

## PARECER TÉCNICO Nº 38/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024

### COBERTURA: QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - Rol, atualmente previsto no anexo I da Resolução Normativa - RN n.º 465/2021, vigente a partir de 1º/4/2021, estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º/1/1999 e naqueles adaptados, conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

O tratamento cirúrgico citorrredutor tem cobertura obrigatória, por meio de diversos procedimentos previstos no Rol, tais como, TUMORES RETRO-PERITONEAIS – EXÉRESE e RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PÉLVICA, entre outros.

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina – CFM, por meio do PARECER CFM nº 6/2017, reconheceu a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (Hipec) associada à cirurgia citorrredutora com quimioterapia e hipertermia como parte do tratamento padrão para tumores mucinosos do apêndice cecal, pseudomyxoma peritonei e mesotelioma peritoneal (disponível em [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2017/6\\_2017.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2017/6_2017.pdf)).

De outro modo, o mencionado Parecer do CFM não recomenda o referido tratamento para metástase peritoneal de carcinoma colorretal e carcinoma do ovário recidivado. E, portanto, o tratamento para essas condições é considerado experimental e, por consequência, sua cobertura não é obrigatória, nos termos do art. 10, inciso I, da Lei 9.656/1998, e do artigo 17, parágrafo único, inciso I, da RN n.º 465/2021.

Portanto, a QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA, quando associada a procedimentos citorrredutores com quimioterapia e hipertermia, para o tratamento dos tumores mucinosos do apêndice cecal / Pseudomyxoma peritonei ou mesotelioma peritoneal, possui cobertura obrigatória, visto que está contemplada no Rol, por meio dos procedimentos:

- TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITÁRIA OU INTRATECAL, disposto no subgrupo TERAPÊUTICA,

grupo PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, capítulo PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, com cobertura nos planos com segmentação hospitalar (com e sem obstetrícia) e plano-referência;

- TERAPIA ONCOLÓGICA MEDICAMENTOSA PEROPERATÓRIA, disposto no subgrupo TERAPÊUTICA, grupo PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, capítulo PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, com cobertura nos planos com segmentação hospitalar (com e sem obstetrícia) e plano-referência.

Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 1º/1/1999 e não ajustados à Lei nº 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura aos procedimentos em análise somente será obrigatória se houver previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

**Gerência de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologias em Saúde - GCITS**  
**Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS**  
**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO**  
**Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**