



**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE
ACESSO À REDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA: ENCAMINHAMENTOS E
SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

2024 - Vol. 1 - 1ª Edição

Autores:

Celso Fernando Goes
Prefeito Municipal De Guarapuava

Chayane Andrade Ceroni
Secretária Municipal De Saúde

Anderson Vinicius Kugler Fadel
Departamento De Gestão Do Trabalho E Educação Em Saúde

Denise Lopes Dambroski
Departamento De Gestão Do Trabalho E Educação Em Saúde

Monica Da Silva Tavares
Departamento De Gestão Do Trabalho E Educação Em Saúde

Fabiula Pereira Lino De Assis
Departamento De Atenção À Saúde

Janaina Staben
Departamento De Regulação E Auditoria

Maria Theresa Melhem Pellissari
Departamento De Atenção Domiciliar

Sueli Terezinha Martins Ribeiro
Departamento De Atenção À Saúde Da Mulher E Da Criança

Viviane Dos Santos Oliveira
Departamento De Planejamento E Gestão Do Sus

Hugo Vieira De Santana
Departamento De Atenção À Saúde Divisão De Saúde Bucal

Tainá Anaize Alinski
Departamento De Planejamento E Gestão Do Sus

Izabela Maria batista Senakievicz
Departamento De Regulação E Auditoria

Camila Pasternak
Departamento De Atenção À Saúde Da Mulher E Da Criança

Vilma Zanchett Juliani
Departamento De Atenção Domiciliar

Larissa Maria Brzezinski
Departamento

Maria Izabel Bassani
Departamento

Luiz Augusto Klosowski
Departamento

Thiago Sak
Departamento

Bruna Tembil Marques Batista
Departamento de Vigilância em Saúde

Maria Emi Shimazaki Moreira
Rene J.M. Santos
Consultores Técnicos

Revisão técnica:

Colaboração:

Fernanda Natália Cordeiro Faccioni Faria
Hospital de Caridade São Vicente de Paulo - Unidade II - Cidade dos Lagos

Giuliano de Sousa Faria
Hospital de Caridade São Vicente de Paulo - Unidade II - Cidade dos Lagos

Rosângela Padilha Pereira Viante
5ª Regional de Saúde

Lisiana Michelle Volpato Savaris
5ª Regional de Saúde

Maria José Mandu Ribeiro Ribas
CIS 5ª Regional - AME

Aprovação:

Diagramação:

Rosiane Mikuska
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Como citar este documento:

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- Fluxograma para investigação de linfadenomegalia periférica.	56
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama.....	40
QUADRO 2 – Categorias de avaliação de BI-RADS.....	40
QUADRO 3 - Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento.	42
QUADRO 4 - Critérios para avaliação de risco genético para câncer de mama e/ou ovário. .	44
QUADRO 5 - Periodicidade de seguimento de nódulo de pulmão incidental, com TC sem contraste na APS.	45
QUADRO 6 - Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia.	48
QUADRO 7 - Rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.	50
QUADRO 8 - Causas e investigação de leucopenia secundária.....	51
QUADRO 9 - Causas e investigação de trombocitopenias secundárias.	52
QUADRO 10 - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.....	53
QUADRO 11- Regra ABCDE para para identificação do melanoma.....	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ENCAMINHAMENTOS PARA CASOS DE ALTA SUSPEIÇÃO PARA CÂNCER	7
3. PROTOCOLOS	8
3.1 NEOPLASIA DE MAMA	8
3.1.1 Encaminhamento para especialidade	8
3.1.2 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Mama	9
A) Exames para Diagnóstico:	9
MAMOGRAFIA	9
ECOGRAFIA DE MAMA	10
B) Exames para Rastreamento:	10
2.2 NEOPLASIA DE PRÓSTATA	11
2.2.1 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Próstata	12
C) Exames para Diagnóstico:	12
PSA	12
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL	13
D) Exames para Rastreamento:	13
2.3 NEOPLASIA DE PULMÃO	15
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:	15
2.3.1 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Pulmão	17
A) Exames para Diagnóstico:	17
TOMOGRRAFIA DE TÓRAX	17
BRONCOSCOPIA	17
B) Exames para Rastreamento:	17
2.4 NEOPLASIA DE CÓLON E RETO	19
2.4.1 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Cólon e Reto	20
A) Exames para Diagnóstico:	20
COLONOSCOPIA NA APS	20
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL	20
B) Exames para Rastreamento	21
(Adaptado de U.S. Preventive Services Task Force et al., 2021)	21
2.5 Colo de Útero	22
2.5.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia do Colo do Útero	23
A) Exames para Diagnóstico:	23
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA	23
B) Exames para Rastreamento:	23

