



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PARA ACESSO À CIRURGIA ONCOLÓGICA PÓS-TERAPIA NEOADJUVANTE – SES/DF

Área(s): ASCCAN

Portaria SES-DF Nº 539 de 04 de dezembro de 2025, publicada no DODF nº 233 10.12.2025

LISTA DE ABREVIATURAS

ASCCAN	Assessoria da Política de Prevenção e Controle do Câncer
ACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CERA	Central de Regulação Ambulatorial
CERCE	Central de Regulação de Cirurgias Eletivas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CPPAS	Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde
CPCNP	Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas
CRDF	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal
DIRAAH	Diretoria de Regulação da Atenção Hospitalar
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal
GESCIR	Gerência de Serviços Cirúrgicos
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
OCI	Oferta de Cadastro e Informação
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PET-CT	Tomografia por Emissão de Pósitrons/Tomografia Computadorizada
QT	Quimioterapia
SEAS	Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA	5
3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)	5
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	5
4.1. Critérios de inclusão em fila de OCI	5
5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	5
6. CONDUTA	6
Diagnóstico oncológico	8
Tratamento realizado	8
Justificativa para exames e programação cirúrgica	8
Conduta planejada	8
Observações	8
6.1. Responsabilidades da ASCCAN	9
6.2. Responsabilidades da CERA	9
6.3. Papel dos Serviços de Cirurgia Oncológica / Cirurgião	10
Observação: ressalta-se que a utilização dos scripts é fundamental para avaliar as filas e definir a prioridade no agendamento dos procedimentos	10
6.4. Papel da CERCE	10
6.5. Acompanhamento do desfecho clínico	10
7. FLUXO DE ACESSO	12
7.1. Fluxograma	12
7.2. Sistema Informatizado	13
7.3. Priorização de risco	13
8. DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	13
9. CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PELO GESTOR	13
9.1. Indicador de Educação Permanente	13
9.2. Indicadores de Resultado	14
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXOS	17

1. INTRODUÇÃO

A terapia neoadjuvante é definida como o primeiro tratamento sistêmico que um paciente recebe quando um câncer não metastático é diagnosticado (Huober; Von Minckwitz, 2011; West 2015). Esta modalidade terapêutica tem como objetivos primários reduzir o tamanho tumoral, avaliar a resposta in vivo ao tratamento sistêmico e potencialmente melhorar os resultados cirúrgicos e oncológicos.

Neste contexto, a terapia neoadjuvante tem assumido um papel cada vez mais proeminente no tratamento do câncer nas últimas décadas (Trimble et al., 1993). Inicialmente utilizada em tumores localmente avançados ou inoperáveis, esta abordagem terapêutica expandiu suas indicações para incluir diversos tipos de câncer em estágios mais precoces, fundamentada em sólidas evidências científicas que demonstram seus benefícios clínicos e prognósticos.

O tratamento neoadjuvante oferece várias vantagens clínicas significativas. Funt e Solit (2016) destacam que esta abordagem permite determinar a atividade antitumoral de uma nova terapia com base patológica no momento da cirurgia, ao invés de depender apenas de critérios radiológicos de resposta. As principais vantagens incluem: redução do tamanho tumoral, facilitando procedimentos cirúrgicos menos extensos; avaliação da resposta terapêutica, permitindo ajustes no plano de tratamento e controle de micrometástases, tratamento precoce de doença sistêmica subclínica (Funt e Solit; 2016).

Os principais tipos de câncer que podem precisar de tratamento neoadjuvante são os de mama, pulmão de células não pequenas (CPCNP), esofago e junção esofago gástrica, estômago, bexiga, cavidade oral/orofaringe/cabeça e pescoço, sarcomas de partes moles e ósseas, pâncreas e reto (Huober; Von Minckwitz, 2011; Kalvapudi et al., 2023; Silva et al., 2024; Audisio et al., 2024). Além desses, esse tipo de terapia também pode ser usada em outros tipos de câncer.

