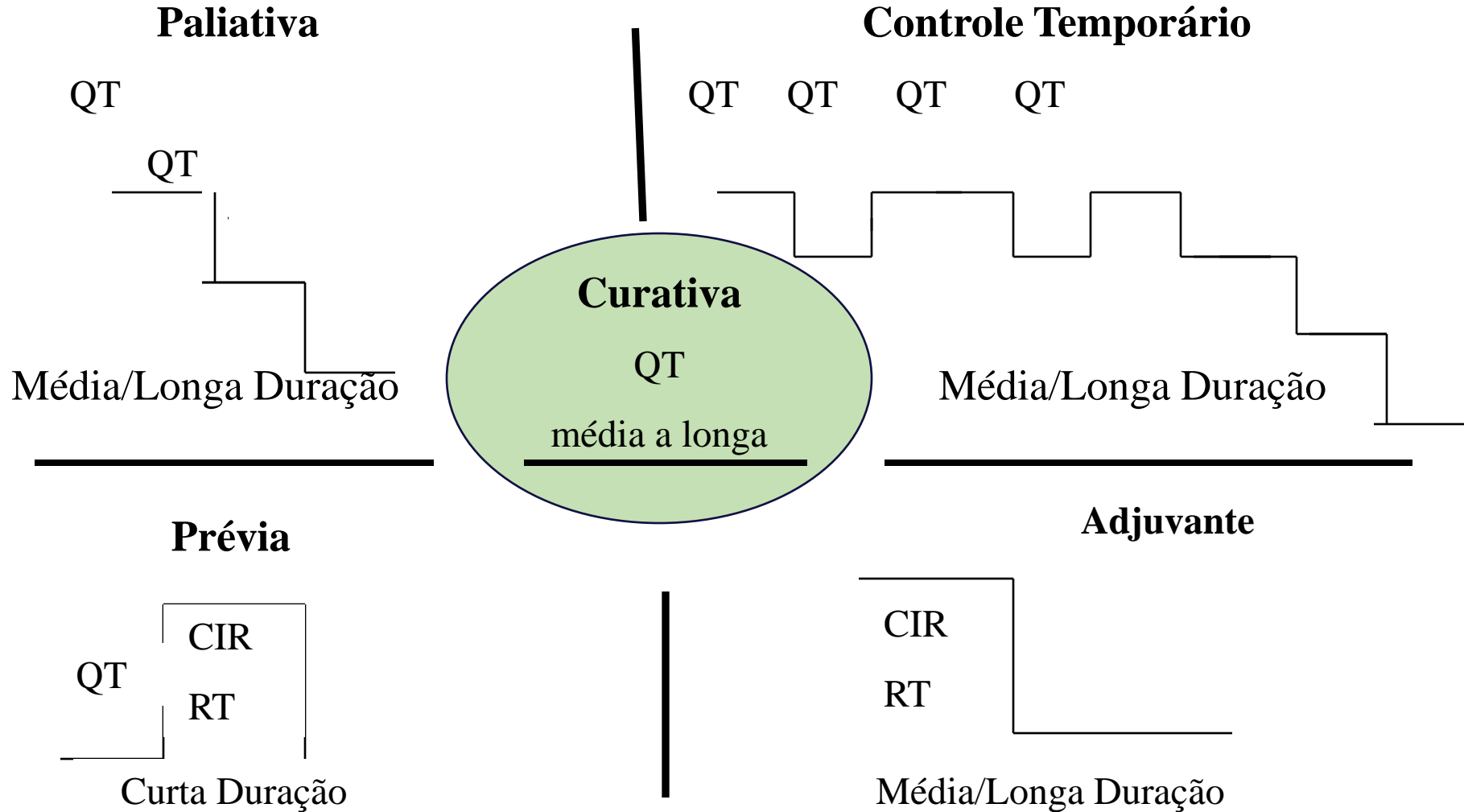
UN TUMORE CAMBIA LA VITA. NON IL SUO VALORE.

Lo staff medico che lavora per ANT assiste ogni giorno 4.000 malati di tumore nelle loro case, gratuitamente e con uno standard qualitativo pari a quello ospedaliero, permettendo loro di continuare ad avere il conforto del proprio ambiente familiare. Preservando la dignità di chi soffre, difendiamo il valore della vita.