2.6 NEOPLASIA DE LÁBIO E CAVIDADE ORAL	24
2.6.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Boca/Laringe.....	25
A) Exames para Rastreamento:	25
2.7 NEOPLASIA DE PELE (NÃO MELANOMA E MELANOMA)	26
2.7.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Câncer de Pele Melanoma e Não Melanoma.....	27
A) Exames para Rastreamento:	27
2.8 LEUCEMIAS, LINFOMAS E DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS	28
2.8.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Leucemias, Linfoma ou Doenças Linfoproliferativas	30
2.9 DEMAIS NEOPLASIAS.....	31
Referências	32
Apêndice – quadros e figuras auxiliares.....	40

1. INTRODUÇÃO

A regulação assistencial, ou regulação do acesso, à luz da NOAS/SUS/01, é definida como gestão em saúde e deve estar voltada para a disponibilização do recurso mais adequado às necessidades do usuário. Sob a ótica da demanda, a regulação de acesso busca qualificá-la, com a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário, em momento oportuno, de forma equânime, ordenada, racional e qualificada, pautada em critérios de priorização de riscos.

Alguns instrumentos são muito importantes nesse processo, entre eles os Protocolos de Regulação do Acesso, que compreendem diretrizes para a solicitação e uso adequado e racional das tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas. Estes documentos estabelecem critérios qualificados de avaliação de risco, identificando as prioridades e garantindo a agilidade no acesso para aqueles pacientes que mais necessitam, sendo um poderoso mecanismo de organização e gestão à saúde no âmbito municipal, trazendo benefícios para a população usuária dos serviços.

Diante desse contexto, o protocolo de encaminhamentos e solicitação de exames para a Oncologia Adulto será publicado conforme portaria xxxx da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava. **Os protocolos de encaminhamento e solicitação de exames descritos neste documento priorizam as neoplasias mais prevalentes para a especialidade de Oncologia Adulto.** Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados de história e exame físico de pacientes que não estejam contemplados nos protocolos, podem justificar a necessidade e/ou prioridade do encaminhamento, desde que **obrigatoriamente sejam relatadas de forma clara.**

As informações do **conteúdo descritivo mínimo** devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. **O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito obrigatoriamente quando houver.** Os exames relevantes constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, eles não são obrigatórios para os locais com ausência destes recursos, bem como sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Os pacientes com critérios para encaminhamento serão atendidos nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção Oncológica de Guarapuava (RAO), seguindo as linhas guias e fluxos pactuados. Segundo as diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS propostas pelo Ministério da Saúde, a Atenção Básica é compreendida como centro de comunicação da

RAS, assumindo um papel-chave na sua estruturação como ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado. Para tanto, a Atenção Básica, a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), deve ser o nível fundamental do sistema de atenção e regulação à saúde, pois constitui a porta de entrada preferencial, ou seja, o primeiro contato dos usuários com o sistema, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo e integral de atenção.

Os demais pontos de atenção pactuados terão como finalidade apoiar a Atenção Primária no estabelecimento do diagnóstico precoce e no rastreamento das neoplasias malignas, em tempo oportuno, com objetivo de confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento conforme o prazo disposto nas leis 12.732, de 2012 e 13.896, de 2019.

Condições de saúde que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência também são contempladas nos protocolos e na linha guia da RAO. Ressaltamos que nas condições que eventualmente ainda não estejam contempladas nos protocolos, é de responsabilidade do médico assistente tomar a melhor decisão baseada nas evidências clínicas e científicas e orientar o encaminhamento devidamente justificado através destas evidências, para o serviço apropriado.

Assim sendo, a implementação do Protocolo de Regulação do Acesso a Rede de Atenção Oncológica no município de Guarapuava-PR constitui um salto de qualidade na configuração da estrutura reguladora do município, na medida em que esses instrumentos induzem a implementação da Rede de Atenção à Saúde, a resolutividade da Atenção Básica (AB) e promovem a equidade do acesso. Para tanto, no cumprimento de suas atribuições de Gestão do Sistema Único de Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde, apresenta a primeira edição do presente protocolo.

2. ENCAMINHAMENTOS PARA CASOS DE ALTA SUSPEIÇÃO PARA CÂNCER

A Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo terceiro registra que “ Art. 3º O prazo de 60 (sessenta) dias fixado no Art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, para fins do primeiro tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico do paciente no SUS, contar-se-á a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.”

Portanto, todos os pacientes devem ser considerados como prioritários para regulação, desde que os encaminhamentos demonstram a alta suspeição de câncer.