A partir do exposto, o monitoramento adequado durante a terapia neoadjuvante é essencial. Sendo necessário uma coordenação efetiva entre diferentes níveis de atenção, para garantir acesso à cirurgia em tempo oportuno e a continuidade do cuidado. Isso inclui comunicação clara entre equipes, protocolos bem definidos de encaminhamento e seguimento, e sistemas de informação que facilitem o compartilhamento de informações clínicas relevantes.

Assim, este Protocolo tem como finalidade estabelecer diretrizes técnicas, normas, critérios e fluxo para a organização dos serviços de saúde no âmbito da SES/DF, estabelecendo o fluxo de acesso à cirurgia oncológica para pessoas em terapia neoadjuvante em oncologia. Os pontos de atenção e de gestão voltados aos pacientes oncológicos devem ter como horizonte ações articuladas e coordenadas, sob a concepção ampliada da integralidade do cuidado e da equidade no acesso (Silva et al., 2024). Dessa forma, os serviços de saúde estarão organizados para garantir o acesso oportuno e seguro à cirurgia oncológica após a terapia neoadjuvante, contribuindo com a melhoria dos resultados terapêuticos e com a redução da morbimortalidade por câncer.

2. JUSTIFICATIVA

A instituição deste protocolo busca garantir que pacientes após terapia neoadjuvante tenham acesso regulado, oportuno e seguro à cirurgia oncológica no âmbito da SES/DF. A padronização de fluxos e critérios técnicos é essencial para reduzir atrasos, evitar descontinuidade do cuidado e assegurar a integralidade do tratamento multidisciplinar.

Sob a perspectiva da saúde pública, o protocolo responde à necessidade de organizar a rede assistencial, otimizar recursos e definir responsabilidades entre os diferentes pontos de atenção. Ao estabelecer rotinas claras de regulação, promove-se maior eficiência operacional, transparência e equidade no acesso, fortalecendo a qualidade da assistência oncológica prestada à população do Distrito Federal.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS

RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Todos os CID-10 relacionados a doença oncológica com indicação comprovada para tratamento neoadjuvante.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pessoas adultas (a partir de 18 anos) com câncer confirmado;
- Com diagnóstico anatomo-patológico de neoplasia maligna em terapia neoadjuvante com indicação de cirurgia oncológica, conforme diretrizes nacionais e internacionais;
- Apresentam condições clínicas para tolerar o tratamento oncológico proposto;
- Possuem doença com chance de remoção cirúrgica após a terapia;

4.1. Critérios de inclusão em fila de OCI

Não se aplica.

4.2. Critérios de elegibilidade para atendimento em teleconsulta

Não se aplica.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Doença metastática à distância com indicação de tratamento paliativo exclusivo, sem

perspectiva de cirurgia com intenção curativa.

- Condições clínicas graves ou descompensadas que contraindiquem a terapia neoadjuvante ou a cirurgia subsequente.

6. CONDUTA

A partir da identificação da necessidade de terapia neoadjuvante, os profissionais da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e da rede credenciada para oncologia devem informar os dados básicos da pessoa usuária do SUS à Assessoria da Política de Combate ao Câncer (ASSCAN).

Essas informações são essenciais para o monitoramento dos ciclos de tratamento, dos códigos CID e para o planejamento de possíveis cirurgias. O envio regular permite organizar melhor os serviços de saúde. As informações devem ser enviadas semanalmente, preferencialmente às sextas-feiras, exclusivamente para o e-mail institucional: asscan.sais@sauda.df.gov.br. Os serviços devem seguir o modelo de e-mail (script) com o quadro de informações preenchido, contendo: nome da pessoa usuária, CID principal, protocolo utilizado, data de início do tratamento e previsão de término.

Além disso, no penúltimo ciclo de quimioterapia, os médicos oncologistas devem solicitar os exames de reestadiamento compatíveis com o CID do paciente, no Sistema de Regulação, conforme modelo de script a seguir.

Script de e-mail:

Assunto: Encaminhamento de informações sobre pacientes em terapia neoadjuvante.

Prezados(as),

Encaminhamos, conforme orientação do Protocolo de acesso à cirurgias oncológicas após terapia neoadjuvante, as informações referentes à pessoa usuária do SUS com indicação de terapia neoadjuvante para fins de monitoramento e organização dos serviços.

