



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

## Protocolo de Atenção à Saúde

### PROTOCOLO DE ACESSO AOS EXAMES DE PET/CT

**Área(s): DUAEC/GEDIAG**

Portaria SES-DF Nº 26 de 17 de janeiro de 2025, publicada no DODF Nº 14 de 21.01.2025.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**PET/CT** - *Positron Emission Tomography / Computed Tomography* - do inglês em tradução livre: Tomografia por Emissão de Pósitrons associada à Tomografia Computadorizada

**PET** - *Positron Emission Tomography*

**CT** - *Computed Tomography*

**ANS** - Agência Nacional de Saúde

**MS** - Ministério da Saúde

**FDG-<sup>18</sup>F** - Fluoro-2-desoxi-D-glicose marcada com Flúor-18

**CID10** - Classificação Internacional de Doenças 10<sup>ª</sup> revisão

**SIGTAP**: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

**SECTICS** - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

**CEA** - Antígeno Carcinoembrionário **SISREG** -

Sistema Nacional de Regulação **SES** -

Secretaria de Estado de Saúde

**CRDF** - Complexo Regulador do Distrito Federal

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**TC** - Tomografia Computadorizada

**USG** - Ultrassonografia

**NUMEN** - Núcleo de Medicina Nuclear do Hospital de Base do Distrito Federal

(IGESDF/DIASE/SUPHB/GEADT/NUMEN)

**DIRAAH** - Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar - (SES/CRDF/DIRAAH)

**CERA** - Central de Regulação Ambulatorial - (SES/CRDF/DIRAAH/CERA)

**CERAC** - Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade - (SES/CRDF/DIRAAH/CERAC)

**APAC** - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais

**GEDIAG** - Gerência de Serviços de Apoio Diagnóstico - (SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG)

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS .....	2
SUMÁRIO.....	3
1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA.....	4
1.2. Palavra(s) chaves(s).....	4
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes .....	4
2. INTRODUÇÃO.....	4
3. JUSTIFICATIVA.....	5
4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10) .	6
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	11
de 2021 (ANS):.....	12
novembro de 2023: .....	13
6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	13
7. CONDUTA .....	14
8. FLUXO DE ACESSO .....	14
8.1. Fluxograma .....	14
8.2. Sistema Informatizado .....	18
8.3. Priorização de risco .....	18
- Prioridade vermelha:.....	18
- Prioridade amarela:.....	19
- Prioridade verde:.....	19
- Prioridade azul:.....	19
*(INDICAÇÕES CONTEMPLADAS NA PORTARIA NÚMERO 1.340 DE 1º DE DEZEMBRO DE 2014).....	19
**(INDICAÇÕES PREVISTAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, 2018).....	19
10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS .....	20
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21

## **1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA**

### **1.1. Bases de dados consultadas**

Pubmed - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

LILACS - <https://lilacs.bvsalud.org/>

Biblioteca Virtual em Saúde - <https://bvsms.saude.gov.br/>

### **1.2. Palavra(s) chaves(s)**

PET/CT; indicações; regulação

### **1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Foram utilizadas 9 referências publicadas nos últimos 14 anos nas línguas portuguesa e inglesa, abrangendo o período de 2010 a 2024, além de diretrizes de sociedades de especialidades médicas, documentos do Ministério da Saúde e o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). As normativas utilizadas para balizar este protocolo incluem a \*Portaria n.º 1.340/GM/MS, a \*\*Portaria SECTIS/MS n.º 66, de 22 de novembro de 2023, e o \*\*Rol de Procedimentos ANS 2021\*.

## **2. INTRODUÇÃO**

O PET/CT, também conhecido como PET-SCAN, é um tipo de exame de imagem médica que combina a tecnologia de tomografia por emissão de pósitrons (PET) para obtenção de imagens metabólicas, associada às imagens anatômicas fornecidas pela tomografia computadorizada (CT). Essa tecnologia fornece imagens de alta precisão que são fundamentais para a avaliação de diversas condições oncológicas, neurológicas e cardíacas. É uma ferramenta valiosa e amplamente utilizada para estadiamento, avaliação de resposta ao tratamento e avaliação prognóstica de neoplasias malignas, ajudando na tomada de decisões clínicas e no planejamento terapêutico <sup>1</sup>.

O exame foi incluído na tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS com a publicação da Portaria SAS/MS nº 1.340, de 1º de dezembro de 2014 e está disponível à população usuária do SUS desde então <sup>2</sup>.