Os principais motivos de encaminhamento para consulta eletiva em Oncologia, de pacientes com **critérios de alta suspeição de câncer**, estarão **automaticamente priorizados**, desde que o encaminhamento contenha o **conteúdo descritivo mínimo** como contemplado abaixo:

- **QUADRO CLÍNICO**

- **Anamnese completa, incluindo:**

- História da doença atual;
- Sintomas e tempo de evolução;
- Fatores predisponentes ao câncer (p.ex. etilismo, tabagismo, exposição a agentes químicos e padrão de dieta);
- História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial);
- História pregressa de neoplasia(s) – informar histórico pregresso de neoplasias, informando quando, qual tipo e qual tratamento foi realizado;
- História patológica familiar, informar antecedentes de neoplasias (qual a neoplasia e qual o grau de parentesco) e demais patologias;
- Medicamentos em uso.

- Exame físico, incluindo os principais sinais clínicos que justifiquem a alta suspeita diagnóstica de neoplasia maligna;

- **EXAME(S) COMPLEMENTARES(S)**

- **TRATAMENTO(S) CLÍNICO(S) E/OU CIRÚRGICO(S) PRÉVIO(S)**

- **DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO DE ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER, CONFORME ESTE PROTOCOLO E DEMAIS EVIDÊNCIAS QUE EMBASAM A SUSPEITA DIAGNÓSTICA.**

3. PROTOCOLOS

3.1 NEOPLASIA DE MAMA

3.1.1 Encaminhamento para especialidade

Sinais de alarme: nódulo palpável, descarga papilar sanguínea, serossanguínea ou cristalina em “água de rocha” unilateral espontânea e retração ou distorção mamilar nova ou recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/Mastologia:

- achados no exame físico altamente sugestivos de neoplasia da mama ([quadro 1](#));
- achados em exame de imagem de BI-RADS categoria 4 ou 5 ([quadro 2](#));
- diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (BI-RADS 6 - [quadro 2](#));
- paciente com neoplasia de mama avançada, com metástase(s) à distância;
- nódulo palpável em mulheres e homens com **alto risco** para câncer de mama ([quadro 3](#));
- nódulo palpável ao exame físico, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita, nas seguintes condições:
 - em mulher com menos de 30 anos, nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual, com exame de imagem negativo (lesão não visualizada); ou
 - em mulher com menos de 30 anos, nódulo palpável e ecografia mostrando lesão sólida ≥ 2 cm ou com alta suspeita clínica; ou
 - em mulher com mais de 30 anos, nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual; ou
 - em mulher na pós-menopausa, nódulo palpável de surgimento recente;
- paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 com indicação precisa de Terapia de Reposição Hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia;
- paciente com história pessoal ou familiar de risco elevado para câncer familiar de mama e ovário ([quadro 4](#)), com indicação de aconselhamento genético é possível testagem genética.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. anexar laudo(s) de exame(s) de imagem realizado(s), principalmente mamografia e ecografia mamária, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
3. história pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer;
4. história familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

3.1.2 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Mama

Com a finalidade de melhorar e agilizar a adequação do encaminhamento de exames de apoio diagnóstico, as solicitações de exames devem levar em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica principal, do quadro clínico e do CID com o exame solicitado. Desta forma todas as solicitações de exames da RAO devem conter obrigatoriamente a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, o QUADRO CLÍNICO e o CID**, havendo compatibilidade entre os mesmos com a suspeita de doença neoplásica.

Apresentamos abaixo os **QUADROS CLÍNICOS** que levam a **ALTA SUSPEIÇÃO PARA NEOPLASIA DE MAMA**, que justificam a solicitação dos exames descritos abaixo.

Quadro clínico: nódulos palpáveis ou espessamento ao exame clínico em mulheres com idade > 35 anos; alterações da pele das mamas; fluxo papilar; linfonodo regional suspeito; antes de iniciar TRH; pré-operatório de cirurgia plástica de mama.

A) Exames para Diagnóstico:

MAMOGRAFIA

- Quadro clínico descrito acima em pacientes > 35 anos.

ECOGRAFIA DE MAMA

- Diferenciar e caracterizar nódulos sólidos e cistos identificados pelo exame clínico em mulheres com idade < 35 anos;
- Avaliação de mamografias BI-RADS 0;
- Avaliar pacientes jovens (<35 anos), gestantes ou lactantes com alterações clínicas na mama.

B) Exames para Rastreamento:

- Mamografia bianual em mulheres na faixa de 50 a 69 anos;
- Em mulheres e homens de alto risco para câncer de mama, conforme indicado no [quadro 3\)](#)

2.2 NEOPLASIA DE PRÓSTATA

Sinais de alarme: alterações do jato urinário, obstrução urinária e hematuria. Dores ósseas, emagrecimento e caquexia são mais frequentes na doença avançada.

