

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)
Reunião nº 2 – 27/07/2016 – Auditório I do prédio sede do INCA

Participantes:

Luiz Fernando Bouzas – Diretor Geral INCA
Eduardo Weltman – SBRT
Alexandre Ferreira Oliveira - SBC
Felipe Fernández Coimbra – SBCO
Ângela Coe Camargo - SBEO
Claudio Luiz Seabra Ferrari - SBOC
Sima Ferman – SOBOPE
Nivaldo Barroso Pinho - SBNO
Vergílio Antonio Rensi Colturato - SBTMO
Mário Jorge Sobreira da Silva - SOBRAFO
Pascoal Marracini - ABIFICC
Marceli de Oliveira Santos – ABRC
Luiz Antonio Negrão Dias – CMB
Maria Inês Gadelha – DAET/SAS/MS
Ávila Teixeira Vidal – DGITS/CONITEC/SCTIE
Maria Betânia Jatobá de Almeida - CNS

Ausências justificadas:

Rosalina Jorge Koifman – ABRASCO
Carlos Sergio Chiattonne – CBH
José Eluf Neto – FOSP
Monica Almeida Neri – ABRAHUE
Rodolfo Acatuassú – ABRAHUE
Michele Caputo Neto – CONASS
Rodrigo Alves Torres Oliveira – CONASEMS

Convidados INCA:

Ailse Bittencourt - Chefia de Gabinete/INCA
Gélcio Luiz Quintella Mendes – COAS/INCA
Marise Cesar Gomes – ARNT/COAS/INCA
Renata Erthal Knust – ARNT/COAS/INCA
Maria Adelaide de Souza Werneck – COAS/INCA
Marisa Dreyer – CPQ/INCA
Liz Almeida – CONPREV/INCA
Antonio Bertolace – DARAO/CONPREV/INCA
Germana Gomes – HCIV/INCA
Edmar Santos/HUPE/UERJ

Aos vinte e sete dias do mês de julho de 2016, às 10 horas, no auditório I do Prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), reuniu-se o Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA), com as presenças e ausências registradas acima, para deliberar sobre a pauta do dia, da qual constavam os seguintes assuntos: (1) Aprovação da ata da reunião anterior; (2) Informes sobre deliberações/encaminhamentos da reunião de 16/03/2016: (a) Publicação da atualização do regimento interno do CONSINCA; (b) Revisão tabela de procedimentos de cirurgia oncológica – Dr. Felipe F. Coimbra/SBCO; (c) Atualização sobre procedimento de linfadenectomia e sobre uso de grampeadores na esofagectomia – Dr. Felipe F. Coimbra; (d) Registro Câncer (controle de seguimento de pacientes) - Dr. Felipe F. Coimbra; (e) Atualização sobre Fosfoetanolamina – Dra. Marisa Breitenbach; e, (f) Revisão da remuneração dos procedimentos em oncologia, em especial naqueles que os custos são atrelados ao dólar, como a radioterapia – Dr. Eduardo Weltman/SBR. O Presidente do conselho consultivo do INCA – CONSINCA, Dr. Luiz Fernando Bouzas, iniciou a reunião cumprimentando a todos e informando que, neste dia, o INCA estava realizando, no auditório da Coordenação de Pesquisa, uma reunião entre instâncias técnicas relacionadas à área de Cabeça e Pescoço, em comemoração ao *Julho Verde*. Informou, também, que no dia anterior foi realizado, no INCA, o evento de lançamento das diretrizes metodológicas para elaboração das diretrizes clínicas, publicação importante para todos que atuam na área da pesquisa clínica e no desenvolvimento de diretrizes e protocolos. Essa publicação será disponibilizada no site do INCA. O Dr. Bouzas passou a palavra a Dra. Liz Almeida que explicou que essa publicação foi uma