### 3. JUSTIFICATIVA

A disponibilização do exame de PET/CT na rede pública de saúde do DF é crucial, considerando seu papel no diagnóstico e no planejamento terapêutico, especialmente em casos oncológicos. No entanto, o alto custo do exame, a complexidade de sua execução e o número limitado de equipamentos disponíveis requerem a criação de critérios rigorosos para o acesso, garantindo que os pacientes que se beneficiem clinicamente tenham acesso a essa tecnologia de forma justa e eficiente. O PET/CT foi incluído na tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS com a publicação da Portaria SAS/MS nº 1.340/2014<sup>2</sup>. No entanto, após 10 anos da publicação não houve atualização das indicações para realização do exame, além da inclusão contida na Portaria SECTICS/MS Nº 66, de 22 de novembro de 2023, apesar da vasta literatura que comprova o benefício do mesmo para várias outras patologias<sup>3,5,6,7</sup>. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ampliou as suas indicações para realização do PET/CT para além das incluídas nas portarias do Ministério da Saúde desde 2014, acolhendo a recomendação do exame em várias outras indicações<sup>8</sup>.

Assim sendo, a Secretaria de Saúde viu a necessidade de ampliar o acesso da população usuária do SUS às demais indicações para realização do PET/CT preconizadas pela ANS<sup>4</sup>. Para tal faz-se necessária a criação deste protocolo visando estabelecer critérios claros e um fluxo de acesso que favoreça a utilização apropriada do exame, embasando-se em legislações vigentes, como as portarias supracitadas e o Rol da ANS 2021.

Diante disso, este protocolo tem os seguintes objetivos:

- Ordenar o fluxo de acesso ao exame de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET/CT);
- Regular o acesso dos pacientes com indicação de realização de PET/CT;
  - Estabelecer os critérios para agendamento e realização do exame, segundo aqueles estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 1.340, de 1º de dezembro de 2014, Portaria SECTICS/MS nº 66, de 22 de novembro de 2023 e rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - ANS<sup>2,3,4</sup>;
- Definir os acessos prioritários aos procedimentos de PET/CT, segundo a classificação de risco;
- Promover transparência, integralidade e equidade no acesso ao serviço.

## 4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

### 4.1 Indicações para realização de PET/CT segundo o Rol de Procedimentos e eventos em saúde de 2021 (ANS):

- CIDs definidos na Tabela SIGTAP/SUS - de acordo com a Portaria número 1.340 de 1º de dezembro de 2014 - para procedimentos em pacientes com diagnóstico de **Câncer de Pulmão**, no estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não pequenas potencialmente ressecável:
  - C34.0 Neoplasia maligna do brônquio principal
  - C34.1 Neoplasia maligna do lobo superior, brônquio ou pulmão
  - C34.2 Neoplasia maligna do lobo médio, brônquio ou pulmão
  - C34.3 Neoplasia maligna do lobo inferior, brônquio ou pulmão
- CIDs definidos na Tabela SIGTAP/SUS - de acordo com a Portaria número 1.340 de 1º de dezembro de 2014 - para procedimentos em pacientes com diagnóstico de **Linfomas**, para o estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento de linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin:
  - C81.0 Doença de Hodgkin, predominância linfocítica
  - C81.1 Doença de Hodgkin, esclerose nodular
  - C81.2 Doença de Hodgkin, celularidade mista
  - C81.3 Doença de Hodgkin, depleção linfocítica
  - C81.7 Outra forma da doença de Hodgkin
  - C81.9 Doença de Hodgkin, não especificada
  - C82.0 Linfoma não-Hodgkin, pequenas células clivadas, folicular
  - C82.1 Linfoma não-Hodgkin, misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular
  - C82.2 Linfoma não-Hodgkin, grandes células, folicular
  - C82.7 Outros tipos de linfoma não-hodgkin, folicular
  - C82.9 Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado
  - C83.0 Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células (difuso)
  - C83.1 Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células clivadas (difuso)
  - C83.2 Linfoma não-Hodgkin difuso, misto, de pequenas e grandes células (difuso)

- C83.3 Linfoma não-Hodgkin difuso, grandes células (difuso)
- C83.4 Linfoma não-Hodgkin difuso, imunoblástico (difuso)
- C83.6 Linfoma não-Hodgkin difuso, indiferenciado (difuso)
- C83.8 Outros tipos de linfoma não-Hodgkin difuso
- C83.9 Linfoma não-Hodgkin difuso, não especificado
- C84.0 Micose fungoide
- C84.1 Doença de Sézary
- C84.2 Linfoma da zona T
- C84.3 Linfoma linfoepitelioides
- C84.4 Linfoma de células T, periférico
- C84.5 Outros linfomas de células T e os não especificados
- C85.7 Outros tipos especificados de linfoma não-hodgkin
- C85.9 Linfoma não-Hodgkin de tipo não especificado
- C88.3 Doença imunoproliferativa do intestino delgado
- C88.7 Outras doenças imunoproliferativas malignas
- C88.9 Doença imunoproliferativa maligna, não especificada