Atenção: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA de pacientes que estão em uso dessa medicação há pelo menos 3-6 meses devem ser multiplicados por 2.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita clínica ou diagnóstico de câncer de próstata associado a complicações agudas (obstrução urinária, hematuria volumosa com coágulos, hidronefrose bilateral, sinais e sintomas de acometimento da coluna vertebral [perda progressiva da força e alteração de sensibilidade de membros inferiores, anestesia em sela, alterações no controle dos esfíncteres, suspeita de fratura óssea]).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/Urologia:

- suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematuria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/ml;
- suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- paciente em qualquer idade com uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite (Se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite aguda, repetir PSA após 1 mês do tratamento).;
- diagnóstico histopatológico de neoplasia prostática;
- paciente com neoplasia de próstata avançada, com metástase(s) à distância;
- pacientes menores de 70 anos com duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite;
- pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite, sem expectativa

de vida estimada superior a 10 anos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. uso de finasterida (sim ou não). Se sim, especifique tempo de uso;
3. anexar resultado de biópsia prostática, com data, ou descrever na íntegra os seus resultados, se realizada;
4. resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/ml em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
5. resultado de EQU/EAS/urina tipo 1, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

2.2.1 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Próstata

Com a finalidade de melhorar e agilizar a adequação do encaminhamento de exames de apoio diagnóstico, as solicitações de exames devem levar em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica principal, do quadro clínico e do CID com o exame solicitado. Desta forma todas as solicitações de exames da RAO devem conter obrigatoriamente a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, o QUADRO CLÍNICO e o CID**, havendo compatibilidade entre os mesmos com a suspeita de doença neoplásica.

Apresentamos abaixo os **QUADROS CLÍNICOS** que levam a **ALTA SUSPEIÇÃO PARA NEOPLASIA DE PRÓSTATA**, que justificam a solicitação dos exames descritos abaixo.

Quadro clínico: sintomas do trato urinário inferior, como noctúria, frequência urinária aumentada, hesitação, urgência urinária, retenção urinária, redução do jato urinário, disfunção sexual erétil ou hematuria visível de causa desconhecida, detecção de nódulo ou alteração de consistência da próstata ao toque retal.

C) Exames para Diagnóstico:

PSA

- Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica.

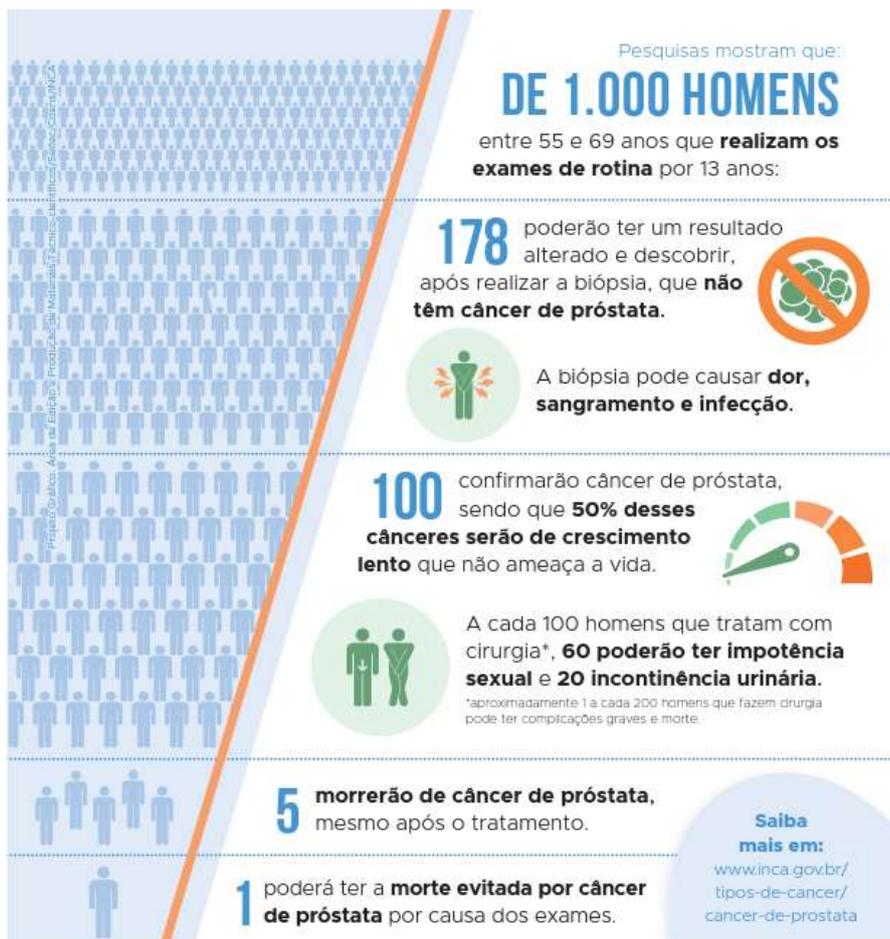
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL

- PSA alterado
 - sintomas + PSA > 3 ng/ml;
 - paciente em qualquer idade com uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite;
 - pacientes menores de 70 anos com duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite;
 - pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite, sem expectativa de vida estimada superior a 10 anos.
- suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito;

D) Exames para Rastreamento:

Considerando as melhores evidências disponíveis, concluiu-se que, de acordo com o balanço entre benefícios e riscos, não é recomendado o rastreamento do câncer de próstata e, caso o homem deseje realizar esses exames, essa prática deve ser uma decisão compartilhada entre ele e o profissional de saúde, após este conhecer todas as consequências do rastreamento para sua saúde.

(INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2013).



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019.

2.3 NEOPLASIA DE PULMÃO

Sinais de alarme: hemoptise, dispneia, tosse, rouquidão, dor torácica, infecções pulmonares de repetição, baqueteamento digital, linfadenopatia supraclavicular ou cervical baixa persistente, fadiga e perda de peso de mais de 10% do peso habitual nos últimos 6 meses.

Achados isolados em exame de imagem como nódulo calcificado ou gorduroso (granuloma, hamartoma, lipoma) ou com estabilidade do tamanho em um período ≥ 2 anos (para nódulos sólidos) ou ≥ 5 anos (para nódulos subsólidos) geralmente são achados benignos e não necessitam investigação adicional. Nesses casos, avaliar sintomas, sinais clínicos e fatores de risco indicativos de necessidade de seguimento da investigação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- lesão mediastinal ou pulmonar com sinais ameaçadores à vida (dispneia grave, síndrome de veia cava superior, pulso paradoxal, hemoptise maciça [> 150 ml em 24h], pneumotórax, derrame pleural volumoso [$> 1/3$ do hemitórax]).

Condições clínicas que indicam a necessidade de seguimento radiológico com tomografia computadorizada (TC) de tórax sem contraste, quando disponível na APS:

- nódulo sólido menor que 6 mm, em pessoa com alto risco para câncer de pulmão ([quadro 5](#));
- nódulo sólido maior ou igual a 6 mm e menor que 8 mm, independentemente do risco para câncer de pulmão ([quadro 5](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/Tórax:

- massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm);
- nódulo sólido ou subsólido¹ em pessoa com alterações clínicas sugestivas de malignidade², independentemente do tamanho;
- diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna pulmonar;
- paciente com neoplasia de pulmão avançada, com metástase(s) à distância.
- massa mediastinal ou alargamento de mediastino;
- atelectasia lobar e/ou segmentar;
- linfonodomegalia mediastinal;
- derrame pleural sem etiologia definida;
- nódulo sólido maior ou igual a 8 mm, independentemente do risco pessoal para câncer de pulmão ([quadro 5](#));
- nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem (aumento ≥ 2 mm - [quadro 5](#));
- nódulo sólido ou subsólido¹ com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC na APS.

¹ São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido; e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).

² Alterações clínicas sugestivas de malignidade: hemoptise, perda ponderal, linfonodomegalia supraclavicular, cervical baixa ou mediastinal, derrame pleural.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em anos-maço);
- exposição ocupacional (sim ou não). Se sim, qual;
- história prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;
- história familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco;
- resultado de exame de imagem de tórax com descrição de tamanho, localização, características da lesão e presença e tipo de calcificação, com data;
- resultado de outros exames de imagem de tórax prévios quando disponíveis, com data;
- número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

2.3.1 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Pulmão

Com a finalidade de melhorar e agilizar a adequação do encaminhamento de exames de apoio diagnóstico, as solicitações de exames devem levar em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica principal, do quadro clínico e do CID com o exame solicitado. Desta forma todas as solicitações de exames da RAO devem conter obrigatoriamente a HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, o QUADRO CLÍNICO e o CID, havendo compatibilidade entre os mesmos com a suspeita de doença neoplásica.

Apresentamos abaixo os QUADROS CLÍNICOS que levam a ALTA SUSPEIÇÃO DE NEOPLASIA DE PULMÃO, que justificam a solicitação dos exames descritos abaixo.

Quadro clínico mais comum: hemoptise, tosse ou rouquidão persistente por mais de 2 a 3 semanas, dor torácica, dispnéia, astenia e perda de peso sem causa aparente e pneumonias de repetição.