As informações seguem no quadro abaixo:

Nome Completo	Cartão Nacional do SUS	Data de nascimento	CID Principal	Protocolo utilizado	Data de início do tratamento	Previsão de término do tratamento

Scrip SISREG:

Paciente realizando último ciclo de terapia neoadjuvante para o CID XXX nesta data ____/____/_____, necessitando de exames de reestadiamento para programação cirúrgica.

Essa medida tem como objetivo otimizar o tempo entre o término da quimioterapia e o retorno da consulta com o cirurgião, facilitando a avaliação cirúrgica e o agendamento do procedimento, conforme as notas técnicas vigentes da SES/DF, disponíveis no site <https://www.saude.df.gov.br/protocolo-ses>. O envio regular dessas informações permite ao Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal agendar a consulta em tempo hábil após a programação do final do ciclo da quimioterapia.

Ou seja, a antecipação da solicitação dos exames pelo oncologista permite que o médico cirurgião avalie o caso mais rapidamente e programe a cirurgia sem atrasos. Após o término dos ciclos de quimioterapia, o oncologista deve elaborar um relatório clínico, entregá-lo à pessoa usuária do SUS e encaminhá-lo ao serviço de cirurgia responsável pelo diagnóstico inicial. Essa ação é essencial para garantir a continuidade do cuidado.

Script: RELATÓRIO ONCOLÓGICO – PACIENTE EM NEOADJUVÂNCIA

Identificação

Nome:

Data de nascimento:

Cartão SUS:

Idade: _____ Sexo: _____ Unidade solicitante:

Diagnóstico oncológico

Paciente com diagnóstico confirmado de _____ (tipo histológico completo) de _____ (órgão/topografia), estádio clínico inicial _____ (T, N, M conforme laudo anatomopatológico ou imagem), submetido(a) a tratamento neoadjuvante conforme protocolo vigente (quimioterapia, quimioradioterapia ou hormonioterapia).

Tratamento realizado

Tipo de neoadjuvância: _____

Esquema terapêutico: _____

Data de início: _____ / _____ / _____ Data de término previsto/real: _____ / _____ / _____

Resposta clínica: Parcial Total Não avaliada

Justificativa para exames e programação cirúrgica

Encerrada a fase neoadjuvante, é necessário reestadiamento e planejamento cirúrgico conforme diretrizes do INCA, NCCN e protocolos nacionais, para:

1. Avaliar resposta tumoral e redefinir o estadiamento pós-neoadjuvante (ypTNM);
2. Definir operabilidade e tipo de cirurgia oncológica;
 - Excluir progressão sistêmica antes do procedimento curativo. Solicitam-se os seguintes exames, conforme topografia tumoral:
 - Tomografia de tórax, abdome e pelve com contraste;
 - Ressonância magnética de região específica (mama, reto, pelve, fígado, etc.);
 - Ultrassonografia ou PET-CT (quando indicado);
 - Exames laboratoriais pré-operatórios conforme rotina institucional.

Conduta planejada

Após exames de reestadiamento:

- Reunião multidisciplinar para definição de conduta cirúrgica;
- Agendamento de cirurgia oncológica (mastectomia, histerectomia radical, colectomia, gastrectomia, pancreatectomia, etc.);
- Encaminhamento a serviço habilitado em oncologia cirúrgica do SUS.

Observações

A solicitação está de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) específico e linhas de cuidado do INCA/CONITEC. Exames de reestadiamento são necessários para avaliação da resposta terapêutica e segurança cirúrgica. O não cumprimento desta etapa inviabiliza a avaliação da ressecabilidade tumoral e a programação do tratamento definitivo.