- CIDs definidos na Tabela SIGTAP/SUS - de acordo com a Portaria número 1.340 de 1º de dezembro de 2014 - para procedimentos em pacientes com diagnóstico de **Câncer Colorretal**, para a detecção de metástase(s) exclusivamente hepática(s) e potencialmente ressecável(eis) de câncer colorretal:

- C18.0 Neoplasia maligna do ceco
- C18.1 Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)
- C18.2 Neoplasia maligna do cólon ascendente
- C18.3 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)
- C18.4 Neoplasia maligna do cólon transverso
- C18.5 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)
- C18.6 Neoplasia maligna do cólon descendente
- C18.7 Neoplasia maligna do cólon sigmoide
- C18.8 Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva
- C19 Neoplasia maligna da junção retossigmoide

- C20 Neoplasia maligna do reto
    - CIDs para avaliação de **nódulo pulmonar solitário**:
  - R91 Achados anormais, de exames para diagnóstico por imagem, do pulmão.
    - CIDs para procedimentos em pacientes com diagnóstico de **câncer de mama** metastático:
  - C50.0 Neoplasia maligna do mamilo e aréola
  - C50.1 Neoplasia maligna da porção central da mama
  - C50.2 Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama
  - C50.3 Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama
  - C50.4 Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama
  - C50.5 Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama
  - C50.6 Neoplasia maligna da porção axilar da mama
  - C50.8 Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva
  - C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificada
- 
- CIDs para procedimentos em pacientes portadores de **câncer de cabeça e pescoço**:
- C76.0 Neoplasia maligna da cabeça, face e pescoço
  - C00.1 Neoplasia maligna do lábio inferior externo
  - C00.2 Neoplasia maligna do lábio externo, não especificada
  - C00.3 Neoplasia maligna do lábio superior, face interna
  - C00.4 Neoplasia maligna do lábio inferior, face interna
  - C00.5 Neoplasia maligna do lábio, sem especificação, face interna
  - C00.6 Neoplasia maligna da comissura labial
  - C00.8 Neoplasia maligna do lábio com lesão invasiva
  - C00.9 Neoplasia maligna do lábio, não especificada
  - C01 Neoplasia maligna da base da língua
  - C02.0 Neoplasia maligna da face dorsal da língua
  - C02.1 Neoplasia maligna da borda da língua
  - C02.2 Neoplasia maligna da face ventral da língua
  - C02.3 Neoplasia maligna de dois terços anteriores da língua, parte não especificada

- C02.4 Neoplasia maligna da amígdala lingual
- C02.8 Neoplasia maligna da língua com lesão invasiva
- C02.9 Neoplasia maligna da língua, não especificada
- C03.0 Neoplasia maligna da gengiva superior
- C03.1 Neoplasia maligna da gengiva inferior
- C03.9 Neoplasia maligna da gengiva, não especificada
- C04.0 Neoplasia maligna do assoalho anterior da boca
- C04.1 Neoplasia maligna do assoalho lateral da boca
- C04.8 Neoplasia maligna do assoalho da boca com lesão invasiva
- C04.9 Neoplasia maligna do assoalho da boca, não especificada
- C05.0 Neoplasia maligna do palato duro
- C05.1 Neoplasia maligna do palato mole
- C05.2 Neoplasia maligna da úvula
- C05.8 Neoplasia maligna do palato com lesão invasiva
- C05.9 Neoplasia maligna do palato, não especificada de outras partes e de partes não especificadas da boca
- C06.0 Neoplasia maligna da mucosa oral
- C06.1 Neoplasia maligna do vestíbulo da boca
- C06.2 Neoplasia maligna da área retromolar
- C06.8 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca com lesão invasiva
- C06.9 Neoplasia maligna da boca, não especificada
- C07 Neoplasia maligna da glândula parótida
- C08.0 Neoplasia maligna da glândula submandibular
- C08.1 Neoplasia maligna da glândula sublingual
- C08.8 Neoplasia maligna das glândulas salivares maiores com lesão invasiva
- C08.9 Neoplasia maligna da glândula salivar maior, não especificada
- C09.0 Neoplasia maligna da fossa amigdaliana
- C09.1 Neoplasia maligna do pilar amigdaliano (anterior) (posterior)
- C09.8 Neoplasia maligna da amígdala com lesão invasiva
- C09.9 Neoplasia maligna da amígdala, não especificada
- C10.0 Neoplasia maligna da valécula