Fondazione
ANT
1978 Onlus

FONDATIONE ANT ITALIA ONLUS
ANT.IT - 051 7190111

QUIMIOTERAPIA - FINALIDADES



QUIMIOTERAPIA

- 1ª LINHA : INICIAL
- 2ª / 3ª LINHA : no caso de progressão da doença ou em recidivas em menos de 2 anos
- Esquema terapêutico não permite passar de 2ª linha para 1ª ou 3ª para 2ª, porem permite iniciar pela 2ª linha

FINALIDADES DA QUIMIOTERAPIA

- **Quimioterapia adjuvante ou profilática**: quimioterapia após tratamento cirúrgico curativo, mas com alto risco de recidiva
- **Quimioterapia curativa** : QT representa o principal tratamento. São passíveis de cura
- **Quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes** (até 18 anos):
- CURATIVA
 - primária/inicial,
 - doença recidivada
 - recidiva de osteossarcoma

FINALIDADES DA QUIMIOTERAPIA

- **Paliativa** : normalmente não repercutirá, sobre a sobrevida - duração limitada
- **Para controle temporário de doença**: para tumores sólidos ou neoplasias hematopoiéticas de evolução crônica - aumento na sobrevida global
- **Quimioterapia prévia, neoadjuvante ou citorrredutora**: Tornar os tumores ressecáveis ou melhorar o prognóstico

**Produção Ambulatorial do SUS - Brasil - por local de atendimento Qtd.aprovada por Forma organização e ano de processamento,
Período 2016-2018**

Forma organização	2016	2017	2018
030402 Quimioterapia paliativa - adulto	1.147.492	1.187.499	1.215.606
030403 Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	243.579	259.977	284.887
030404 Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora) - adulto	144.253	166.699	186.842
PALIATIVAS	1.535.324	1.614.175	1.687.335
030405 Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto	1.134.401	1.248.452	1.329.002
030406 Quimioterapia curativa - adulto	55.424	59.764	61.800
030407 Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	60.608	62.524	61.456
ADJUVANTES E CURATIVOS	1.250.433	1.370.740	1.452.258
Total	2.785.757	2.984.915	3.139.593
PERCENTUAL DE QUIMIOTERAPIAS PALIATIVAS NO TOTAL	55%	54%	54%

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO GLOBAL

- PERÍODO DE TRATAMENTO:
- PALIATIVA – 06 a 12 MESES
- PRÉVIA - 03 a 06 MESES
- ADJUVANTE – 06 a 12 MESES (60 MESES PARA CA DE MAMA)
- CURATIVA : - 03 a 12 MESES
- * HORMONIOTERAPIA PALIATIVA – PODE SER > DE 12 MESES

18º AUDHOSP

4º AUDHASS



SAÚDE SUPLEMENTAR

QUIMIOTERAPIA - ASSOCIAÇÕES

QT EXCLUSIVA

QT PRÉ- OU PÓS-OPERATÓRIA

QT PRÉ- OU PÓS RADIOTERAPIA EXTERNA

QT CONCOMITANTE À RADIOTERAPIA EXTERNA

- Dosagem

Dose básica de mono- ou de poliquimioterapia ajustada pela superfície corporal mg/m² (peso e altura), por kilo de peso corporal ou dose fixa em miligramas ou unidades.

- Intervalo de aplicação

Dia, semana, quinzena, 3/3 semanas, 4/4 semanas, 6/6 semanas...

- Via de administração

Oral, venosa, subcutânea, intramuscular, arterial, intratecal, intravesical ou intracavitária.

- Tratamento

Ressarcimento



Por ciclos

Por competência (valor mensal)

TRATAMENTO DE SUPORTE NO SERVIÇO DE SAÚDE (INCLUÍDO NO VALOR DA APAC)



RELEMBRANDO...

- **O pagamento da quimioterapia é feito por custo médio mensal de um esquema terapêutico.**
- **A quimioterapia deve seguir obrigatoriamente as seqüências de linha, 1.^a, 2.^a e 3.^a, contidas na descrição de procedimentos, podendo-se iniciar a quimioterapia por qualquer uma delas, porém não será permitida a autorização de quimioterapia de 1.^a linha para paciente já tratado com quimioterapia de 2.^a ou a 3.^a linha.**
- **Procedimento autorizado na APAC Formulário não poderá ser mudado na APAC Magnético, a não ser que tenha sido previamente autorizado pelo gestor, através de solicitação em novo Laudo Médico para Emissão de APAC, com fechamento da 1.^a APAC.**
-

LEMBRANDO...

- Quando o paciente, por intercorrências, se afastar do tratamento por um período superior ao mês de competência da APAC II, será necessário o fechamento da APAC I autorizada e a solicitação de nova APAC. Se o retorno ocorrer dentro da mesma competência de cobrança, a APAC será mantida;
- Verificar se consta registro de óbito no prontuário, com cobrança de APAC posterior ao dia do óbito.



