



Assunto: "CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O FLUXO PARA O AGENDAMENTO DE PRIMEIRA CONSULTA AMBULATORIAL EM ONCOLOGIA CLÍNICA"

1. Assunto

Segundo dados do INCA, a estimativa de casos novos de Câncer para o Distrito Federal, para o triênio 2023-2025, será de aproximadamente 7.330 casos ao ano, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma (Santos, 2023). Em 2023, foram realizados 63.405 atendimentos oncológicos, contemplando pacientes adultos com tumores sólidos, doenças onco-hematológicas e casos pediátricos. Quanto aos procedimentos terapêuticos, foram realizadas 60.263 sessões de quimioterapia, 3.720 sessões de radioterapia e 5.757 cirurgias oncológicas (Santos, 2023).

Para gerenciar essa significativa demanda de atendimentos oncológicos, o Ministério da Saúde disponibiliza o SISREG III, um sistema online de regulação em saúde, para Estados e Distrito Federal. Esta ferramenta, sob domínio e gestão federal, é utilizada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal e outros Estados para execução dos processos regulatórios locais. É importante ressaltar que, embora seja usuária do sistema, a SES/DF não possui autonomia para alterar ou criar prioridades, sendo esta uma prerrogativa exclusiva do Ministério da Saúde.

2. Objetivo

Este documento tem o objetivo de definir os critérios de risco dos pacientes portadores de câncer, atendidos nas Centros de Assistência de Alta Complexidade de Oncologia Clínica (CACONs) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs), em Panorama III, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES-DF.

O atendimento em Oncologia Clínica inicia-se a partir da confirmação por anatomopatológico e/ou imunohistoquímica e pode ser dividido em dois perfis assistenciais: Urgências/Emergências oncológicas e Ambulatoriais. Esta classificação é fundamental para assegurar a priorização do tratamento de pacientes que apresentem agravos clínicos significativos relacionados à neoplasia maligna, garantindo assim um atendimento mais ágil em relação aos casos de menor gravidade.

3. Justificativa

O acesso à primeira consulta ambulatorial da Oncologia Clínica faz-se por meio da Regulação em Panorama 3, ou seja, fila única em todo o Distrito Federal, com protocolos definidos pelas especialidades da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS). É necessário que o paciente tenha o seu diagnóstico histopatológico confirmado nas subespecialidades médicas, para posteriormente ser encaminhado à oncologia clínica.

A Classificação de Risco é uma ferramenta técnico-assistencial que permite implementar o princípio da equidade na distribuição das vagas disponíveis, conforme as necessidades específicas de cada paciente. Neste sistema, as áreas de assistência e regulação possuem atribuições distintas e complementares: à assistência cabe definir os critérios de prioridade no atendimento, enquanto a regulação é responsável por direcionar as vagas disponíveis, seguindo estes critérios previamente estabelecidos e validados.

4. Conteúdo

Para o encaminhamento à Oncologia Clínica é fundamental e obrigatório duas situações: o diagnóstico comprovando neoplasia maligna invasora por anatomopatológico ou imunohistoquímica com data (preferencialmente ambas) e a avaliação da especialidade cirúrgica responsável pelo CID. Há 2 exceções quanto à exigência de anatomopatológico, como tumores do ângulo ponto-cerebelar e hepatocarcinoma, que autoriza esse encaminhamento mediante protocolo de investigação por exames de imagem não invasivos: técnica de imagem e radiologista com experiência na patologia.

Neste sentido, o exame anatomopatológico e/ou imunohistoquímica são definidores de conduta com a escolha do esquema de quimioterapia, imunoterapia, hormonioterapia ou terapia alvo que promova a melhor oportunidade de cura. Ressalta-se que a avaliação da equipe cirúrgica é necessária para definição do planejamento terapêutico em neoadjuvância, adjuvância, tratamento combinado (Oncologia + Radioterapia) ou palição e ocorre antes da consulta da Oncologia Clínica.