- C10.1 Neoplasia maligna da face anterior da epiglote
- C10.2 Neoplasia maligna da parede lateral da orofaringe
- C10.3 Neoplasia maligna da parede posterior da orofaringe
- C10.4 Neoplasia maligna da fenda branquial
- C10.8 Neoplasia maligna da orofaringe com lesão invasiva
- C10.9 Neoplasia maligna da orofaringe, não especificada
- C11.0 Neoplasia maligna da parede superior da nasofaringe
- C11.1 Neoplasia maligna da parede posterior da nasofaringe
- C11.2 Neoplasia maligna da parede lateral da nasofaringe
- C11.3 Neoplasia maligna da parede anterior da nasofaringe
- C11.8 Neoplasia maligna da nasofaringe com lesão invasiva
- C11.9 Neoplasia maligna da nasofaringe, não especificada
- C12 Neoplasia maligna do seio piriforme
- C13.0 Neoplasia maligna da região pós-cricoidea
- C13.1 Neoplasia maligna da prega ariepiglótica, face hipofaríngea
- C13.2 Neoplasia maligna da parede posterior da hipofaringe
- C13.8 Neoplasia maligna da hipofaringe com lesão invasiva
- C13.9 Neoplasia maligna da hipofaringe, não especificada
- C14.0 Neoplasia maligna da faringe, não especificada
- C14.2 Neoplasia maligna do anel de Waldeyer
- C14.8 Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe com lesão invasiva
- C32.0 Neoplasia maligna da glote
- C32.1 Neoplasia maligna da região supraglótica
- C32.2 Neoplasia maligna da região subglótica
- C32.3 Neoplasia maligna das cartilagens da laringe
- C32.8 Neoplasia maligna da laringe com lesão invasiva
- C32.9 Neoplasia maligna da laringe, não especificada

- CIDs para procedimentos em pacientes com diagnóstico de **melanoma**:
- C43.0 Melanoma maligno do lábio
- C43.1 Melanoma maligno da pálpebra, incluindo as comissuras palpebrais

- C43.2 Melanoma maligno da orelha e do conduto auditivo externo
  - C43.3 Melanoma maligno de outras partes e partes não especificadas da face
  - C43.4 Melanoma maligno do couro cabeludo e do pescoço
  - C43.5 Melanoma maligno do tronco
  - C43.6 Melanoma maligno do membro superior, incluindo ombro
  - C43.7 Melanoma maligno do membro inferior, incluindo quadril
  - C43.8 Melanoma maligno invasivo da pele
  - C43.9 Melanoma maligno de pele, não especificada
- 
- CIDs para procedimentos em pacientes com diagnóstico de **câncer de esôfago** “localmente avançado”:
  - C15.0 Neoplasia maligna da porção cervical do esôfago (esôfago cervical)
  - C15.1 Neoplasia maligna da porção torácica do esôfago (esôfago torácico)
  - C15.2 Neoplasia maligna da porção abdominal do esôfago (esôfago abdominal)
  - C15.3 Neoplasia maligna do terço superior do esôfago
  - C15.4 Neoplasia maligna do terço médio do esôfago
  - C15.5 Neoplasia maligna do terço inferior do esôfago
  - C15.8 Neoplasia maligna do esôfago com lesão invasiva
  - C15.9 Neoplasia maligna do esôfago, não especificada

Deverão ser Regulados para realização do exame os pacientes com os critérios definidos, de acordo com o estabelecido no item 8.3 - Classificação de risco.

## 5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

**5.1** Os exames de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET/CT) de que trata este Protocolo contemplam apenas como radiofármaco a **fluoro-2-desoxi-D-glicose marcada com Flúor-18 (FDG-<sup>18</sup>F)**.

**5.2** Serão regulados para realização de PET/CT os pacientes cuja indicação necessariamente esteja incluída neste Protocolo, especificadas a seguir:

**5.2.1** Indicações para realização de PET/CT segundo o **Rol de Procedimentos e eventos em saúde**

de 2021 (ANS):

1. pacientes portadores de **câncer pulmonar de células não pequenas** comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - a. para caracterização das lesões;
  - b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
  - c. na detecção de recorrências.
2. pacientes portadores de **linfoma**, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - a. no estadiamento primário;
  - b. na avaliação da resposta terapêutica;
  - c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não Hodgkin.
3. pacientes portadores de **câncer colorretal**, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
  - a. câncer recidivado potencialmente ressecável;
  - b. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
  - c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.
4. avaliação de **nódulo pulmonar solitário** quando preenchido todos os seguintes critérios:
  - a. ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
  - b. nódulo maior que um centímetro;
  - c. não espiculados;
  - d. sem calcificações.
5. diagnóstico do **câncer de mama** metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.
6. pacientes portadores de **câncer de cabeça e pescoço**, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:
  - a. presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de

- metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
- b. quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.
7. pacientes portadores de **melanoma**, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
- no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor  $\geq 1,5$  mm de espessura, ou com linfonodo sentinel positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
  - para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas  $< 3$  mm de espessura).
8. pacientes portadores de **câncer de esôfago** “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).

