



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

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

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: [asccan.sais@saude.df.gov.br](mailto:asccan.sais@saude.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: \_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_ Unidade solicitante: \_\_\_\_\_

### Diagnóstico oncológico

Paciente com diagnóstico confirmado de \_\_\_\_\_ (tipo histológico completo) de \_\_\_\_\_ (órgão/topografia), estágio clínico inicial \_\_\_\_\_ (T, N, M conforme laudo anatomopatológico ou imagem), submetido(a) a tratamento neoadjuvante conforme protocolo vigente (quimioterapia, quimiorradioterapia 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

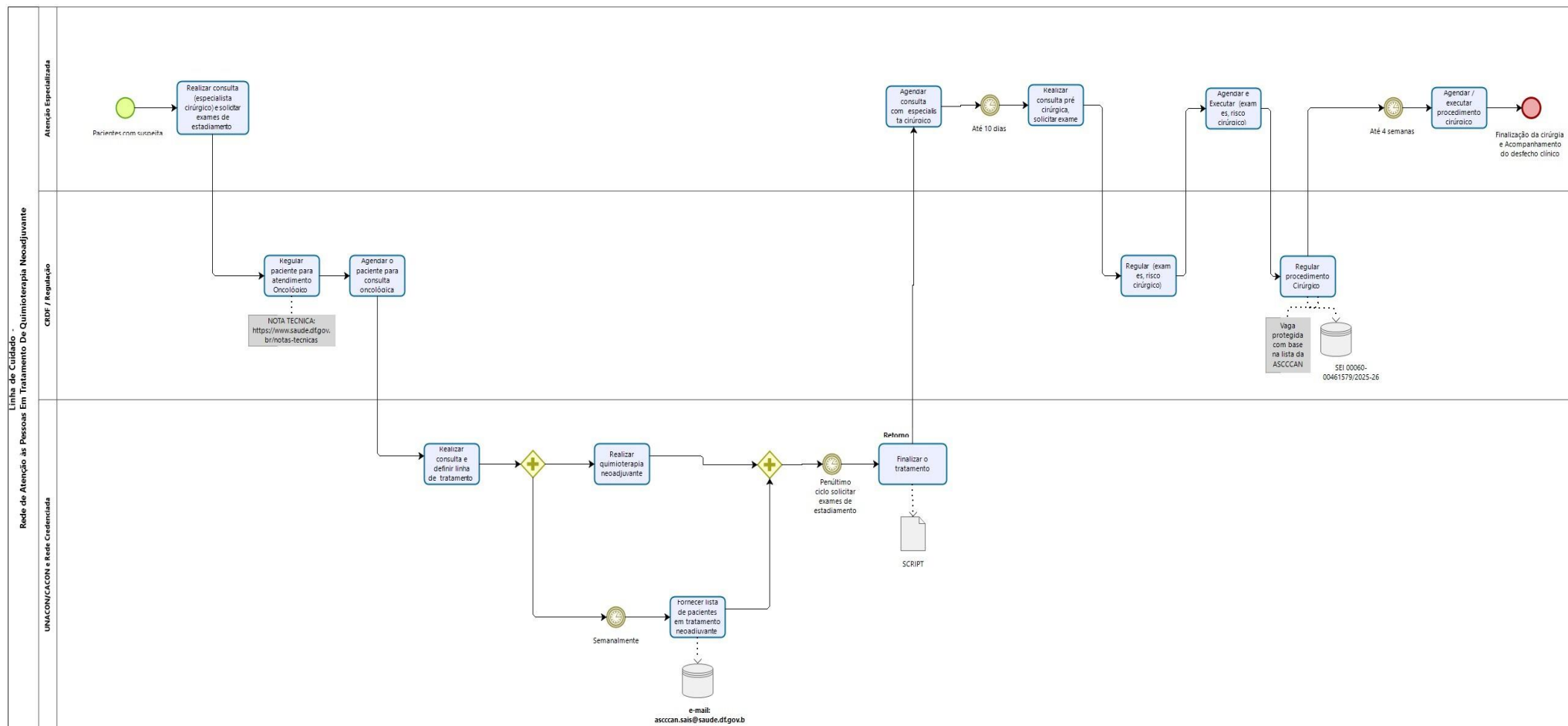
efetivamente realizados.

**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"><li>• Informar dados básicos do paciente à Assessoria da Política de Combate ao Câncer</li><li>• Enviar informações semanalmente (preferencialmente às sextas-feiras)</li><li>• Utilizar script padronizado de e-mail</li></ul>	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"><li>• Solicitar exames de estadiamento compatíveis com o CID (Utilizar script padronizado)</li><li>• Elaborar relatório clínico ao término dos ciclos (Utilizar script padronizado)</li><li>• Entregar relatório ao paciente</li><li>• Encaminhar paciente ao serviço de cirurgia (Utilizar script padronizado)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exames: solicitar no penúltimo ciclo de quimioterapia.</li><li>• Relatório: após término dos ciclos.</li></ul>	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

<b>Indicador</b>	Percentual de profissionais-chave capacitados no Protocolo de Regulação para Acesso à Cirurgia Oncológica Pós-Terapia Neoadjuvante – SES/DF
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não afere a real absorção do conhecimento ou a mudança de prática do profissional após a capacitação.</li><li>• Não considera a rotatividade de profissionais, que pode exigir capacitações contínuas.</li><li>• A lista de presença não garante a participação ativa ou o engajamento do profissional durante o treinamento.</li><li>• Não avalia barreiras estruturais ou de processo que possam impedir a implementação da linha de cuidado, mesmo com profissionais capacitados.</li></ul>
<b>Fonte</b>	Lista de presença no treinamento
<b>Metodologia de Cálculo</b>	$\frac{\text{nº de profissionais capacitados} \times 100}{\text{nº total de profissionais relacionados ao protocolo}}$
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Quadrimestral
<b>Responsável</b>	GES/ DIDEP/CIGEC/SUGEP
<b>Periodicidade de envio à CPPAS</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor
<b>Meta Anual</b>	80%
<b>Descrição da Meta Ano</b>	Treinar 80% dos profissionais no Protocolo de Acesso por Região de Saúde

## 9.2. Indicadores de Resultado

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

Lorena Lima Simoes Bragança

Roberta Danielle M Melo Fiuza

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		