demanda da CONITEC para o INCA. A ideia foi criar um padrão de apresentação para facilitar e agilizar a análise e julgamento pela CONITEC das propostas de diretrizes e protocolos clínicos. O Dr. Bouzas referiu-se ao primeiro item da pauta da reunião **(1) Homologação da ata da reunião de 16/03/2016**, informando que as alterações propostas pela Dra. Inês Gadelha estão grifadas na minuta da ata que foi encaminhada para os membros do CONSINCA por e-mail. A ata foi aprovada por unanimidade. O Dr. Bouzas passou para o próximo item da pauta: **(2) Informes sobre deliberações/encaminhamentos da reunião de 16/03/2016**. O Dr. Bouzas informou, em relação ao encaminhamento que tinha que ser dado acerca da apresentação feita pelo Dr. Carlos Chiattoni, representante da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, a respeito da reapresentação para CONITEC de pedido de ampliação do uso da Bendamustina, que a reapresentação poderia ser feita pela Associação ou pelo INCA, mas nesse caso, a Associação teria que encaminhar a documentação para o Instituto. Após este esclarecimento, o Dr. Bouzas passou para o item **(a) Publicação da atualização do Regimento Interno do CONSINCA**. O Dr. Bouzas informou que o novo Regimento do CONSINCA, foi aprovado conforme Portaria INCA nº 505, de 14 de julho de 2016, publicada no Boletim de Serviço nº 26, de 27 de junho de 2016, p.34-35, alterada pela Apostila de 21/07/2016, publicada no BS nº 31, de 29/07/2016, por motivo de aprovação de legalidade, conforme Parecer nº 02465/2016/CJU-RJ/CGU/AGU, de 12/07/2016 (NUP 00439.000288/2016-48), do texto do parágrafo 2º do art. 17 do Regimento, que trata das Comissões Especiais. Em seguida, o Dr. Bouzas passou para terceiro item da pauta **(2.b) Revisão tabela de procedimentos de cirurgia oncológica e (2.c) Atualização sobre procedimento de linfadenectomia e sobre uso de grampeadores na esofagectomia**, apresentado pelo Dr. Felipe F. Coimbra, presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), lembrando que na última reunião foi iniciada discussão sobre a tabela de procedimentos de cirurgia oncológica e comentou que houve entendimento que fosse formado um grupo de análise sob a coordenação do INCA, grupo que ainda não foi constituído, tendo em vista que já havia sido solicitada a revisão da tabela de procedimentos de radioterapia. O Dr. Bouzas informou que a apresentação do Dr. Felipe era uma proposta que deveria ser avaliada não só pelo conselho, mas, se fosse o caso, teria que ser formado um grupo técnico para avaliar e propor alterações/atualizações. A

Dra. Maria Inez Gadelha sugeriu, caso o grupo venha a ser formado, que sejam convidados para composição os mesmos membros que fizeram parte do grupo anterior, como o Dr. Humberto Luciano do Rosário Souza, que representou a Associação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC), o Dr. Alexandre, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Dra. Adelaide Werneck, Dra. Teresa Reis do INCA e a própria Dra. Inez. O Dr. Bouzas passou a palavra para o Dr. Felipe Coimbra, que agradeceu e iniciou sua apresentação dizendo que a revisão anterior foi considerada um grande avanço. Esclareceu que seus comentários representavam o pensamento de membros da SBCO no Brasil. Comentou sobre a importância da cirurgia do câncer no tratamento do paciente oncológico e sobre a campanha que a SBCO quer fazer, com foco, principalmente, na cirurgia do câncer como principal tratamento curativo dos tumores sólidos, sendo, talvez, o melhor custo efetivo de investimento no tratamento do câncer, exceto a prevenção e a educação da população. A data da última revisão/atualização da tabela de cirurgia oncológica foi de janeiro de 2013. O Dr. Felipe citou, conforme apresentação anexa, os procedimentos que ainda precisam ser corrigidos na tabela: Cistectomias radicais, nos casos em que são utilizados grampeadores e não são pagas as linfadenectomias. Esofagectomias: tubo gástrico, cujo número de cargas é insuficiente. Sarcomas de partes moles: glosas nos casos de sarcomas menores. Relatou sobre os novos procedimentos não contemplados na tabela: laparoscopia (menor tempo internação e menos complicações e, a consequente otimização dos mesmos leitos, aumento da capacidade de atendimento (Equipamentos/custos x Qualidade/otimização). Exemplos: gastrectomias subtotais, esofagectomia, laparoscopia estadiadora, etc; acerca da HIPEC curativa (pseudomixoma); radiofrequência em metástases e tumores renais); acerca das instituições que realizam mais de 1.000 procedimentos ano e que deveriam ter reajuste da tabela e isso não tem acontecido isso e, por esta razão deve ser revisto; abordou a questão das instituições oneradas. Esses são alguns problemas relacionados à atual tabela de procedimentos. Em todo o Brasil, profissionais se queixam acerca das análises das auditorias, ressaltando que o trabalho do auditor é dificultado pela própria nomenclatura utilizada na tabela, que muitas vezes é difícil compatibilizarem com literatura médica. O Dr. Felipe exemplificou, também, comentando sobre: o procedimento de linfadenectomia do câncer gástrico para o qual é necessária