A) Exames para Diagnóstico:

TOMOGRAFIA DE TÓRAX

- Quadro clínico como descrito acima, associado a radiografia de tórax com imagem suspeita para doença neoplásica, que necessite de melhor esclarecimento diagnóstico através de tomografia.

BRONCOSCOPIA

- QUADRO CLÍNICO como descrito acima, com diagnóstico não evidente através dos exames radiológicos.

B) Exames para Rastreamento:

- Tomografia computadorizada de baixa dose de radiação anual em pacientes de alto risco¹ para câncer de pulmão

¹ As pessoas com as seguintes características são consideradas de alto risco para ter câncer de

pulmão:

- Idade entre de 50 a 80 anos
- Fumante ativo
- Ex-fumante que cessou há menos de 15 anos

Os tabagistas ou ex-tabagistas são considerados de risco alto quando tiverem carga tabágica acima de 20 maços/ano (deve-se multiplicar o número de maços de cigarro fumados por dia pelo número total de anos de tabagismo). O rastreamento deve ser descontinuado se a pessoa não fuma por mais de 15 anos ou se desenvolve problemas de saúde que reduzem consideravelmente a expectativa de vida ou a capacidade/vontade de fazer uma cirurgia pulmonar curativa

2.4 NEOPLASIA DE CÓLON E RETO

Sinais de alarme: dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento involuntário, massa abdominal palpável em topografia colônica ou retal, sangramento retal não atribuível à doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (em pacientes acima de 50 anos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia:

- diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cólon;
- massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem;
- suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal;
- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([quadro 6](#)).
- paciente com neoplasia colorretal avançada, com metástase(s) à distância.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
2. resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
3. resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
4. exame de imagem, se realizado, com data;
5. resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data;
6. história de câncer colorretal em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

2.4.1 Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Cólon e Reto

Com a finalidade de melhorar e agilizar a adequação do encaminhamento de exames de apoio diagnóstico, as solicitações de exames devem levar em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica principal, do quadro clínico e do CID com o exame solicitado. Desta forma todas as solicitações de exames da RAO devem conter obrigatoriamente a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, o QUADRO CLÍNICO e o CID**, havendo compatibilidade entre os mesmos com a suspeita de doença neoplásica.

Apresentamos abaixo os **QUADROS CLÍNICOS** que levam a **ALTA SUSPEIÇÃO DE NEOPLASIA DE CÓLON E RETO**, que justificam a solicitação dos exames descritos abaixo.

Quadro clínico: mudanças de hábitos intestinais (diarreia ou constipação); anemia ferropriva por causa desconhecida, principalmente em pacientes >50 anos; perda inexplicável de peso; fezes escuras ou com sangue visível; massa abdominal; dor ou desconforto abdominal constante.

A) Exames para Diagnóstico:

COLONOSCOPIA NA APS

● CRITÉRIOS DE ALTA SUSPEIÇÃO

- hematoquezia persistente não atribuível a doença orifical;
- hematoquezia em paciente acima de 50 anos;
- hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- anemia ferropriva (hemoglobina < 13 g/dl em homens ou < 12 g/dl em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS (em especial em pacientes acima de 50 anos);
- sintomas ou sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia ([quadro 6](#));
- rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar ([quadro 7](#));

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL

- massas/lesões tumorais palpáveis;

B) Exames para Rastreamento

(Adaptado de U.S. Preventive Services Task Force et al., 2021)

O rastreamento está indicado para todos os adultos com idade entre 45 e 75 anos para câncer colorretal. Vários testes de triagem recomendados estão disponíveis. Médicos e pacientes devem considerar uma variedade de fatores ao decidir qual teste pode ser melhor para cada pessoa, considerando a classificação de risco para câncer colorretal descrita abaixo.

Por exemplo, os testes requerem diferentes frequências de rastreio, local de rastreio, métodos de triagem (com base nas fezes ou visualização direta), preparo intestinal pré-procedimento, anestesia ou sedação durante o teste e procedimentos de acompanhamento para resultados anormais.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA CÂNCER COLORRETAL	
MÉDIO RISCO	Homens e mulheres de 45 a 75 anos sem história pessoal ou familiar de câncer de intestino.
ALTO RISCO	Homens e mulheres com história familiar de câncer colorretal (incluindo síndromes hereditárias como polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, entre outras), história pessoal de doença inflamatória do intestino ou história pessoal de câncer (intestino, ovário, útero ou mama).