**5.2.2** Indicações para realização de PET/CT segundo a **Portaria número 1.340 de 1º de dezembro de 2014 (Ministério da Saúde)**: as indicações a seguir já estão contempladas no rol da ANS e devem seguir as especificações clínicas descritas no tópico 5.2.1, como a seguir:

- 1) Estadiamento clínico do **câncer de pulmão de células não pequenas** potencialmente ressecável;
- 2) Estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento de **linfomas de Hodgkin e não Hodgkin**;
- 3) Detecção de metástase(s) exclusivamente hepática(s) e potencialmente ressecável(eis) de **câncer colorretal**.

**Indicação para realização de PET/CT segundo a Portaria SECTICS/MS Nº 66, de 22 de novembro de 2023:**

- 1) Estadiamento do câncer de pulmão de células pequenas.

## **6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

**6.1** Indicações não incluídas no ítem 5;

**6.2** O exame não é recomendado na presença ou suspeita de gravidez pela exposição do feto à radiação (exceto em situações emergenciais e com avaliação de risco-benefício).

**6.3** Pacientes sem laudos médicos e documentos que comprovem a necessidade clínica do exame.

## 7. CONDUTA

### 7.1 Médico assistente especialista: solicita o exame de PET/CT.

Os pacientes só poderão ser encaminhados para realização do exame de PET/CT com pedido médico emitido pelos ambulatórios das seguintes especialidades:

- I. Oncologia;
- II. Hematologia;
- III. Pneumologia;
- IV. Mastologia;
- V. Cirurgia de Cabeça e PESCOÇO;
- VI. Gastroenterologia.

**7.2 CERA:** avalia a indicação do PET/CT, podendo devolver a solicitação à Unidade Solicitante ou agendar o exame no HBDF via SISREG.

**7.3 NUMEN:** preenche a APAC e envia à CERAC. Confirma o agendamento do exame com o paciente e orienta o preparo. Realiza o exame, registra no sistema MV e conclui o atendimento com fechamento da chave no SISREG.

**7.4 CERAC:** avalia a APAC e emite laudo com ou sem autorização de ressarcimento.

## 8. FLUXO DE ACESSO

### 8.1. Fluxograma

- a. Médico Assistente Especialista (conforme item 7.1) → solicita o exame de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET/CT) no SISREG III.
- b. Central de Regulação Ambulatorial (CERA) avalia a indicação.
  - b.1. Solicitação atende às indicações definidas no Protocolo de Acesso aos Exames de PET/CT → Regulação agenda o EXAME na Unidade Executante - Núcleo de Medicina Nuclear do Hospital de Base (NUMEN) de acordo com agenda disponível e conforme Item 8.3 (Classificação de Risco).
  - b.2. Solicitação não atende às indicações definidas no Protocolo de Acesso aos Exames de PET/CT → EXAME não agendado e solicitação devolvida ao solicitante.

c. Unidade Executante - Núcleo de Medicina Nuclear do Hospital de Base (NUMEN)

c.1. Preenche a APAC e envia à Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade.

c.2. Entra em contato com o paciente e orienta o preparo.

**OBSERVAÇÃO:** o paciente deve comparecer ao NUMEN somente para realizar o EXAME PET/CT, uma vez que a indicação já foi analisada pela CERA. Portanto, não há recomendação neste documento de realização de consulta.

d. Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC) avalia e classifica a APAC:

d.1. APAC autorizada → Solicitação atende às indicações da Portaria 1.340.

d.2. APAC negada → Solicitação não atende às indicações contidas na Portaria 1.340

**OBSERVAÇÃO:** a autorização da APAC indica que haverá ressarcimento pelo Ministério da Saúde. Nos casos em que a APAC for considerada NEGADA, mas que o exame tenha sido autorizado pelo complexo regulador (CERA), ou seja, a INDICAÇÃO ESTÁ DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DETERMINADOS NO PROTOCOLO DE ACESSO AOS EXAMES DE PET/CT, o pagamento do exame ocorrerá mediante custeio local e os exames devem ser realizados rigorosamente conforme fluxo estabelecido.

**IMPORTANTE:** Todas as decisões judiciais concedidas para realização do exame de PET/CT no âmbito da SES/DF deverão ser executadas no NUMEN conforme previsto no Contrato de Gestão nº1 de 2018. Para tanto, deverá ser seguido o fluxograma descrito a seguir (FLUXOGRAMA - PET/CT JUDICIALIZADO).

