



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE –CIB/MT

RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 074 DE 03 DE SETEMBRO DE 2020.

Dispõe sobre o protocolo de regulação para o exame de tomografia computadorizada por emissão de pósitrons – PET CT, sob gestão do Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO -CIB/MT, no uso de suas atribuições legais e considerando

I - A necessidade de revisão da Nota Técnica I de maio de 2018, a fim de adequar o número de exames PET CT realizados, bem como atualizar as indicações médicas com base nas Normas Técnicas da Agência Nacional de Saúde/ANS, consulta pública do Ministério da Saúde e dos benefícios advindos desses exames nas patologias tratadas;

II. Que o exame PET-CT traz informações fundamentais na decisão médica no que tange a melhor escolha do tratamento a ser realizado pelos usuários do SUS e por consequência otimiza resultados e ganhos relacionados à sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes com a neoplasia;

III. A lista de recomendações do Exame PET/CT em Oncologia, elaborado pelas Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Biologia e Medicina Nuclear e Imagem Molecular (SBBMN), julho e agosto de 2010;

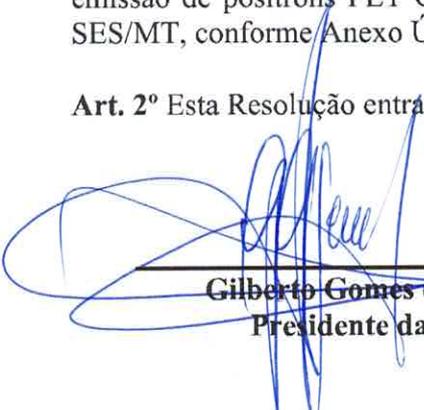
IV. O Parecer Técnico nº 37/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 – Cobertura PET-CT Oncológico, realizado pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2018) com as indicações clínicas para o exame;

V. O Parecer nº 904/SGAC/PGE/2020 da Procuradoria Geral do Estado de Mato Grosso homologado em 14 de abril de 2020, que manifestou parecer favorável ao Aditivo do Contrato nº 037/2018/SES/MT firmado com a empresa Instituto de Medicina Nuclear LTDA bem como a inclusão dos Código de Internacional de Doença/CID para as patologias de nódulo pulmonar solitário, câncer de cabeça e pescoço e melanoma;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o protocolo de regulação para exame de Tomografia Computadorizada por emissão de pósitrons PET CT, sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT, conforme Anexo Único desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data da assinatura.



Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB /MT

Cuiabá/MT, 03 de setembro de 2020.



Marco Antônio Norberto Felipe
Presidente do COSEMS/MT



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 074 DE 03 DE SETEMBRO DE 2020.

**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PARA EXAME DE TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS - PET CT SOB GESTÃO DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO**

1- Critérios de Indicação do Procedimento

- Deve ser autorizado, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de:

I - 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;

II - 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.

III - CÂNCER COLO-RETAL, 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.

IV - NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO quando preenchido **TODOS** os seguintes critérios:

- a. ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
- b. nódulo maior que 1cm (um) centímetro;
- c. não espiculados;
- d. sem calcificações.

V - CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, quando

a. 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/ou se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.

VI - MELANOMA

a. para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de Sistema Nervoso Central/SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

2 – CID’s para solicitação de PET CT

C18.0, C19; C20, C34.0, C81.0, C820, C83.0, C84.0, C85.7, C88.3, C88.7, C88.9

Observação: INCLUSÃO DE NOVOS CID’s:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

- **Cabeça e pescoço:**
 - C76.0 - Neoplasia maligna da cabeça, face e pescoço;
 - C77.0 - Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos da cabeça, face e pescoço;
- **Nódulo pulmonar solitário**
 - R91 – Achados anormais, de exames para diagnóstico por imagem, do pulmão;
- **Melanoma:**
 - C43 Melanoma maligno da pele;

3 – Fluxo de Regulação para Exame PET CT

A Equipe da Central de Regulação do Complexo Regulador Estadual, é responsável em inserir a agenda do exame de PET CT no Sistema SISREG, e neste caso quem regula/autoriza é apenas o médico regulador estadual designado para regular esse exame e este é realizado pelo prestador contratualizado sob gestão estadual.