atualização; o pagamento das cistectomias radicais, para as quais os auditores precisam de orientação, no que tange ao material utilizado; as esofagectomias e o uso de grampeadores; a questão do sarcoma de partes moles que, muitas vezes por serem tumores menores acabam não sendo pagos em tabelas oncológicas; os novos procedimentos que não são contemplados na tabela como, por exemplo, a laparoscopia, em situações específicas. **Encaminhamento:** O Dr. Bouzas, após a fala de Dr. Felipe, estabeleceu que o grupo seja constituído, sob a coordenação do INCA. A seguir, O Dr. Felipe passou para outro item de sua apresentação, **(d) Registro Câncer (controle de seguimento de pacientes)**. O Dr. Felipe relatou sobre a campanha que a SBCO vem promovendo, já comentada anteriormente, acerca de cirurgia segura e acessível para o câncer. A ideia é esclarecer a população, inclusive, se está pensando na realização de evento sobre este tema, se está planejando o treinamento em educação continuada para os cirurgiões oncológicos e, considera que a revisão da tabela também faz parte disso. Ainda, como parte dessa questão de cirurgia segura, existe a ideia de se ter um aplicativo em cada centro oncológico, inicialmente em um número reduzido de locais, que consigam registrar dados confiáveis sobre as cirurgias. A Sra. Marcella de Oliveira Santos, representante da Associação Brasileira de Registro de Câncer, comentou sobre a proposta do Dr. Felipe de ampliar/melhorar as informações sobre cirurgias nos registros de câncer, dizendo não ter nada contra a melhoria da cobertura de informação, mas, considerou necessário pensar nessa questão de duplicar registro de câncer. Acrescentou que a ficha do registro é extensa, e que revista a cada cinco anos. Na questão de seguimento a preocupação é que haja de fato uma política, uma estratégia de formação de seguimento. O seguimento tem que ter uma estratégia, um suporte dentro das unidades para fazer isso. Por fim, é proposto que a SBCO entre em contato com a Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV/INCA para verificar essa questão dos registros de câncer. A seguir, **o Dr. Bouzas passou para o item (e) Atualização sobre Fosfoetanolamina – Dra. Marisa Breitenbach**, que relatou que foi tornado público o relatório dos pesquisadores contratados para fazer a avaliação do espectro. Houve desqualificação do discurso dos pesquisadores. O INCA estava neutro, fez a proposta de realizar um seminário, cujo relatório, que apresenta a síntese das discussões do Seminário sobre os estudos preliminares da Fosfoetanolamina Sintética (FOS) que ocorreu INCA em 17 de maio de 2016, está no sítio do Ministério de Ciência e

Tecnologia, que aconteceu em 18 de maio de 2016, para o qual vieram renomados pesquisadores. Dra. Marisa informou, ainda, que em 10 de agosto haverá uma segunda reunião do grupo de trabalho para avaliar a continuidade dos estudos pré-clínicos; e, conclui sua fala lembrando que a Lei Federal 13.269/2016, que autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna está suspensa pelo STF. O Dr. Bouzas anunciou o último item da pauta: **(f) Revisão da remuneração dos procedimentos em oncologia, em especial naqueles que os custos são atrelados ao dólar, como a radioterapia**, passando a palavra para o Dr. Eduardo Weltman. O Dr. Weltman relatou que a remuneração foi reajustada em 2010, mas não é suficiente para que se consiga fazer a manutenção dos equipamentos. A SBR contratou a Fundação Dom Cabral, que deve apresentar para a SBR, na próxima semana os resultados das análises. O Dr. Antonio Bertholace, da DARAO/CONPREV/INCA, declarou que o plano de expansão da radioterapia pode ajudar nessa questão, lembrando que várias máquinas são da empresa SIEMENS que irá parar de fabricá-las. O Dr. Luiz Antonio Negrão Dias sugeriu que recupere o estudo sobre o dimensionamento da radioterapia que o CONSINCA fez há uns anos atrás. A Dra. Sima Ferman, representante da Sociedade Brasileira Oncologia Pediátrica (SOBOPE) convidou todos para participar do congresso da SOBOPE que será realizado de 15 a 19 de novembro de 2016, no Rio de Janeiro. Encerramento: O Dr. Bouzas agradeceu a presença de todos e dá por encerrada a reunião. *Eu, Mara Lúcia Palmeirim Corrêa, redigi e encerro a ata. Rio de Janeiro, 27 de julho de 2016.*

CONSINCA

Julho/2016

DR. FELIPE J. F. COIMBRA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

- a) Revisão tabela de procedimentos de cirurgia oncológica.
- b) Atualização sobre procedimento de linfadenectomia e sobre uso de grampeadores na gastrectomia e esofagectomia.
- c) Registro Câncer (controle de seguimento de pacientes).

TABELA DE PROCEDIMENTOS SUS – CIRURGIA ONCOLÓGICA

- Revisão tabela de procedimentos de cirurgia oncológica.