**Figura 1: FLUXOGRAMA - PET/CT**

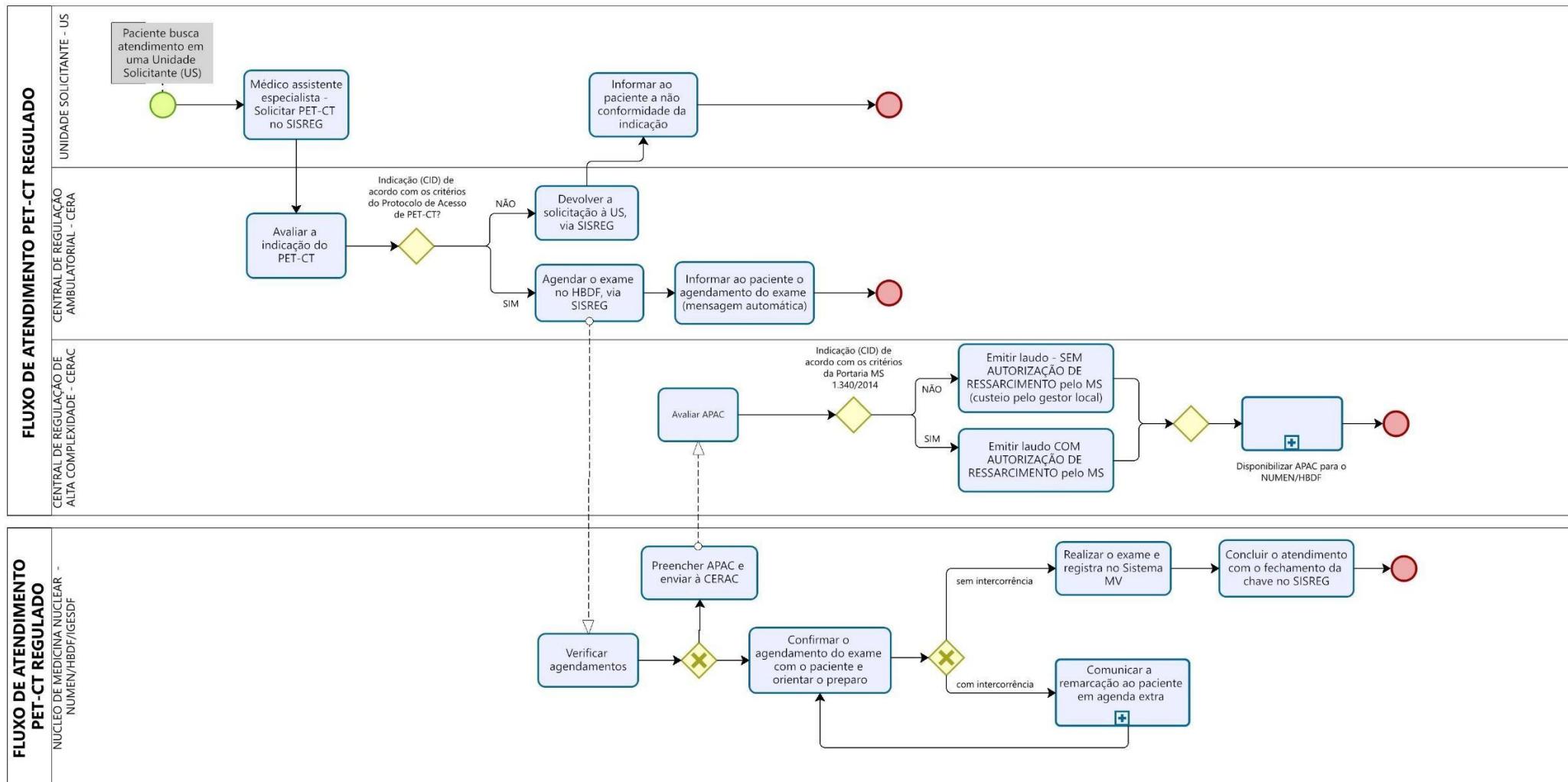