- **QUIMIOTERAPIA/HORMONIOTERAPIA:**

Registros da aplicação dos quimioterápicos e ou dispensa dos medicamentos, hormônios etc.;
FFI datada e assinada

- **RADIOTERAPIA:**

Registros da aplicação das doses e campos irradiados ou do material radioativo implantado;
FFI datadas e assinadas em correspondência com os dias da irradiação

FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA NO SIGTAP:

030402 – Quimioterapia Paliativa – Adulto;

030403 – Equimioterapia para controle temporário de doença – Adulto;

030404 – Quimioterapia previa (neoadjuvante/citoredutora) – Adulto;

030405 – Quimioterapia adjuvante (profilática) – Adulto;

030406 – Quimioterapia curativa – Adulto;

030407 – Quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes

03.04.08.005-5 (códigos de origem: 20.001.01-0 e 29.171.03-2) -
Quimioterapia intra-tecal – C79.3

03.04.08.007-1 (código de origem: 29.171.01-6) - Inibidor da
osteólise (bisfosfonato) – C79.5, C90.0

03.04.08.001-2 (código de origem: 29.171.02-4) - Fator estimulante
de colônias de granulócitos / macrófagos (procedimento
exclusivamente secundário compatível com os procedimentos das
formas de organização 06 - Quimioterapia Curativa - adulto e 07 -
Quimioterapia de tumores de criança e adolescente)

03.04.08.001-2 (código de origem: 29.171.02-4) - 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 infecções, 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.

PROCEDIMENTOS DE QUIMIOTERAPIA PRINCIPAIS OU SECUNDÁRIOS

304080055 Quimioterapia Intra-tecal

0304080071 Inibidor da Osteólise

PROCEDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA EXCLUSIVAMENTE SECUNDÁRIO

0304080012 - Fator Estimulante de Crescimento de Colônias de Granulócitos ou Macrófagos

030409 - Medicina Nuclear – Terapêutica Oncológica

030410 – Gerais em Oncologia

0304100013 - Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico

0304100021 - Tratamento clínico de paciente oncológico

Ambos os procedimentos da forma de organização 030410 são de média complexidade (os únicos na oncologia) e são registrados na AIH

PROCEDIMENTO 03.04.08.007-1 INIBIDOR DA OSTEÓLISE

- Pode ser autorizado nos casos de doentes com lesões de neoplasia de células plasmáticas (**mieloma múltiplo**), dolorosas ou não, ou de doentes com **metástases osteolíticas ou mistas** (osteoblásticas e osteolíticas), demonstradas radiologicamente, dolorosas ou não, que estejam com hipercalcemia sintomática de causa neoplásica ou recebendo quimioterapia ou hormonioterapia e com doença neoplásica controlada.
- Quando **PRINCIPAL**, é de uso isolado e compatível com os códigos CID C90.0 (mieloma múltiplo) ou C79.5 (metástase óssea de carcinoma de mama ou adenocarcinoma de próstata cuja hormonioterapia foi cirúrgica - orquiectomia ou ooforectomia bilaterais - ou actínica - ooforectomia bilateral por radioterapia).
- Quando **SECUNDÁRIO**, é compatível com procedimentos de Quimioterapia Paliativa, para Controle Temporário de Doença, Quimioterapia Curativa e de Tumores de Criança e Adolescente.

PROCEDIMENTO 03.04.08.005-5 QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL

- Quando **PRINCIPAL**, tem compatibilidade com o código C79.3 da CID-10, 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).
- Porém, 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 adultos.

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, as Diretrizes para o tratamento **da Leucemia Mielóide Crônica do adulto.**

Parágrafo único - As diretrizes, objetos deste Artigo, que contêm o conceito geral da Leucemia Mielóide Crônica, os critérios de diagnóstico, indicações terapêuticas, critérios de inclusão de doentes no tratamento medicamentoso e de mudança de tratamento e mecanismos de acompanhamento e avaliação dos tratamentos - são de caráter nacional, devendo ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, **na regulação do acesso assistencial e autorização, codificação e remuneração dos procedimentos correspondentes.**

Idade maior do que 18 anos.

Diagnóstico de LMC:

- em fase crônica,
- de transformação ou
 - blástica,

por hemograma, plaquetometria, mielograma e biópsia de medula óssea.

Marcador positivo (cromossoma Philadelphia em amostra de medula óssea ou gene Bcr-Abl) em amostra de sangue periférico

Cromossoma Philadelphia

O código da pesquisa do cromossoma Philadelphia é o **0202100022 - Determinacao de cariotipo em medula óssea... (C/ tecnica de bandas)**, podendo ser utilizado o código **0202100030** determinação de **cariótipos em sangue periférico (com técnicas de bandas)** se for realizado.