4.1. Critérios de exclusão

- Paciente menores de 18 anos.
- Pacientes com diagnósticos de neoplasia maligna mieloproliferativas, linfáticos e mieloma, classificados pelos CID-s: C81 a C85 (linfomas), C88 (Doenças imunoproliferativas malignas), C90 (Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos) e C91a C96 (leucemia) deverão ser encaminhados a onco-hematologia. (orientar o acesso à especialidade).
- Paciente com tumores com laudos exclusivamente "in situ", exceto quando há componentes invasores, tais como os seguintes exemplos: o carcinoma lobular ou ductal invasor e urotelial invasor, entre outros.

5. Critérios de encaminhamento

| Classificação de risco ambulatorial de consultas em Oncologia Clínica (Código SISREG: 0701363) |
|--|
| Prioridade Vermelha |
| 1. Tratamento combinado com radioterapia (após ser avaliado na triagem da radioterapia): tumores de reto, colo de útero, cabeça e pescoço (incluindo nasofaringe), esôfago superior, canal anal, tumores de vulva e vagina, tumores de próstata alto risco e tumores de bexiga candidatos a tratamento de preservação de órgão. |
| 2. Tumores de células germinativas de testículo e ovário. |
| 3. Os tumores com comportamento biológico agressivo, de crescimento acelerado e prognóstico desfavorável: Pulmão de Pequenas Células com doença extensa e melanoma avançado. |
| 4. Tratamento neoadjuvante e/ou indução: tumores de mama, estômago, esôfago médio e distal, reto, cabeça e pescoço. |
| 5. Tumores do SNC.: após procedimento cirúrgico (na doença totalmente ressecada ou parcialmente ressecada) e GBM ou Astrocitoma grau III - concomitante à radioterapia. |
| 6. Pacientes em vigência de tratamento oncológico em caráter neoadjuvante / adjuvante, iniciados fora da rede SES, e que necessitam dar continuidade ao tratamento no DF. deverão gerar vaga extra para atendimento, conforme regionalização, para não causar atraso no tratamento oncológico. |
| 7. Pacientes que necessitam de troca de terapia oncológica em unidade que não possui sua padronização, deverão ser transferidos para serviços com disponibilidade do medicamento. A nova unidade executante, deverá fornecer vaga extra, conforme pactuação regional vigente. Após o término da terapia oncológica não oferecida na unidade solicitante, o paciente poderá retornar ao serviço oriundo para continuidade do tratamento, nos casos em que a terapia fora suspensa ou não houver mais indicação. |
| 8. Gestantes |

Prioridade amarela

1. Tratamento adjuvante - tratamento após realização da cirurgia ou radioterapia (constar procedimento cirúrgico ou radioterapia e data do procedimento): tumores de mama, cólon e reto, pulmão, ovário, cabeça e pescoço, endométrio, estômago, esôfago médio e distal, pâncreas, vesícula biliar, duodeno, bexiga, tumores de partes moles e ósseos e melanoma.

Prioridade Verde

1. Hormonioterapia adjuvante exclusiva em tumores de próstata e mama (CDIS/CLIS)

2. Paciente com doença metastática e/ou localmente avançado (exceto tumores de testículo e tumores ovarianos germinativos, pulmão de pequenas células com doença extensa e melanoma avançado).

6. Conclusão

Essa Nota Técnica deve ser utilizada para respaldo técnico pelo regulador enquanto autoridade sanitária na classificação de risco, no Sistema SISREG III, de forma segura e eficiente.

7. Vigência

A nota técnica terá vigência de dois anos, sujeita à revisão caso haja necessidade de alterações ou após a finalização e publicação de protocolo ou outro documento normativo que a substitua.