TABELA DE PROCEDIMENTOS SUS – CIRURGIA ONCOLÓGICA

- Janeiro de 2013 → revisão na nomenclatura e atualização dos valores na tabela oncológica. Na época consideramos um avanço.
- **Algumas questões ainda por corrigir:**
 - na tabela,
 - entendimento
 - atualização
- Cistectomias radicais : casos em que quando são utilizados grampeadores não são pagas as linfadenectomias.
- Esofagectomias: tubo gástrico → número de cargas insuficientes.
- Sarcomas de partes moles: glosas nos casos de sarcomas menores.

TABELA DE PROCEDIMENTOS SUS – CIRURGIA ONCOLÓGICA

- Novos procedimentos não contemplados na tabela:
 - laparoscopia (< tempo internação e < complicações = otimização dos mesmos leitos, aumento da capacidade de atendimento (Equipamentos/custos x Qualidade/otimização). Exemplos: gastrectomias subtotais, esofagectomia, laparoscopia estadiadora, etc.
 - HIPEC → curativa (pseudomixoma,
 - Radiofrequência em metástases e tumores renais)
- Instituições que realizam > 1000 procedimentos ano deveriam ter reajuste da tabela. Não tem acontecido isso. Deve ser revisto. Instituições oneradas.
- Até 01/2013 o procedimento sequencial de linfadenectomia compatível com as gastrectomias era especificamente denominado LINFADENECTOMIA DO TRONCO CELÍACO.

TABELA DE PROCEDIMENTOS SUS – CIRURGIA ONCOLÓGICA

- Linfadenectomia em esôfago e gastrectomias

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

Procedimento

Procedimento: 04.16.02.003-8 - LINFADENECTOMIA DE TRONCO CELIACO EM ONCOLOGIA

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 16 - Cirurgia em oncologia

Forma de Organização: 02 - Sistema linfático

Competência: 01/2013  [Histórico de alterações](#)



Procedimento revogado desde 01/2013

Procedimentos originados a partir da revogação



[04.16.02.022-4 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA](#)



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE CIRURGIA
ONCOLÓGICA

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- Esse procedimento foi substituído pelo procedimento denominado LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL EM ONCOLOGIA, neste momento a tabela do SUS se tornar similar, do ponto de vista de nomenclatura as tabelas conhecidas (AMB, TUSS, CBHPM). O antigo código da retroperitoneal também foi revogado.

Procedimento

Procedimento: 04.16.02.012-7 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	
Grupo:	04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo:	16 - Cirurgia em oncologia
Forma de Organização:	02 - Sistema linfático
Competência:	07/2016 Histórico de alterações
 Procedimento revogado desde 01/2013	
Procedimentos originados a partir da revogação	
	04.16.02.022-4 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- Descrição do código criado:

Procedimento

Procedimento: 04.16.02.022-4 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA																						
Grupo:		04 - Procedimentos cirúrgicos																				
Sub-Grupo:		16 - Cirurgia em oncologia																				
Forma de Organização:		02 - Sistema linfático																				
Competência:		01/2013		Histórico de alterações																		
<p>Modalidade de Atendimento: Hospitalar</p> <p>Complexidade: Alta Complexidade</p> <p>Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)</p> <p>Sub-Tipo de Financiamento:</p> <p>Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)</p> <p>Sexo: Ambos</p> <p>Média de Permanência: 5</p> <p>Tempo de Permanência:</p> <p>Quantidade Máxima: 1</p> <p>Idade Mínima: 0 meses</p> <p>Idade Máxima: 110 anos</p> <p>Pontos: 300</p> <p>Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC</p>																						
<p><i>Valores</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Serviço Ambulatorial:</td> <td>R\$ 0,00</td> <td>Serviço Hospitalar:</td> <td>R\$ 3.505,95</td> </tr> <tr> <td>Total Ambulatorial:</td> <td>R\$ 0,00</td> <td>Serviço Profissional:</td> <td>R\$ 1.071,41</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total Hospitalar:</td> <td>R\$ 4.577,36</td> </tr> </table>											Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 3.505,95	Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 1.071,41			Total Hospitalar:	R\$ 4.577,36
Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 3.505,95																			
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 1.071,41																			
		Total Hospitalar:	R\$ 4.577,36																			
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS												
<p><i>Descrição</i></p> <p>Esvaziamento de cadeia(s) linfática(s) retroperitoneal(ais) em caso de tumor maligno ou incerto se benigno ou maligno do aparelho genital ou urinário ou digestivo ou partes moles, para fins de estadiamento ou terapêutico. Na peça cirúrgica os linfonodos podem ser livres de neoplasia maligna.</p>																						