6.1. Responsabilidades da ASCCAN

A Assessoria da Política de Prevenção e Controle do Câncer (ASCCAN) é responsável por receber, semanalmente, as informações enviadas pelas UNACON, CACON e pela rede credenciada sobre todos os pacientes em terapia neoadjuvante e enviar o compilado dos dados recebidos, semanalmente, ao CRDF (CERA/DIRAAH/CRDF/SEAS/SES e CERCE/DIRAAH/CRDF/SEAS/SES) via SEI (00060-00461579/2025-26). Esse processo permite acompanhar, de forma sistemática, o número de usuários em tratamento, os protocolos utilizados, a duração dos ciclos e a previsão de término, oferecendo uma visão abrangente do cenário oncológico no Distrito Federal.

Além disso, realizará o monitoramento contínuo dos e-mails institucionais enviados pelos serviços, o que possibilita identificar inconsistências, atrasos no tratamento ou necessidades de intervenção. Essa atividade garante que nenhum paciente seja perdido no fluxo assistencial e que todos recebam o acompanhamento adequado durante sua jornada terapêutica.

A assessoria também deverá apresentar relatórios consolidados nas reuniões ordinárias da Comissão de Oncologia. Esses relatórios incluem dados epidemiológicos, indicadores de qualidade, tempo de espera para cirurgia e identificação de gargalos assistenciais. Essa apresentação subsidia decisões estratégicas e apoia o planejamento de ações para otimizar a rede oncológica.

Outra atribuição importante é a articulação com o Complexo Regulador em Saúde. Nessa função, a ASCCAN atua como interface entre os serviços assistenciais e o Complexo Regulador, fornecendo informações que permitem o agendamento oportuno de consultas cirúrgicas e a organização dos fluxos de referência e contrarreferência da rede.

6.2. Responsabilidades da CERA

No contexto da terapia neoadjuvante, a Central de Regulação Ambulatorial (CERA) é responsável por receber as informações compiladas da ASCCAN e monitorar sistematicamente as filas de exames de estadiamento, verificando as solicitações feitas por oncologistas e cirurgiões. Esse acompanhamento permite identificar precocemente as demandas relacionadas à terapia neoadjuvante e estabelecer a devida prioridade para esses casos.

Essa análise possibilita reconhecer rapidamente os casos que precisam de agendamento prioritário, garantindo que os exames sejam realizados no momento adequado do tratamento. Para assegurar o acesso oportuno, a CERA utilizará o memorando 173336785, SEI (00060-00307016/202593), que versa sobre o agendamento prioritário dos procedimentos de pacientes oncológicos. Essa estratégia evita que o cronograma terapêutico seja prejudicado por falta de disponibilidade nos serviços de diagnóstico por imagem e em outros exames complementares necessários.

6.3. Papel dos Serviços de Cirurgia Oncológica / Cirurgião

O paciente que recebe o relatório clínico do oncologista deve procurar o serviço responsável pelo diagnóstico inicial, que tem a premissa de acolhê-lo, atender a demanda e garantir que não haja interrupção na assistência.

Após o acolhimento, o serviço deve agendar a consulta com o cirurgião oncológico em vaga local, em até 10 dias. É importante destacar que, para pacientes em terapia neoadjuvante, a consulta de retorno com o cirurgião seguirá um fluxo prioritário, devendo assegurar o agendamento da cirurgia dentro do tempo terapêutico adequado aos respectivos CIDs.

Cabe ao cirurgião verificar no SISREGIII a situação dos exames de estadiamento. Quando os exames não tiverem sido solicitados, este deve providenciar as solicitações utilizando o script padronizado.

Script SISREG:

Paciente terminou tratamento neoadjuvante para o CID XX em _____/____/_____, necessitando de exames de reestadiamento para programação cirúrgica.

Após a avaliação clínica do paciente e verificada a necessidade de cirurgia, o médico cirurgião deverá solicitar a cirurgia no SISREG, utilizando o seguinte script:

Script SISREG:

Paciente reavaliado pelo cirurgião, necessitando de complementação do tratamento neoadjuvante com a cirurgia solicitada, a ser programada para o mês XX./_____

Observação: ressalta-se que a utilização dos scripts é fundamental para avaliar as filas e definir a prioridade no agendamento dos procedimentos.