SOMENTE e EXCLUSIVAMENTE as unidades de referência para serviços de ONCOLOGIA podem solicitar o exame PET CT como Unidade SOLICITANTE.

A Unidade Solicitante indica na solicitação via SISREG como **Central Executante a “CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO”**.

- O **médico regulador** estadual designado como responsável por regular/autorizar este exame, avalia o pedido, verifica se o preenchimento está correto, verifica os registros das evidências clínicas da solicitação e o cumprimento dos protocolos de regulação, para autorizar ou não a realização do procedimento.

- Caso **não esteja de acordo** com os quesitos acima, o médico regulador, devolve ou nega o pedido para a Unidade Solicitante – **Referência em Oncologia**, contendo as orientações necessárias.

- Se o pedido estiver **de acordo** com os critérios estabelecidos, ele regula/autoriza o procedimento.

- Este procedimento será autorizado para os casos de pacientes com **DIAGNÓSTICO EXCLUSIVO EM ONCOLOGIA** e para os casos de **ACOMPANHAMENTO/ESTADIAMENTO** solicitado pela Unidade de referência para oncologia (UNACON). No **nódulo pulmonar solitário**, critério de inclusão IV, poderá sugerir, reforçar um diagnóstico de não câncer, ou seja, patologia benigna.

Observação 1. A solicitação do exame de PET CT, **CABE EXCLUSIVAMENTE A UNIDADE DE SERVIÇOS DE ONCOLOGIA**. Desta forma, caso outra unidade solicitante (que não seja referência de serviços de oncologia) insista em solicitar este exame específico, caberá ao médico regulador responsável por este, **cancelar o pedido, fazendo as orientações corretas do fluxo**.

Observação 2. A regulação/autorização do exame PET CT, **CABE APENAS AO MÉDICO REGULADOR DESIGNADO COMO REFERÊNCIA ESTADUAL**. Desta forma, caso outro médico regulador insista em regular este exame específico, caberá ao médico regulador responsável por este, **cancelar o pedido, registrando as orientações corretas do fluxo**.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

Observação 3. A periodicidade para solicitação do PET-CT oncológico para portadores de LINFOMA deverá atender os seguintes critérios:

- ✓ O estadiamento dos LINFOMAS;
- ✓ O reestadiamento (pós conclusão do tratamento) e;
- ✓ Em casos de diagnósticos de fortes suspeitas de recidiva e/ou evidenciados por outros métodos de imagem, exames clínicos e/ou com biópsias comprobatórias.

3.1. NÃO está indicado para controle/acompanhamento rotineiro da doença.

• As Unidades de Oncologia, deverão entrar diariamente no **SISREG/CONSULTA-AMB**, no item **AGENDADO PELA REGULAÇÃO**, e visualizar o relatório dos procedimentos autorizados para imprimir o espelho deste relatório e cumprir a responsabilidade de comunicar seu usuário em tempo, sobre o dia, hora e local do procedimento para que o paciente possa realizar o procedimento conforme registrado no SISREG.

4 – Observações Gerais

À UNIDADE REGULADORA CABE:

• O operador do SISREG (portadores de senha de acesso) deverá dispensar **ATENÇÃO DIÁRIA AOS COMUNICADOS QUE A EQUIPE ADMINISTRATIVA INSERE NO SISREG**, pois os mesmos servem para direcionar alguma mudança necessária, alertando a todos os solicitantes e demais operadores do Sistema e que todos devem passar a seguir;

• Intensificar junto aos médicos reguladores/autorizadores e demais técnicos dos serviços de Regulação do Acesso sobre a importância de ao inserir os pedidos de regulação (via SISREG) e ao avaliar para a autorização/aprovação destes pedidos a necessidade do cumprimento de seguir os **PROTOCOLOS CLÍNICOS E DE REGULAÇÃO**, que estão em constante atualização.