- As estratégias de triagem recomendadas incluem:
 - Exame de sangue oculto nas fezes guaiaco de alta sensibilidade (g-FOBT) ou teste imunológico fecal (FIT) todos os anos;
 - Retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos;
 - Retossigmoidoscopia flexível a cada 10 anos + FIT anual;
 - Colonoscopia a cada 10 anos;
- Triagem seletiva de câncer colorretal em adultos com idade entre 76 e 85 anos.
 - Discutir junto com os pacientes a decisão de fazer o rastreamento, levando em consideração a saúde geral do paciente (expectativa de vida, comorbidades) e histórico de triagem anterior.

2.5 Colo de Útero

Sinais de alarme: sangramento vaginal irregular espontâneo, após a relação sexual ou entre as menstruações. Corrimento vaginal fétido, geralmente de coloração marrom. Dor pélvica contínua e/ou durante a relação sexual.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- metrorragia contínua e volumosa com sinais de instabilidade hemodinâmica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/ Ginecologia:

- lesão ulcerada ao exame especular sugestiva de neoplasia maligna, com ou sem os demais sintomas abaixo:
 - sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço físico);
 - corrimento vaginal (às vezes fétido);
 - dor na região pélvica, que pode estar associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados;
 - perda de peso associado aos sintomas acima descritos.

Condutas iniciais ante os resultados citopatológicos do colo uterino:

- a orientação de condutas segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero devem ser seguidas de acordo com o [quadro 10](#).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição de exames especular e toque vaginal / retal);
2. resultado de exame citopatológico de colo de útero com data;
3. exame de imagem, se realizado, com data;
4. resultado de colposcopia e biópsia, se realizado, com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

2.5.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia do Colo do Útero

Com a finalidade de melhorar e agilizar a adequação do encaminhamento de exames de apoio diagnóstico, as solicitações de exames devem levar em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica principal, do quadro clínico e do CID com o exame solicitado. Desta forma todas as solicitações de exames da RAO devem conter obrigatoriamente a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, o QUADRO CLÍNICO e o CID**, havendo compatibilidade entre os mesmos com a suspeita de doença neoplásica.

Apresentamos abaixo os **QUADROS CLÍNICOS** que levam a **ALTA SUSPEIÇÃO DE NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO**, que justificam a solicitação dos exames descritos abaixo.

Quadro clínico: sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço físico); corrimento vaginal (às vezes fétido); dor na região pélvica, que pode estar associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados; perda de peso.

A) Exames para Diagnóstico:

ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA

- Investigação de tumoração pélvica;

B) Exames para Rastreamento:

A recomendação para o rastreamento do câncer do colo útero é a realização do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos

(INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016)

2.6 NEOPLASIA DE LÁBIO E CAVIDADE ORAL

Sinais de alarme: placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, nas gengivas, no palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha) que não decorrem de outra doença ou causa conhecida; nódulos (caroços) no pescoço; rouquidão persistente; dificuldade de mastigação e deglutição; dificuldade na fala; assimetria facial.

De forma mais específica, qualquer lesão na boca que não cicatrize em até 15 dias precisa ser investigada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes com sinais clínicos de obstrução de via aérea.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/Otorrinolaringologia/Odontologia:

- lesão (placa ou mancha) ou ulceração ou edema na mucosa bucal - na língua, nas gengivas, no palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha) – que persista por mais de três semanas, em qualquer dessas localizações, particularmente se indolor e que não decorre de outra doença ou causa conhecida e que não regride com tratamento instituído;
- lesão de mucosa que apresenta mudança persistente e significativa de coloração (branca, vermelha ou pigmentada) ou mudanças de aparência, como ulceração ou proliferação;
- espessamento ou tumefação visível ou palpável coberta por mucosa aparentemente normal;
- tumor coberto por mucosa normal ou tumor ulcerado;
- dificuldade de mastigar e engolir;
- linfonodomegalia cervical que persiste por mais de três semanas.
- lesões potencialmente malignas: queilite actínica, eritroplasia, leucoplasia bucal, eritroleucoplasia e lesões palatinas.
- desconforto ou dor (odinofagia) persistente na garganta, particularmente se unilateral ou há mais de quatro semanas;
- dor de ouvido referida;
- dificuldade de mastigar e engolir;
- rouquidão persistente por mais de três semanas;

- dor e/ou disfagia;
- obstrução de via aérea;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição de exame físico / oroscopia);
2. exame de imagem, se realizado, com data;
3. número da teleconsulta, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

2.6.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Neoplasia de Boca/Laringe

A) Exames para Rastreamento:

A estratégia de detecção precoce recomendada para os cânceres de lábio e cavidade oral é o diagnóstico precoce das lesões suspeitas, uma vez que não há evidências científicas que sustentem o rastreamento como estratégia de saúde pública efetiva e que comprovem o impacto nas taxas de mortalidade. Recomenda-se, portanto, para o diagnóstico precoce, a inspeção visual minuciosa dos tecidos da cavidade oral com vistas a identificar alterações teciduais. Por serem, muitas vezes, lesões inespecíficas, a confirmação diagnóstica de lesões suspeitas é feita por meio do procedimento de biópsia e exame anatomopatológico.