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- Gastrectomias até então:

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.04.021-7 - GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA										
Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos										
Sub-Grupo: 16 - Cirurgia em oncologia										
Forma de Organização: 04 - Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais										
Competência: 01/2013 Histórico de alterações										
Modalidade de Atendimento: Hospitalar										
Complexidade: Alta Complexidade										
Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)										
Sub-Tipo de Financiamento:										
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)										
Sexo: Ambos										
Média de Permanência: 7										
Tempo de Permanência:										
Quantidade Máxima: 1										
Idade Mínima: 12 anos										
Idade Máxima: 110 anos										
Pontos: 545										
Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC										
Valores										
Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00			Serviço Hospitalar: R\$ 2.209,62							
Total Ambulatorial: R\$ 0,00			Serviço Profissional: R\$ 585,80							
			Total Hospitalar: R\$ 2.795,42							
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
Descrição										
Ressecção parcial de estômago por tumor maligno. Admite procedimento(s) sequencial(ais). Em caso de linfadenectomia retroperitoneal (nível 12) inclui a colecistectomia. Os materiais compatíveis com este procedimento observam o tipo de víscera ressecada, não se multiplicando os grampeadores nos procedimentos sequenciais. O número máximo de cargas corresponde a gastrectomia associada a ressecção de outra víscera oca.										

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.04.007-1 - GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA										
Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos										
Sub-Grupo: 16 - Cirurgia em oncologia										
Forma de Organização: 04 - Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais										
Competência: 01/2013 Histórico de alterações										
Modalidade de Atendimento: Hospitalar										
Complexidade: Alta Complexidade										
Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)										
Sub-Tipo de Financiamento:										
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)										
Sexo: Ambos										
Média de Permanência: 10										
Tempo de Permanência:										
Quantidade Máxima: 1										
Idade Mínima: 12 anos										
Idade Máxima: 110 anos										
Pontos: 545										
Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC										
Valores										
Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00			Serviço Hospitalar: R\$ 2.762,03							
Total Ambulatorial: R\$ 0,00			Serviço Profissional: R\$ 732,25							
			Total Hospitalar: R\$ 3.494,28							
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
Descrição										
Ressecção total de estômago por tumor maligno. Admite como procedimento(s) sequencial(ais) Em caso de linfadenectomia retroperitoneal (nível 12) inclui a colecistectomia. Os materiais compatíveis com este procedimento observam o tipo de víscera ressecada, não se multiplicando os grampeadores nos procedimentos sequenciais. O número máximo de cargas corresponde a gastrectomia associada a ressecção de outra víscera oca.										

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- Marco → Mudança da nomenclatura de procedimento reconhecido e pago pelo SUS.
- Notem que a descrição faz menção somente ao nível 12 da linfadenectomia: descrição incompleta e termos não habituais na literatura atual, mas usada quando tínhamos que descrever **gastrectomia oncológica D2, curativa**.
- Em caso de linfadenectomia a colecistectomia não podia ser cobrada como sequencial.
- Normalmente era cobrado → Gastrectomia (parcial/total) + linfadenectomia retroperitoneal, sem poder cobrar a colecistectomia.
- No caso de cirurgias paliativas → apenas as gastrectomias (total/parcial) poderiam complementar com colecistectomia caso fosse necessário.

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- A partir do início de 2015 : as linfadenectomias retroperitoneais começaram a ser glosadas.
- Grande variação de entendimento dos auditores → linfadenectomia retroperitoneal não era aplicável a gastrectomia, não entendiam o significado do “nível 12” da descrição, nem a D2.
- Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Ceará em situações distintas, auditores que autorizavam e outros que não.
- Em outubro de 2015 → nova descrição que é atualmente usada desses procedimentos:

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.04.007-1 - GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
 Sub-Grupo: 16 - Cirurgia em oncologia
 Forma de Organização: 04 - Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais

Competência: 10/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Hospitalar
 Complexidade: Alta Complexidade
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência: 10
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 1
 Idade Mínima: 12 anos
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos: 545
 Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 2.762,03
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 732,25
		Total Hospitalar:	R\$ 3.494,28

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
<p>Descrição</p> <p>RESSECÇÃO TOTAL DE ESTÔMAGO POR TUMOR MALIGNO. INCLUI LINFADENECTOMIA(S). EM CASO DE LINFADENECTOMIA(NÍVEL 12) INCLUI A COLECISTECTOMIA. ADMITE PROCEDIMENTO(S) SEQUENCIAL(AIS), SENDO A LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL (NÍVEL 16) SOMENTE PARA OS CASOS DE TUMORES GÁSTRICOS PROXIMAIS EM ESTÁGIOS MAIS AVANÇADOS. OS MATERIAIS COMPATÍVEIS COM ESTE PROCEDIMENTO OBSERVAM O TIPO DE VÍSCERA RESSECADA, NÃO SE MULTIPLICANDO OS GRAMPEADORES NOS PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS. O NÚMERO MÁXIMO DE CARGAS CORRESPONDE A GASTRECTOMIA ASSOCIADA A RESSECÇÃO DE OUTRA VÍSCERA OCA.</p>										