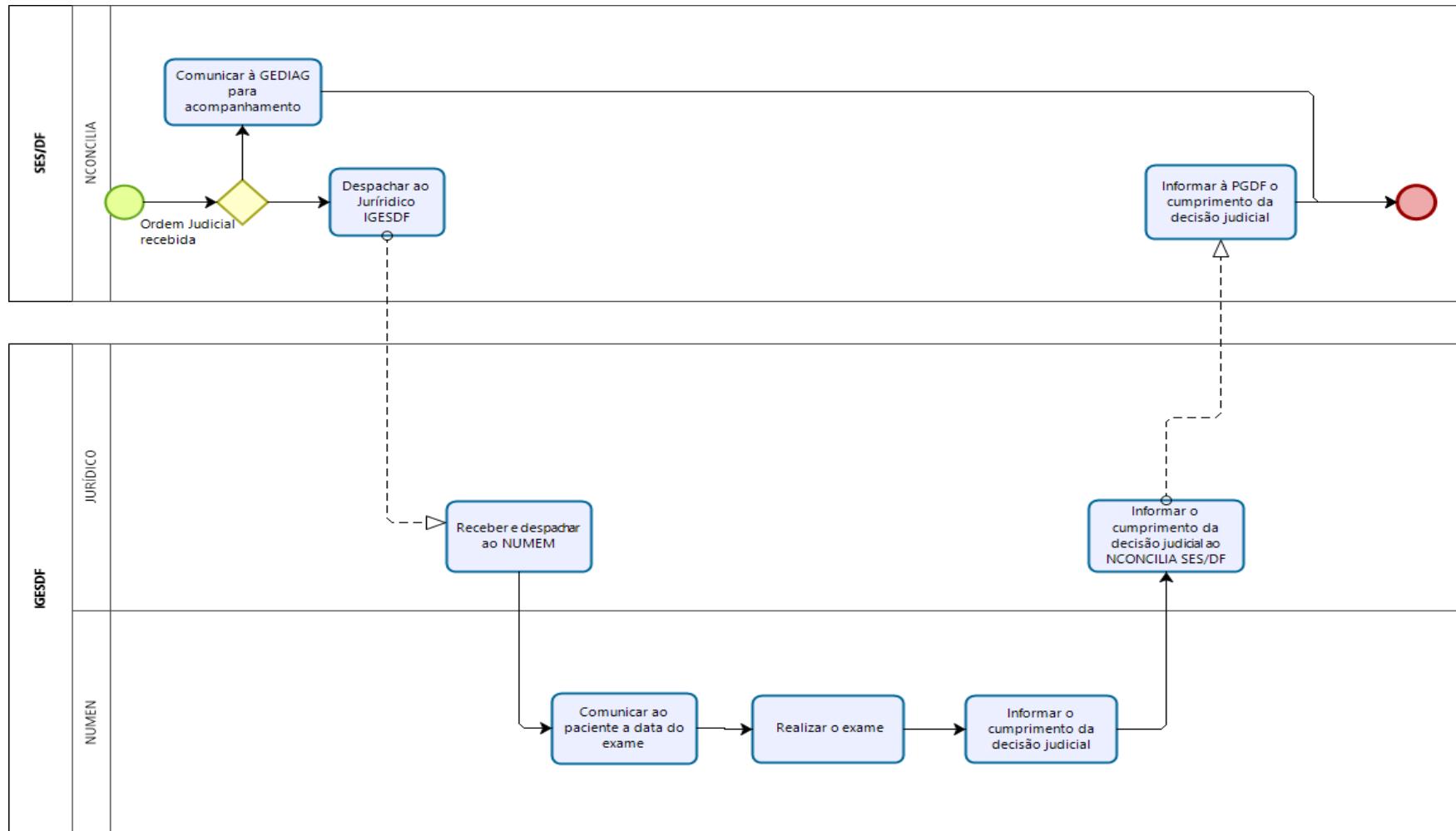