IMATINIBE NA LMC DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- Conforme se pode observar no protocolo de tratamento com mesilato de imatinibe da leucemia mieloide crônica de criança e adolescente (Portaria SAS/MS 114/2012), como o mesilato de imatinibe é comprado pelo Ministério da Saúde e dispensado aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias estaduais de saúde, não pode, assim, ser autorizada APAC, pois o seu uso é isolado. **Neste caso, o atendimento ambulatorial pode ser ressarcido como consulta especializada.**

IMATINIBE NA LMC DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- Já em caso de leucemia mieloide crônica **em fase blástica**, o uso do mesilato de imatinibe pode ser associado a outros antineoplásicos e, assim, o fornecimento do mesilato de imatinibe **pode ser concomitante à autorização de APAC para os procedimentos quimioterápicos de tumores de criança e adolescente, inclusive a leucemia mieloide crônica.**

IMATINIBE NA LMC DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

- Já conforme o protocolo de tratamento com mesilato de imatinibe da leucemia linfoblástica cromossoma Philadelphia positivo de criança e adolescente (Portaria SAS/MS 115/2012), o uso deste medicamento é associado aos outros antineoplásicos do esquema terapêutico e, assim, o seu fornecimento pode ser concomitante à autorização de APAC para os procedimentos quimioterápicos de tumores de criança e adolescente, inclusive a leucemia linfoblástica aguda.

Altera o valor de procedimentos de quimioterapia de Leucemia Mieloide Crônica, linfoma difuso de grandes células B e linfoma folicular.

Os procedimentos especificados neste Artigo continuarão a ser registrados por meio de APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais) pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia.

O fornecimento dos antineoplásicos compatíveis com os procedimentos de quimioterapia de 2ª linha da LMC (**nilotinibe ou dasatinibe** ou outro que venha a substituí-los) passará, a partir de março de 2015, a ser feito pelas SES, ressaltando-se que esses procedimentos referem-se a monoterapia, portanto apenas um dos antineoplásicos será fornecido.

O fornecimento do antineoplásico adicional (**rituximabe** ou outro que venha a substituí-lo) ao esquema de quimioterapia compatível com os procedimentos de quimioterapia do linfoma difuso de grandes células B e do linfoma folicular passará, a partir de março de 2015, a ser feito pelas SES.

Estabelece

Protocolo de uso do trastuzumab na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado.

que devem ser observadas as normas de autorização e codificação dos respectivos procedimentos

e aplicados os mecanismos de monitoramento e de avaliação de resultados

PORTARIA Nº 1.008, DE 30 DE SETEMBRO DE 2015
Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama

Art. 4º **Fica incluído** da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS o procedimento 03.04.04.019-3 - Hormonioterapia prévia do carcinoma de mama em estágio III (prévia), conforme a seguir:

0304040193 - Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio III (prévia)

Art. 6º Fica revogado o [Anexo da Portaria no 73/SAS/MS, de 30 de janeiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 22, de 31 de janeiro de 2013, seção 1, páginas 58-60.](#)

0304040193 - Hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio III (prévia)

Hormonioterapia prévia a cirurgia ou a radioterapia em caso de mulheres na pós-menopausa com tumor localmente avançado (estádio III), receptores **hormonais positivos e HER-2 negativo**, que não receberam quimioterapia prévia e que não preenchem critérios ou não apresentam condições clínicas para receber quimioterapia. **A duração da hormonioterapia prévia é de no máximo 06 meses.**

Procedimento excludente com os procedimentos 03,04,04,002-9 Quimioterapia do carcinoma de mama (prévia) e 03,04,04,018-5 -Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estágio III (prévia).

Podem ser autorizadas duas APAC na mesma competência:

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, serem 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:**

Procedimentos concomitantes: RT-RT e RT-QT

Pode ser autorizada QT e Hormonioterapia para o mesmo tumor?

A hormonioterapia **não pode ser autorizada** concomitantemente à quimioterapia, quando ambas são indicadas para um mesmo tumor