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.04.021-7 - GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
 Sub-Grupo: 16 - Cirurgia em oncologia
 Forma de Organização: 04 - Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais

Competência: 07/2016 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Hospitalar
 Complexidade: Alta Complexidade
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência: 7
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 1
 Idade Mínima: 12 anos
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos: 545
 Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 2.209,62
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 585,80
		Total Hospitalar:	R\$ 2.795,42

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
<p>Descrição</p> <p>RESSECÇÃO PARCIAL DE ESTÔMAGO POR TUMOR MALIGNO. INCLUI LINFADENECTOMIA(S). EM CASO DE LINFADENECTOMIA (NÍVEL 12) INCLUI A COLECISTECTOMIA. ADMITE PROCEDIMENTO(S) SEQUENCIAL(AIS), SENDO LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL (NÍVEL 16) SOMENTE PARA OS CASOS DE TUMORES GÁSTRICOS PRÓXIMAIS EM ESTÁGIOS MAIS AVANÇADOS. OS MATERIAIS COMPATÍVEIS COM ESTE PROCEDIMENTO OBSERVAM O TIPO DE VÍSCERA RESSECADA, NÃO SE MULTIPLICANDO OS GRAMPEADORES NOS PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS. O NÚMERO MÁXIMO DE CARGAS CORRESPONDE A GASTRECTOMIA ASSOCIADA A RESSECÇÃO DE OUTRA VÍSCERA OCA.</p>										

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.02.022-4 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA										
Grupo:		04 - Procedimentos cirúrgicos								
Sub-Grupo:		16 - Cirurgia em oncologia								
Forma de Organização:		02 - Sistema linfático								
Competência:		07/2016 Histórico de alterações								
Modalidade de Atendimento: Hospitalar										
Complexidade:		Alta Complexidade								
Tipo de Financiamento:		Média e Alta Complexidade (MAC)								
Sub-Tipo de Financiamento:										
Instrumento de Registro:		AIH (Proc. Principal)								
Sexo:		Ambos								
Média de Permanência:		5								
Tempo de Permanência:										
Quantidade Máxima:		1								
Idade Mínima:		0 meses								
Idade Máxima:		130 anos								
Pontos:		300								
Atributos Complementares:		Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC								
<i>Valores</i>										
Serviço Ambulatorial:		R\$ 0,00		Serviço Hospitalar:		R\$ 3.505,95				
Total Ambulatorial:		R\$ 0,00		Serviço Profissional:		R\$ 1.071,41				
				Total Hospitalar:		R\$ 4.577,36				
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
<i>Descrição</i>										
ESVAZIAMENTO DE CADEIA(S) LINFÁTICA(S) RETROPERITONEAL(AIS) EM CASO DE TUMOR MALIGNO OU INCERTO SE BENIGNO OU MALIGNO DO APARELHO GENITAL OU URINÁRIO OU DIGESTIVO OU PARTES MOLES, PARA FINS DE ESTADIAMENTO OU TERAPEUTICO. NA PEÇA CIRÚRGICA OS LINFONODOS PODEM SER LIVRES DE NEOPLASIA MALIGNA.NO CASO DE CÂNCER GÁSTRICO, A LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL (NÍVEL 16, QUE INCLUI OS LINFONODOS PARA-AÓRTICOS E INTERCAVOAÓRTICOS)SO PODE SER AUTORIZADA COMO PROCEDIMENTO SEQUENCIAL DO PROCEDIMENTODE GASTRECTOMIA TOTAL (CODIFICADO COMO 04.16.04.007-1) EM ONCOLOGIA NOS CASOS DE TUMORES GÁSTRICOS PROXIMAIS (ORIGINÁRIOS NO TERÇO SUPERIOR DO ESTÔMAGO - JUNÇÃO GASTROESOFÁGICA, CÂRDIA E SUBCÂDIA) EM ESTÁGIOS MAIS AVANÇADOS.										