• Cada operador em sua função específica no SISREG, é terminantemente responsável pela sua **SENHA DE ACESSO**, cabendo a ele:

- ✓ Não ceder a senha para terceiros;
- ✓ Não se ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- ✓ Não revelar a senha de acesso ao SISREG a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de seu conhecimento;
- ✓ Alterar a senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros;

• Em caso de troca de operador do SISREG, seja ele em quaisquer uma das funções de operação, cabe ao **gestor da Unidade ter o CONTROLE TOTAL** em solicitar a exclusão do acesso deste operador que está **em gozo de férias, licenças, afastamento e/ou desligamento** do serviço de acesso ao SISREG, bem como, tem a **RESPONSABILIDADE** em designar um novo operador, encaminhá-lo para a referência de **treinamento do Sistema SISREG**, e posterior dar a este a competência treinada sob a regência do Manual do Operador SISREG III e supervisão do gestor direto.

ATENÇÃO: O médico regulador deverá analisar e revisar a pertinência do pedido classificatório advindo do médico solicitante. Em caso de divergência na classificação prioritária, o médico



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

regulador após o questionamento junto ao médico solicitante, em sua autoridade sanitária poderá alterar a classificação prioritária da solicitação.

- **VERMELHO:** Situações clínicas graves – sintomas agudos, suspeita de CA (casos confirmados) marcar em até 30 dias.
- **AMARELO:** Situações clínicas prioritárias – seguimento de tratamento marcar em até 90 dias.
- **VERDE:** Situações clínicas prioritárias – sintomas ou doenças crônicas marcar em até 180 dias.
- **AZUL:** Situação clínica sem prioridade – avaliação de rotina marcar com mais de 180 dias.

À UNIDADE EXECUTANTE CABE:

- Confirmar o atendimento por meio do número chave no SISREG, visando finalizar a regulação do usuário SUS.
- Realizar o reagendamento do procedimento quando o usuário não puder comparecer **na unidade executante** em data e horário agendado para a realização do procedimento, e comunicar com antecedência de **até 72 horas**.

Observação: O usuário, **sendo informado** pela sua Unidade Executante sobre o *status* de seu agendamento (dia, hora, local e nº da chave do pedido), e não comparecer a unidade executante para a realização do procedimento e tão pouco **NÃO informar** a unidade executante com antecedência sobre sua impossibilidade de comparecimento, o usuário perderá automaticamente a vaga, devendo procurar a unidade solicitante para nova inserção no SISREG.

À UNIDADE SOLICITANTE CABE:

a) A responsabilidade pela entrega do Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial – APAC físico juntamente com a CHAVE de CONFIRMAÇÃO do SISREG impressa via espelho SISREG, aos usuários e/ou responsáveis para a realização do procedimento. **Fica vetado a liberação do laudo para terceiros como também a liberação do laudo antes do agendamento.**

b) Inserir no SISREG informações relativas aos **exames** previamente realizados que permitam ao médico regulador promover análise criteriosa do caso antecedendo sua regulação, exemplos (Laudos de **Biopsias; Exames de Imagens; ...**)

c) Atentar para o registro de “**CLASSIFICAÇÃO DE ORDEM PRIORITÁRIA**” no Sistema SISREG, entre urgente ou eletivo, nas prioridades 0, 1, 2 e 3. Nesses quesitos, é fundamental que, **o técnico que for inserir o pedido no sistema**, realize o **REGISTRO DA REAL CLASSIFICAÇÃO PRIORITÁRIA** evitando que ocorra pedidos “superestimados”, bem como acúmulos de pedidos desnecessários na fila classificada, causando grave prejuízo na



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

resolutividade de cada ordem classificatória, **SENDO OBRIGATÓRIO A INSERÇÃO DA JUSTIFICATIVA CLÍNICA NO CAMPO “OBSERVAÇÃO” – SISREG.**

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO PARA EXAME – PET CT