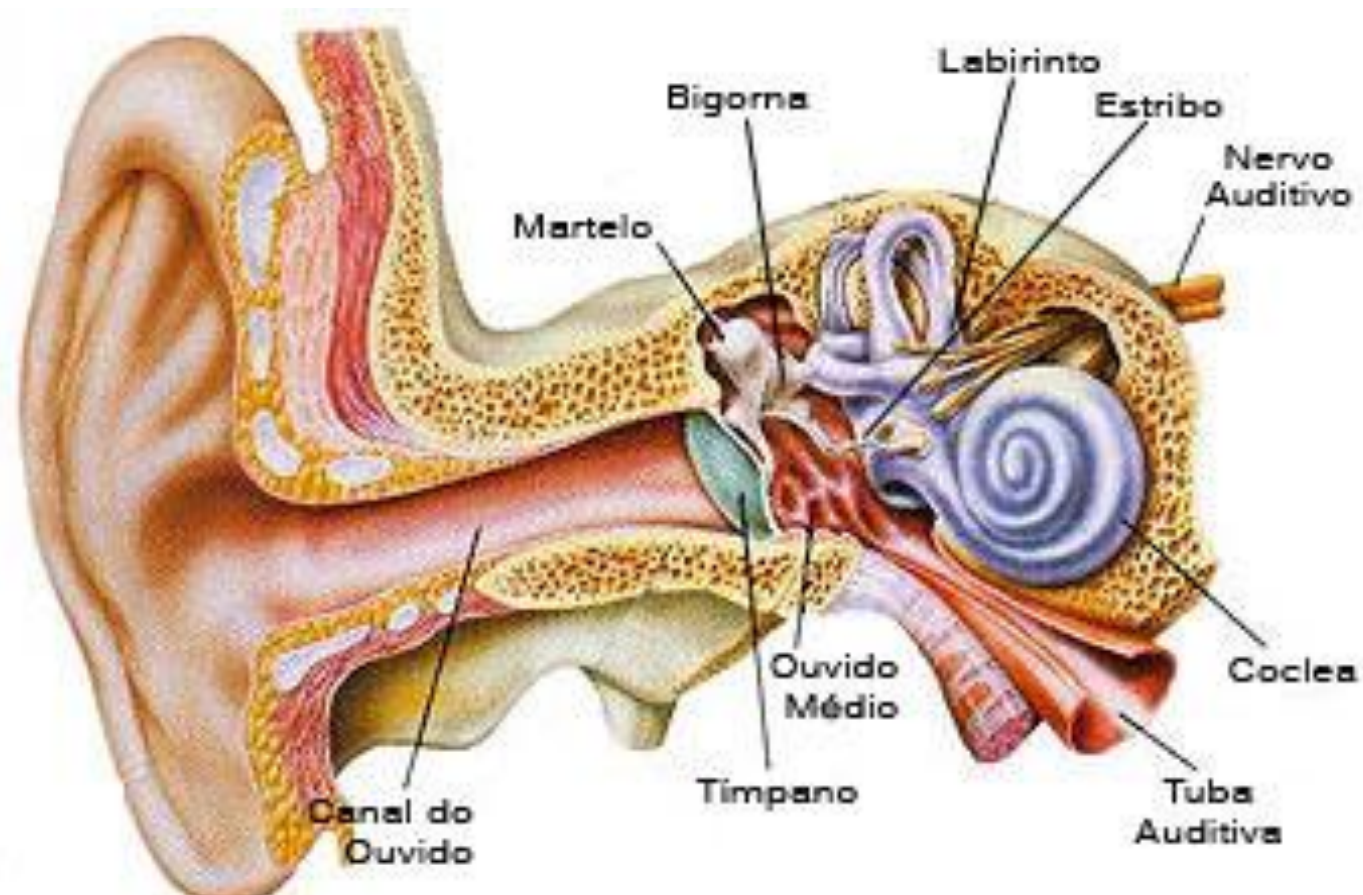
4.3.7. QUIMIOTERAPIA EXPERIMENTAL

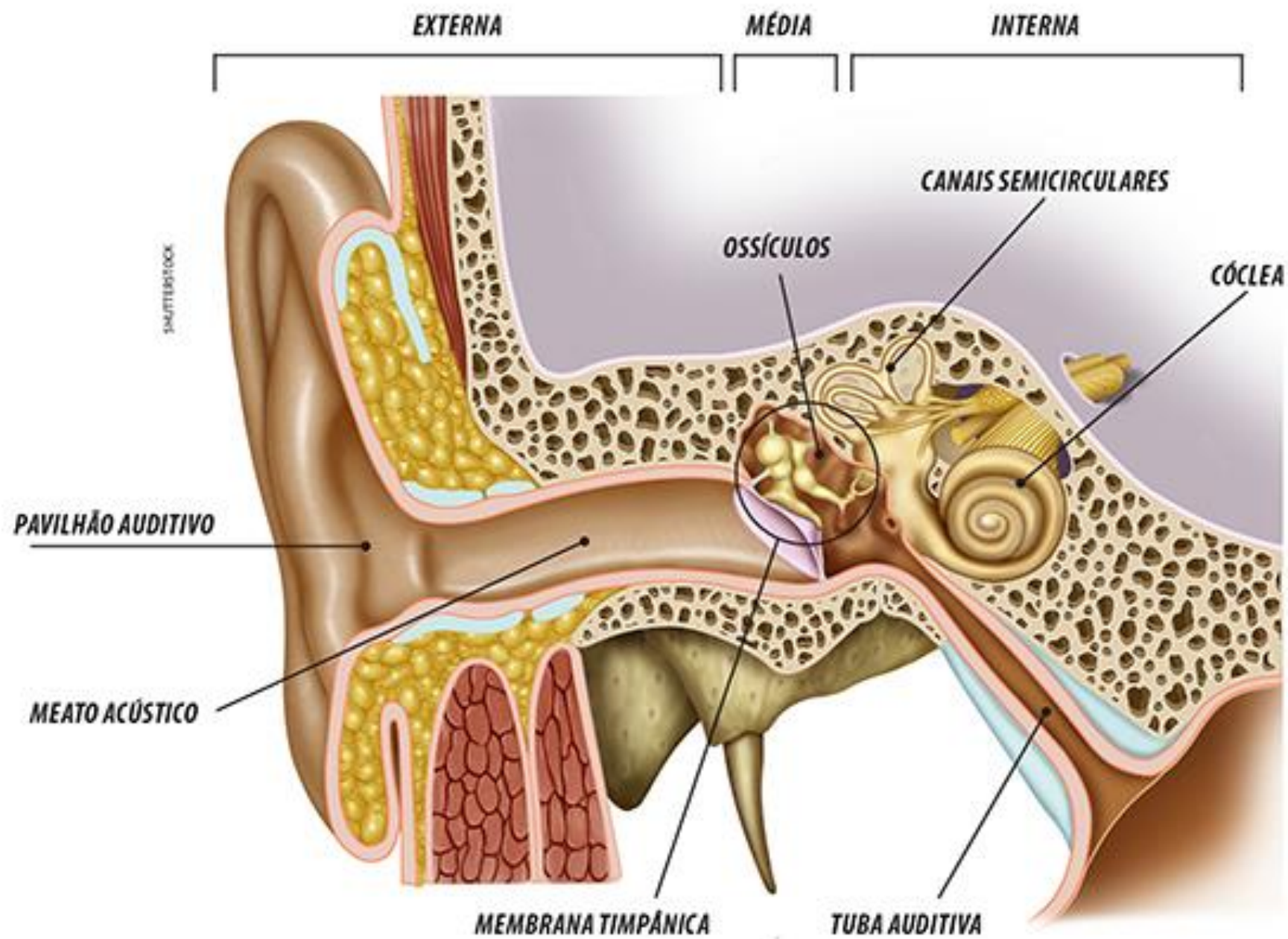
Os procedimentos quimioterápicos constantes da tabela de procedimentos do SUS são aqueles estabelecidos, não experimentais, de indicações específicas e de resultados conhecidos, em termos do aumento de sobrevida, diminuição da mortalidade ou melhora da qualidade de vida do doente.

“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.”

SAÚDE AUDITIVA





INSPIRADA NO CURSO: *SUS E AUDIOLOGIA:*

FORMAÇÃO DE AUDITORES



**HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

- **Classe I:** Há consenso quanto à indicação do AASI a partir de evidências científicas.
- **Classe II:** Há controvérsia quanto à indicação do AASI.
- **Classe III:** Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação do AASI.

Seleção de Candidatos à Amplificação

1. Tipo do AASI

- Seleção a partir das necessidades dos pacientes;
- Crianças até 3 anos: priorizar aparelhos mais flexíveis;
- Em crianças até 8 (oito) anos é preferencial o uso de AASI retroauriculares;
- Deverão ser selecionados e testados no **mínimo 3 (três) marcas diferentes de AASI.**



1



2



3



4

- 1 - AASI externo Retro-auricular**
- 2 - AASI externo Intra-auricular**
- 3 - AASI externo Intra-canal**
- 4 - AASI externo Micro-canal**

**Percentual de prescrição e
fornecimento pelos
Serviços de Saúde
Auditiva das diferentes
classes de tecnologia de
AASI:**

- Tipo A: 50%**
- Tipo B: 35%**
- Tipo C: 15%**

Terapia Fonoaudiológica

Adultos:

- 1 sessão de 45 min/semana, individual, durante 4 semanas. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças:

- 2 sessões de 45 minutos/semana, individual. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