6.4. Papel da CERCE

A Central de Regulação de Cirurgias Eletivas (CERCE) realiza o agendamento prioritário das cirurgias pós-neoadjuvância, com foco na janela terapêutica indicada, de 4 a 6 semanas conforme protocolos internacionais. A exceção é o tumor de reto (CID 10: C20), cujo período para tratamento após neoadjuvância é de 8 a 12 semanas. Deve também encaminhar via SEI à ASCCAN a relação das cirurgias agendadas, para que seja possível acompanhar sua execução junto aos hospitais da rede SES/DF.

A CERCE deverá comunicar o agendamento do procedimento ao paciente, conforme rotina interna.

6.5. Acompanhamento do desfecho clínico

Com base nas informações sobre as cirurgias agendadas, a ASCCAN, em parceria com a Gerência de Serviços Cirúrgicos (GESCIR), verificará junto aos serviços de cirurgia se os procedimentos foram

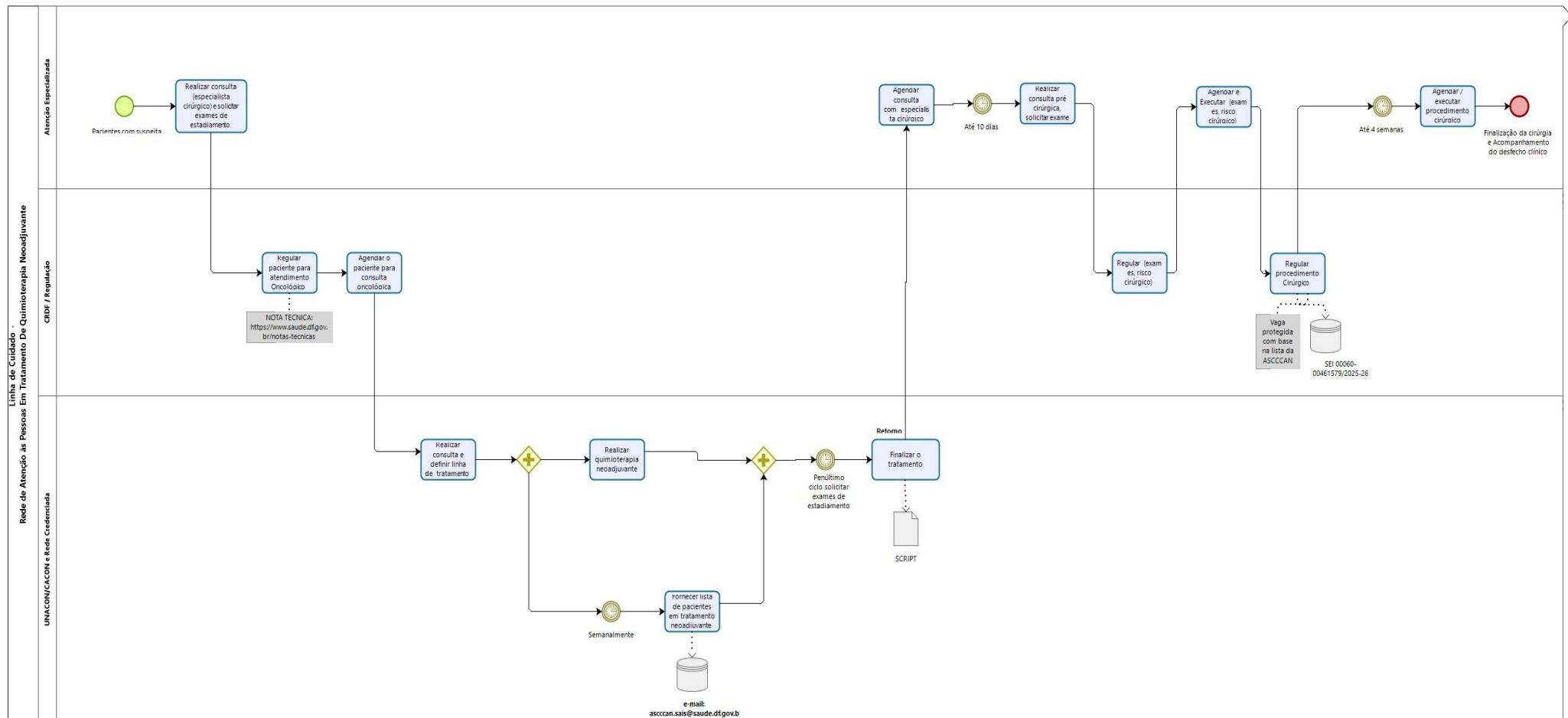
efetivamente realizados.