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- A linfadenectomia retroperitoneal ficou liberada apenas para tumores proximais (TEG), e cita a cadeia 16 que seria D2 para estes tumores e é excessão.
- É também conflitante que quando descrevemos a linfadenectomia (que agora esta inclusa na remuneração do código) continuamos sem poder cobrar a colecistectomia, porém no caso de cirurgias paliativas podemos cobrar, e, portanto, o procedimento maior e curativo (gastrectomia com linfadenectomia D2), remunera menos.
- * Não houve incremento do ponto de vistas de honorários após esta revisão. A perda foi substancial ao ponto de que hoje, a gastrectomia parcial com linfadenectomia em oncologia é a cirurgia do aparelho digestivo com menor remuneração da tabela.
- Apenas casos de tumores da TEG os procedimentos de esofagogastrectomias não citam as linfadenectomias.

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.04.005-5 - ESOFAGOGASTRECTOMIA SEM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA															
Grupo:		04 - Procedimentos cirúrgicos													
Sub-Grupo:		16 - Cirurgia em oncologia													
Forma de Organização: 04 - Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais															
Competência:		07/2016 Histórico de alterações													
Modalidade de Atendimento: Hospitalar Complexidade: Alta Complexidade Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC) Sub-Tipo de Financiamento: Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) Sexo: Ambos Média de Permanência: 10 Tempo de Permanência: Quantidade Máxima: 1 Idade Mínima: 12 anos Idade Máxima: 130 anos Pontos: 300 Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC															
Valores <table border="0"> <tr> <td>Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00</td> <td>Serviço Hospitalar: R\$ 3.196,97</td> </tr> <tr> <td>Total Ambulatorial: R\$ 0,00</td> <td>Serviço Profissional: R\$ 901,77</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Hospitalar: R\$ 4.098,74</td> </tr> </table>										Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Hospitalar: R\$ 3.196,97	Total Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Profissional: R\$ 901,77		Total Hospitalar: R\$ 4.098,74
Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Hospitalar: R\$ 3.196,97														
Total Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Profissional: R\$ 901,77														
	Total Hospitalar: R\$ 4.098,74														
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS					
Descrição <i>Consiste na retirada parcial ou total do esôfago e estômago por tumor maligno. Admite procedimento(s) sequencial(ais) O procedimento sequencial de reconstrução é compatível somente em caso de tumor maligno de esofago cervical.</i>															

■ Procedimento

Procedimento: 04.16.04.003-9 - ESOFAGOGASTRECTOMIA COM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA															
Grupo:		04 - Procedimentos cirúrgicos													
Sub-Grupo:		16 - Cirurgia em oncologia													
Forma de Organização: 04 - Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais															
Competência:		07/2016 Histórico de alterações													
Modalidade de Atendimento: Hospitalar Complexidade: Alta Complexidade Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC) Sub-Tipo de Financiamento: Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) Sexo: Ambos Média de Permanência: 10 Tempo de Permanência: Quantidade Máxima: 1 Idade Mínima: 12 anos Idade Máxima: 130 anos Pontos: 545 Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC															
Valores <table border="0"> <tr> <td>Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00</td> <td>Serviço Hospitalar: R\$ 4.156,05</td> </tr> <tr> <td>Total Ambulatorial: R\$ 0,00</td> <td>Serviço Profissional: R\$ 1.220,48</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Hospitalar: R\$ 5.376,53</td> </tr> </table>										Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Hospitalar: R\$ 4.156,05	Total Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Profissional: R\$ 1.220,48		Total Hospitalar: R\$ 5.376,53
Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Hospitalar: R\$ 4.156,05														
Total Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Profissional: R\$ 1.220,48														
	Total Hospitalar: R\$ 5.376,53														
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS					
Descrição <i>Consiste na retirada de todo o tubo esofageano torácico com abertura da cavidade torácica. Admite procedimento(s) sequencial(ais).</i>															

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- Atualmente não conseguimos cobrar linfadenectomias em nenhum procedimento cirúrgico do grupo esôfago-gastro duodenal, procedimento este reconhecido pela literatura e previamente reconhecido de forma independente pela tabela SUS. Foi incorporado na nova terminologia como parte do procedimento sem remuneração. Acrescenta morbidade e custo hospitalar.
- Sem incrementos na remuneração esses procedimentos tem se tornado extremamente caros para as instituições com diminuição do valor pago historicamente para médicos e hospitais.

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

Propostas:

- Nomenclatura das linfadenectomias nas gastrectomias?
Tradicionalmente nós especialistas chamamos de D1, D2, D3 mas essa expressão não é encontrada em nenhuma tabela de remuneração que usamos (SUS, TUSS, AMB, CBHPM). Os auditores inclusive tem dificuldade de compreender porque a descrição não é clara e a nomenclatura não corresponde a da literatura médica.
- Sequencial: na última alteração da descrição das gastrectomias a linfadenectomia passou a ser parte do procedimento e não mais sequencial. Questão de terminologia ou forma de diminuir custos por decréscimo da remuneração médica e hospitalar? Propomos revisar tabela.