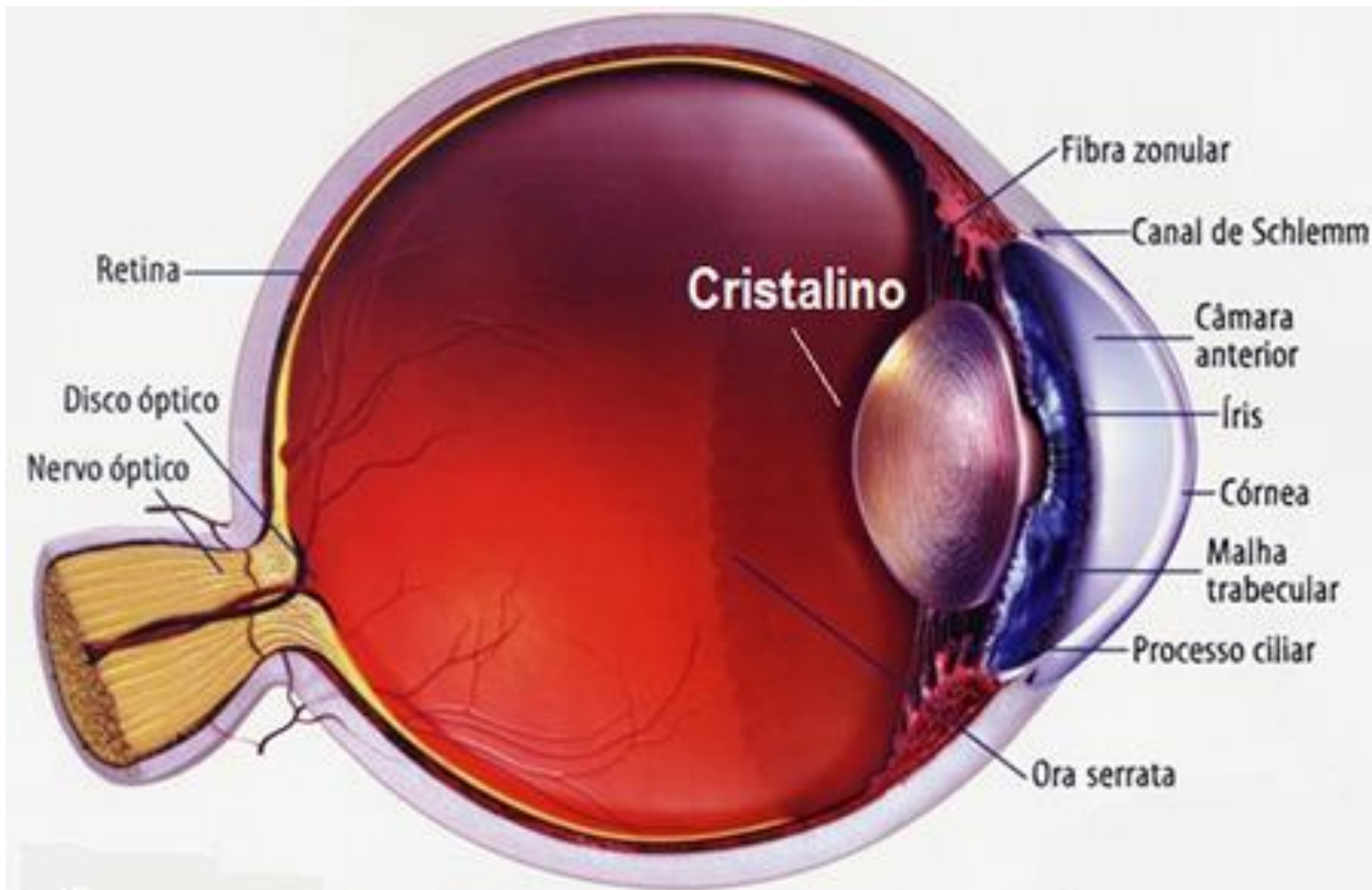
Não tem limite de quantidade na tabela SUS

Observação – O exame de Emissões Otoacústica, quando realizado pelos estabelecimentos de saúde que possuem serviço/classificação de código 027/001, será cobrado em BPA Magnético, utilizando-se o código

17082080 Exame de Otoemissões Acústicas Evocadas Transientes.

Os procedimentos de próteses auditivas e reposição de próteses auditivas não permitem a cobrança de Procedimentos Secundários.

SAÚDE OCULAR



Catarata: o que é?

Olho normal



Catarata



A catarata é uma doença causada pela opacificação da lente ocular, cientificamente chamada de cristalino. O cristalino é uma lente natural do olho humano responsável pela focalização da luz sobre retina, o que garante uma visão perfeita.