8. Considerações importantes

- Pacientes para avaliação de cuidados paliativos exclusivos deverão ser inseridos na fila ONCOLOGIA CUIDADOS PALIATIVOS. código: 0241023
- Nos casos de tratamentos combinados com radioterapia, após a consulta na oncologia deverá ser passada a prioridade para vermelho na radioterapia e vice-versa.
- Critérios de elegibilidade para consulta em oncologia clínica:
 - Histopatológico e/ou imunohistoquímica com data da neoplasia maligna.
 - Registro do estadiamento TMN/FIGO
 - Sugestão do planejamento terapêutico proposto pela equipe de cirurgia responsável pelo sítio topográfico, devendo ser realizada na atenção especializada ambulatorial ou hospitalar ou terciária à saúde, exemplo:
 - A) Tratamento neoadjuvante: tratamento oncológico clínico realizado antes da cirurgia (definida como o tratamento definitivo).
 - B) Tratamento adjuvante: tratamento oncológico clínico após a realização da cirurgia(definida como o tratamento definitivo), informar a tipo e a data da cirurgia.
 - C) Tratamento combinado: quimioterapia e ou hormonioterapia associado à radioterapia.
 - D) Tratamento sistêmico exclusivo: caráter curativo ou paliativo, por exemplo no hepatocarcinoma.
 - E) Tratamento paliativo exclusivo: pacientes com diagnóstico inicial com metástases ou progressão de doença após tratamento, com performance status inadequado para terapia sistêmica.
- Além do registro histopatológico confirmatório de neoplasia maligna, todos os pacientes deverão passar primeiramente pela especialidade cirúrgica de cada área: Tumores do Trato Gastro-intestinal, pele, ossos, partes moles, Sistema Nervoso Central, Ginecológicos, Urológicos, Mama, Pulmão, Cabeça e pescoço (especialista cirúrgico da respectiva área de cuidado), para definição da modalidade de tratamento, por exemplo: tratamento combinado, neoadjuvante, adjuvante, indicação cirúrgica, para estadiamento adequado, avaliação do Performance Status, alinhamento da prioridade proposta e linha de cuidado adequado, conforme **Anexo I**.

- Nos casos de tratamentos combinados com radioterapia, após a consulta na oncologia deverá ser passada a prioridade para vermelho na radioterapia e vice-versa.
- Tumores malignos de pele devem ter uma primeira avaliação na clínica cirúrgica da região topográfica e só depois ser encaminhado à oncologia clínica, pelo (a) cirurgião (ã).
- Pacientes com câncer em estado avançado devem ser avaliados pelos cuidados paliativos de forma concomitante, mesmo que virgens de tratamento, independentemente do performance status.
- A competência para abertura de vagas e definição de perfil assistencial são feitas respectivamente pelo CACON/UNACON e a ASCCAN/SAIS e gerenciado pela CERA quanto à distribuição das vagas, segundo os critérios previamente definidos pela área técnica assistencial.
- Pacientes com tratamento oncológico concluído, com a finalidade de seguimento pós-tratamento, devem ser direcionados para o especialista cirúrgico da respectiva área de cuidado, nas unidades da atenção Especializada Ambulatorial.
- Pacientes previamente tratados na Oncologia Clínica, que receberam alta, e evoluíram com evidências radiológicas de progressão, deverão realizar nova biópsia guiada por exame de imagem para confirmação diagnóstica (diferenciar progressão de doença, de segundo tumor primário). O agendamento deverá ocorrer na radiologia do HBDF, não inserir no SISREG III, uma vez que o exame não é regulado pela Central de Regulação Ambulatorial. Após realização da nova biópsia, orientar o(a) paciente a retornar no ambulatório de oncologia clínica de origem para agendamento em vagas locais.

9. Referências

SANTOS, Marcell de Oliveira et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. e-213700, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>.

Anexo I

“Paciente _____ portador de laudo histopatológico com resultado _____, data _____. Avaliado pela equipe cirúrgica _____ sendo indicado tratamento, pelo estadiamento _____, neoadjuvância ou adjuvância por cirurgia _____ realizada em _____, tratamento combinado (quimioterapia e radioterapia) ou paliativo.

Caso falte alguma informação, orientamos encaminhar o paciente para avaliação da equipe cirúrgica responsável pelo CID na atenção secundária ou a cirurgia oncológica para evitarmos atrasos no início do tratamento.



Documento assinado eletronicamente por **FABIANE KELLEM OLIVEIRA DOS SANTOS CESARIO - Matr.0157146-X, Referência Técnica Distrital (RTD) Oncologia Clínica**, em 21/11/2024, às 18:09, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GUSTAVO BASTOS RIBAS - Matr.0152617-0, Chefe da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer**, em 21/11/2024, às 20:58, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BIANCA SOUZA LIMA - Matr.1443954-9, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 22/11/2024, às 17:07, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=156592761)
verificador= **156592761** código CRC= **1CB028DF**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70.719-040 - DF
Telefone(s):
Sítio - www.saude.df.gov.br