Quadro 3 - Papeis e Responsabilidades dos Serviços no Protocolo de Regulação para Acesso à Cirurgia Oncológica Pós-Terapia Neoadjuvante

Serviço/ Profissional	Responsabilidades	Momento da Ação	Observações
UNACON / CACON e Rede Credenciada	<ul style="list-style-type: none"> • Informar dados básicos do paciente à Assessoria da Política de Combate ao Câncer • Enviar informações semanalmente (preferencialmente às sextas-feiras) • Utilizar script padronizado de e-mail 	A partir da indicação da necessidade de terapia neoadjuvante	E-mail institucional: asccan.sais@saude.df.gov.br
Médico Oncologista	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames de estadiamento compatíveis com o CID (Utilizar script padronizado) • Elaborar relatório clínico ao término dos ciclos (Utilizar script padronizado) • Entregar relatório ao paciente • Encaminhar paciente ao serviço de cirurgia (Utilizar script padronizado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exames: solicitar no penúltimo ciclo de quimioterapia. • Relatório: após término dos ciclos. 	Objetivo: otimizar tempo entre término da QT e consulta cirúrgica

7. FLUXO DE ACESSO

7.1. Fluxograma



7.2. Sistema Informatizado

Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

7.3. Priorização de risco

Paciente oncológicos pós terapia neoadjuvante têm preferencia sobre os demais pacientes e o tempo de espera da cirurgia é entre 4 a 6 semanas.

8. DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

Não se aplica

9. CONTROLE, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

9.1. Indicador de Educação Permanente

Indicador	Percentual de profissionais-chave capacitados no Protocolo de Regulação para Acesso à Cirurgia Oncológica Pós-Terapia Neoadjuvante – SES/DF
Conceituação	Este indicador visa avaliar o percentual de profissionais diretamente envolvidos no itinerário da terapia neoadjuvante que foram formalmente capacitados sobre os fluxos, responsabilidades e protocolos definidos no documento. O objetivo é medir a disseminação do conhecimento e a preparação das equipes para a implementação efetiva da linha de cuidado.
Limitações	<ul style="list-style-type: none">• Não afere a real absorção do conhecimento ou a mudança de prática do profissional após a capacitação.• Não considera a rotatividade de profissionais, que pode exigir capacitações contínuas.• A lista de presença não garante a participação ativa ou o engajamento do profissional durante o treinamento.• Não avalia barreiras estruturais ou de processo que possam impedir a implementação da linha de cuidado, mesmo com profissionais capacitados.
Fonte	Lista de presença no treinamento
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de profissionais capacitados} \times 100}{\text{nº total de profissionais relacionados ao protocolo}}$
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Responsável	GES/ DIDEP/CIGEC/SUGEP
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Polaridade	Maior Melhor
Meta Anual	80%
Descrição da Meta Ano	Treinar 80% dos profissionais no Protocolo de Acesso por Região de Saúde