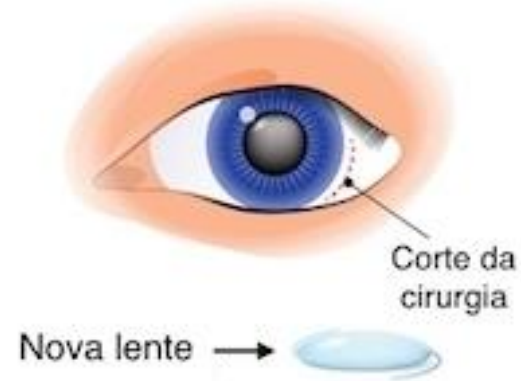
- **0405050100 - Facectomia s/ implante de lente intra-ocular -**
R\$ 403,00

Consiste de procedimento cirúrgico com finalidade terapêutica, sob anestesia local ou geral (crianças e pacientes especiais), para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) sem implante de lente intra-ocular (inclui vitrectomia anterior quando necessário)

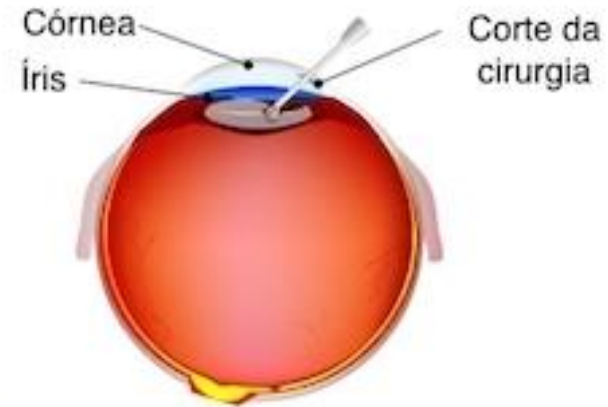
- **040505009-7 - Facectomia c/ implante de lente intra-ocular -**
R\$ 443,00
- Consiste de procedimento cirúrgico com finalidade terapêutica, sob anestesia local ou geral (crianças e pacientes especiais), para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) com implante de lente intra-ocular. Lente já inclusa no procedimento.
- **Inclui valor da anestesia**

040505009-7 - Facectomia c/ implante de lente intra-ocular

Olho com catarata



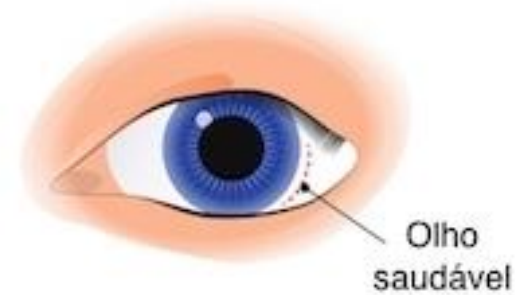
1. Retirada do cristalino defeituoso



2. Implante da nova lente



3. Final da cirurgia



SAÚDE OCULAR

- **04.05.05.011-9 - Facoemulsificacao c/ implante de lente intra-ocular rigida -**

Consiste de procedimento cirúrgico com finalidade terapêutica, sob anestesia local ou geral (crianças e pacientes especiais), para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) com uso de facoemulsificador e com implante de lente intraocular de PMMA. Lente já inclusa no procedimento.

SAÚDE OCULAR

- **0405050372 - Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável -**

Consiste de procedimento cirúrgico para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) com uso de facoemulsificador com implante de lente intraocular dobrável acrílica ou de silicone. Lente inclusa no procedimento.

Inclui valor da anestesia

SAÚDE OCULAR

0301010102 - Consulta para diagnóstico/reavaliação de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria)

Consiste na consulta oftalmológica com realização dos exames de tonometria, fundoscopia e campimetria. Procedimento de realização e apresentação/faturamento 01(uma) vez ao ano. Este procedimento deve ser realizado considerando os critérios de inclusão descritos no protocolo clínico do glaucoma (anexo IV da Portaria SAS/MS Nº 288/2008)

SAÚDE OCULAR

0303050012 - Acompanhamento e avaliação de glaucoma por fundoscopia e tonometria

Consiste no acompanhamento e avaliação do paciente portador de glaucoma. Inclui consulta oftalmológica e os exames de fundoscopia e tonometria. Procedimento de realização e apresentação/faturamento trimestral - **03 vezes ao ano.**

Os demais tratamentos de glaucoma de monolulares e binoculares das diversas linhas são procedimentos secundários



Meu muito obrigado pela oportunidade



Pode me ligar, ou mande um E-Mail...

Tel.: (11) 33972473 (com) –

E-mail: Particular: docsantos@uol.com.br

Institucional: jdsantos@prefeitura.sp.gov.br