Figura 2: FLUXOGRAMA – PET/CT JUDICIALIZADO



## **8.2. Sistema Informatizado**

**SISREG III-** O Sistema de Regulação – SISREG III é um software web desenvolvido pelo DATASUS/MS, disponibilizado gratuitamente para estados e municípios e destinado à gestão de todo o Complexo Regulador, desde a rede de atenção primária até a atenção especializada, visando regular o acesso aos serviços de saúde do SUS e potencializar a eficiência no uso dos recursos assistenciais 9.

**SOUL MV Hospitalar** - Software de Gestão Hospitalar utilizado no Hospital de Base.

## **8.3. Priorização de risco**

Os atendimentos aos pacientes para realização de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET/CT) seguirão os critérios abaixo relacionados de Classificação de Risco:

### **- Prioridade vermelha:**

- a. Linfoma não-Hodgkin em estadiamento (antes do tratamento)\*
- b. Linfoma de Hodgkin em estadiamento (antes do tratamento) \*
- c. Linfoma de Hodgkin após 2 ciclos de quimioterapia – PET INTERIN\*
- d. Pacientes com diagnóstico de linfoma em remissão, candidatos a transplante de medula óssea (pre-TMO).
- e. Doença imunoproliferativa maligna com suspeita de transformação para alto grau\*
- f. Estadiamento ou reestadiamento de Câncer de pulmão do tipo não pequenas células potencialmente ressecável com diagnóstico histopatológico confirmado\*
- g. Câncer colorretal – para detecção de metástase(s) exclusivamente hepática(s) e potencialmente ressecável(is)\*
- h. Câncer colorretal recidivado e potencialmente ressecável\*\*
- i. Câncer de mama metastático com exames de imagem convencionais com achados equívocos\*\*
- j. Melanoma - estadiamento de alto risco (tumor maior ou igual a 1,5 mm de espessura, ou com linfonodo sentinel positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo), sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores\*\*
- k. Melanoma - avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3mm de espessura)\*\*

- I. Câncer de esôfago "localmente avançado" para detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores\*\*
  - m. Estadiamento do câncer de pulmão de pequenas células\*\*\*

**- Prioridade amarela:**

- a. Linfoma não Hodgkin no término do tratamento\*
- b. Linfoma de Hodgkin no término do tratamento\*
- c. Avaliar resposta ao tratamento (Quimioterapia/Radioterapia/Cirurgia), no paciente previamente diagnosticado com Câncer de Pulmão\*
- d. Nódulo pulmonar solitário não espiculado, sem calcificações, maior que 1(um) centímetro, com ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas\*\*
- e. Câncer colorretal com elevação de CEA e sem evidência de lesão por métodos de imagem convencionais\*\*
- f. Câncer colorretal recidivado com achados radiológicos inconclusivos com ou sem elevação de CEA\*\*
- g. Câncer de cabeça e pescoço com presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames não forem suficientemente esclarecedores\*\*
- h. Câncer de cabeça e pescoço com biopsia por agulha de lesão ou linfonodo cervical apresentar "carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico", cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor\*\*

**- Prioridade verde:**

- a. Linfoma não Hodgkin após 3 ou 4 ciclos de tratamento\*

**- Prioridade azul:**

- a. Não há nenhuma situação para classificação azul

**\*(INDICAÇÕES CONTEMPLADAS NA PORTARIA NÚMERO 1.340 DE 1º DE DEZEMBRO DE 2014)**

**\*\*(INDICAÇÕES PREVISTAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS, 2018)**

**\*\*\*(INDICAÇÃO PREVISTA NA PORTARIA SECTICS/MS Nº 66, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2023)**

## **10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- a. Os pacientes obrigatoriamente devem manter vinculação e acompanhamento com a Unidade Básica de Saúde de referência.
- b. Número do cartão SUS.
- c. Documento oficial com foto para usuários com idade maior ou igual a 18 anos.
- d. Usuários menores de 18 anos ou incapazes deverão estar acompanhados dos responsáveis legais, ambos portando documentos de identificação oficial.
- e. Pedido médico original de PET/CT com FDG-<sup>18</sup>F com história clínica e guia APAC preenchida adequadamente (todos os campos de identificação do paciente e do médico solicitante, procedimento solicitado, justificativa, observações pertinentes que devem conter, no mínimo, diagnóstico com CID, indicação clínica detalhada, início do quadro e tratamentos prévios).
- f. Exames complementares (obrigatórios):
  - i. Laudo histopatológico ou anatomapatológico da doença em investigação.
  - ii. Exame de imagem prévio (ultrassonografia, raio-x, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia ou PET/CT).

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LEE, Jeong Won; LEE, Sang Mi. Radiomics in oncological PET/CT: clinical applications. Nuclear Medicin and Molecular Imaging, v. 52, p. 170-189, 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.340, de 1º de dezembro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 66, de 22 de novembro de 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
4. ANEXO I. Rol de procedimentos e eventos em saúde. RN, v. 465, n. 2021, 2021. SOARES JUNIOR, José et al. Lista de recomendações do exame PET/CT com 18F-FDG em Oncologia: consenso entre a Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Sociedade Brasileira de Biologia, Medicina Nuclear e Imagem Molecular. Radiologia Brasileira, v. 43, p. 255-259, 2010.
5. NHS COMMISSIONING BOARD. Clinical Commissioning Policy Statement: Positron Emission Tomography-Computerized Tomography. December 2012. NHSCB/B02. Disponível em: <[www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/09/b02-ps-a.pdf](http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/09/b02-ps-a.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2024.
6. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS; THE ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS. Evidence based indications for the use of PET CT in the UK. 2013. Disponível em: <[www.rcr.ac.uk/publications.aspx](http://www.rcr.ac.uk/publications.aspx)>. Acesso em: 26 set. 2024.
7. Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos - Rol de procedimentos e eventos em saúde 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Regulação (SISREG). Disponível em: <[https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal)>. Acesso em: 26 set. 2024.