9.2. Indicadores de Resultado

Indicador	Proporção de Pacientes com Indicação Cirúrgica Pós-Neoadjuvância que Receberam Cirurgia Dentro da Janela Terapêutica Ideal
Conceituação	Este indicador mede o acesso à cirurgia oncológica em tempo oportuno para todos os pacientes que concluíram a terapia neoadjuvante.
Limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Requer integração de múltiplas fontes de dados (oncologia clínica, cirurgia, regulação). - Pode ser influenciado por fatores clínicos legítimos (contraindicações que surgem após a neoadjuvância, recusa do paciente).
Fonte	- Sistema de Prontuário eletrônico.
Metodologia de Cálculo	$(\text{Nº de pacientes com indicação cirúrgica que receberam cirurgia dentro da janela terapêutica} / \text{Nº total de pacientes que concluíram neoadjuvância com indicação cirúrgica}) \times 100$
Dado	Cumulativo
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Responsável	ASCCAN, em parceria com a Gerência de Serviços de Cirurgia (GESCIR) e CERCE/DIRAAH/CRDF/SES.
Periodicidade de envio à CPPAS	Quadrimestral
Unidade de medida	Percentual
Polaridade	Maior Melhor
Meta Anual	$\geq 75\%$
Descrição da Meta	Garantir que pelo menos 75% de todos os pacientes que concluíram a terapia neoadjuvante com indicação cirúrgica sejam operados dentro da janela terapêutica ideal.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUDISIO, A. et al. Total Neoadjuvant Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer. *JAMA Oncology*, v. 10, n. 3, p. 285-293, 2024.

FUNT, S. A.; SOLIT, D. B. The Role of Neoadjuvant Trials in Drug Development and Tumor Biology.

Clinical Cancer Research, v. 22, n. 9, p. 2145-2153, 2016.

HUOBER, J.; VON MINCKWITZ, G. Neoadjuvant Therapy – What Have We Achieved in the Last 20 Years? *Breast Care*, v. 6, n. 6, p. 419-426, 2011.

KALVAPUDI, S. et al. Neoadjuvant therapy in non-small cell lung cancer. *Frontiers in Oncology*, v. 13, p. 1184365, 2023.

SILVA, D. D. et al. Neoadjuvant treatment for pancreatic cancer. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, v. 9, n. 4, p. 364-377, 2024.

TRIMBLE, E. L. et al. Neoadjuvant therapy in cancer treatment. *Cancer*, v. 72, n. 11, p. 3515-3524, 1993. WEST, H. J. Neoadjuvant Therapy. *JAMA Oncology*, v. 1, n. 4, p. 548, 2015.

ELABORADORES(AS) E REVISORES(AS)

ELABORADORES(AS):

Lorennna Lima Simoes Bragança

Roberta Danielle M Melo Fiúza

Carla Cristhian de Moraes Santos

Renato Lopes Santos

Rebeca de Souza Costa

COLABORADORES(AS):

Consuelo Sabiá Raquel Souza Passos

ANEXOS

ANEXO I

Relação de Unidades Executantes e Serviços ofertados por Região de Saúde Não se aplica

Região e regiões administrativas	Unidades Executantes	Serviços Ofertados com	Código SIGTAP
Sul	Hospital Regional do Gama - St. Central Área Especial 01 - Gama, Brasília - DF, 72405-901		
Sul	Hospital Regional de Santa Maria - Quadra AC 102, Conjuntos A a D, s/nº – Santa Maria – DF, CEP 72.502-100		
Central	Hospital da Regional da Asa Norte - SMHN QUADRA 101 BLOCO A ÁREA ESPECIAL – BRASÍLIA-DF, CEP: 70.710-905		
Sudoeste	Hospital Regional de Taguatinga - QNC – Área Especial nº 24 – Taguatinga – DF. CEP: 72.120-970		
Sudoeste	Hospital Regional de Samambaia - QS 614, conjunto C, lotes 1/2, Samambaia Norte, Brasília - DF, CEP 72322-583		
Oeste	Hospital Regional de Ceilândia - QNM 27, Área Especial 1, QNM 28 – Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270		
Norte	Hospital Regional de Sobradinho - Q 12 CJ B LT 38 Sobradinho – DF. CEP: 73010-120		
Norte	Hospital Regional de Planaltina - Avenida WL 4, Área Especial, Setor Hospitalar Oeste, Planaltina-DF, CEP 73310-000		
Leste	Hospital Regional Leste - Q 2 - Paranoá, Brasília - DF, 71570-130		
Unidade de Referência Distrital	Hospital de Base - Setor Médico Hospitalar Sul (SMHS), Área Especial 101, Asa Sul, Brasília - DF, CEP 70.330-150		
	Hospital Universitário de Brasília - SGAN 605, Av. L2 Norte Bairro: Asa Norte Brasília - DF CEP: 70840-901		