LINFADENECTOMIA E GRAMPEADORES TUMORES ESOFAGO-GÁSTRICOS

- Fica claro que a gastrectomia está com o valor defasado ou no mínimo incompatível após essa alteração. Além do mais um procedimento paliativo pode ter maior valor de remuneração. É o procedimento de MENOR remuneração da tabela.
- *Formatação/revisão da descrição/nomenclatura para que fique claro para os auditores, atualização de valores.
- Valorização da remuneração pelos resultados.
- SBCO está disposta a contribuir: treinar auditores e cirurgiões, rediscutir as tabelas, e junto ao MS criar rede de referência e contra-referência para procedimentos de cirurgia oncológica, classificando os centros e indicando medidas para melhorias.

CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA DO CÂNCER

The Lancet Oncology Commission

Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery



Richard Sullivan, Olusegun Isaac Alatisé, Benjamin O Anderson, Riccardo Audisio, Philippe Autier, Ajay Aggarwal, Charles Balch, Murray F Brennan, Anna Dare, Anil D'Cruz, Alexander M M Eggermont, Kenneth Fleming, Serigne Magueye Gueye, Lars Hagander, Cristian A Herrera, Hampus Holmer, André M Ilbawi, Anton Jarnheimer, Jia-fu Ji, T Peter Kingham, Jonathan Liberman, Andrew J M Leather, John G Meara, Swagoto Mukhopadhyay, Shilpa S Murthy, Sherif Omar, Groesbeck P Parham, C S Pramesh, Robert Riviello, Danielle Rodin, Luiz Santini, Shailesh V Shrikhande, Mark Shrimé, Robert Thomas, Audrey T Tsunoda, Cornelis van de Velde, Umberto Veronesi, Dehannathparambil Kottarathil Vijaykumar, David Watters, Shan Wang, Yi-Long Wu, Moez Zeiton, Arnie Purushotham



CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA DO CÂNCER

The Lancet Oncology Commission

Surgery is essential for global cancer care in all resource settings. Of the 15.2 million new cases of cancer in 2015, over 80% of cases will need surgery, some several times. By 2030, we estimate that annually 45 million surgical procedures will be needed worldwide. Yet, less than 25% of patients with cancer worldwide actually get safe, affordable, or timely surgery. This state of global cancer care is a major public health and economics and financial research agenda, and a major gap in global cancer care. The failure to train more surgeons, cumulative gross domestic product, pathology and imaging, and innovations. Issues include training and education, international partnerships, super-centralisation of surgical services, novel surgical clinical trials, and new approaches to improve quality and scale up cancer surgical systems through education and training. Our key messages are directed at many global stakeholders, but the central message is that to deliver safe, affordable, and timely cancer surgery to all, surgery must be at the heart of global and national cancer control planning.

Panel 1: Cancer surgery and the right to health

Access to health care, including cancer surgery, should be a basic human right. Indeed, the “right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health” is recognised under international law⁹ and is also recognised in the Convention on the Rights of the Child¹⁰ and the Constitution of the WHO.¹¹ The right to health is also

By 2030, has examined the breadth of cancer surgery, multiple-country studies, the wide equity and economic to cancer surgery, and the as US\$6.2 trillion in lost for cancer surgery—eg, but also highlights solutions investment in research, and regulated public systems,

CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA DO CÂNCER

- Script de vídeo institucional
- Esclarecimento a população
- Semana da cirurgia segura e acessível do câncer: definição de data.
- Incremento do treinamento e educação continuada, além de revisão de tabelas de remuneração em cirurgia oncológica → nortear demais especialidades nas políticas de câncer.
- Ações nas diversas regiões: educação da população, prevenção, etc.
- Pode gerar demanda de pacientes represados. Mutirões? Incentivos as instituições de grande porte e cirurgiões oncológicos?

REGISTRO DE QUALIDADE DA CIRURGIA DO CÂNCER

- Qualidade
- Acessibilidade
- No tempo adequado
- Especialistas adequados
- No centro adequado: centros de replicação e expertize (fortalecimento dos Cacons, Unacons com mais especialistas treinados) → avaliação de resultados
- Resultados imediatos e sobrevida

REGISTRO DE QUALIDADE DA CIRURGIA DO CÂNCER

- Registro de entrada por aplicativo de entrada de dados.
- Início de informações de qualidade em hospitais de referência em câncer: parceiros
- Financiamento

REGISTRO DE QUALIDADE DA CIRURGIA DO CÂNCER

- Registro de entrada por aplicativo de entrada de dados.
- Início de informações de qualidade em hospitais de referência em câncer: parceiros
- Financiamento

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

Obrigado!