2.7 NEOPLASIA DE PELE (NÃO MELANOMA E MELANOMA)

Sinais de alarme (não melanoma): lesões de pele descamativas ou que sangram; lesões de pele que mudam de tamanho, forma ou cor; **úlceras de pele que não cicatrizam em no máximo 4 semanas.**

Sinais de alarme (melanoma): lesões pigmentadas que demonstrem: Assimetria (a forma de metade da mancha não coincide com a outra metade), Borda (as bordas são irregulares, entalhadas ou dentadas), Cor (múltiplas cores - tons de preto, castanho, vermelho, cinza ou azul), Diâmetro (diâmetro maior que 6 mm) e Evolução (lesão pigmentada que vem mudando de tamanho, forma, cor ou aparência)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/Dermatologia:

- manchas ou nódulos na pele que podem variar de cor branca, avermelhada a castanha, que coçam, ardem, descamam ou sangram;
- feridas que não cicatrizam em até quatro semanas;
- pintas ou manchas que surgem na pele normal¹ ou sobre uma lesão pigmentada pré existente, ocorrendo alterações em sua coloração, forma e aumento ou redução de tamanho, apresentando também bordas irregulares²;
- a regra do ABCDE ([Quadro 11](#)) serve como um guia para identificação de sinais suspeitos do melanoma, pois analisa a lesão a partir de suas características de formato, cor, tamanho e evolução.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição da lesão suspeita);
2. resultado da biópsia/exame anatomopatológico, se realizado, com data;
3. número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

¹Pode se localizar tanto em regiões expostas ao sol, como face, pescoço, tronco (local mais comum em homens) e pernas (mais comum em mulheres), quanto em palma e planta dos pés e sob as unhas (sub-

ungueal) e mais raramente em áreas de mucosa como da boca e regiões genital e anal.

² Alguns melanomas não são pigmentados, podendo ser cor de rosa, bege ou branco.

2.7.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Câncer de Pele Melanoma e Não Melanoma

A) Exames para Rastreamento:

A identificação do câncer de pele em fase inicial ou ainda de lesões pré-malignas (ceratoses actínicas e nevos melanocíticos displásicos) possibilita melhores resultados em seu tratamento, com mais chances de cura e menos sequelas cirúrgicas. Entretanto, não há consenso quanto ao rastreamento populacional para esse câncer, uma vez que as evidências são insuficientes para sua recomendação. A detecção precoce do câncer de pele se dá por meio da estratégia de diagnóstico precoce com orientação de que a população e os profissionais de saúde estejam alertas para lesões de pele com características anormais e que seja realizada a confirmação diagnóstica através de uma biópsia.

A regra do ABCDE serve como um guia para identificação de sinais suspeitos do melanoma, pois analisa a lesão a partir de suas características de formato, cor, tamanho e evolução.

2.8 LEUCEMIAS, LINFOMAS E DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS

Sinais de alarme: sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, esplenomegalia, linfadenopatia, bicitopenia/pancitopenia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com hematologista):

- citopenias ou leucocitose ou presença de blastos e sinais de alarme para neoplasias hematológicas - suspeita de leucemias agudas;
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - hemoglobina < 7 g/dl; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50 mil células/mm³;
- citopenias graves em pessoas com linfonomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo;
- neutropenia febril (< 1500 neutrófilos/mm³);
- sinais ou sintomas de leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos ou priapismo em pessoas com hiperleucocitose¹) ou leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm³;
- suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner) em pessoa com massas linfonodais grandes;
- trombocitopenia crítica (< 20.000 plaquetas/mm³).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia/ Hematologia:

- linfonomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- linfonomegalia associada a sintomas B;
- linfonomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;

- diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunohistoquímico de leucemia, linfoma ou doença linfoproliferativa;
- leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:
 - leucocitose persistente às custas de linfócitos (>4.000 linfócitos/mm³ e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (linfoproliferação crônica);
 - leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de processo infeccioso ou uso de medicamento que justifique;
- quadro clínico sugestivo de gamopatia monoclonal (ex. mieloma múltiplo): anemia, hipercalcemia, perda de função renal, fraturas patológicas e/ou alteração monoclonal identificada na eletroforese de proteínas séricas.

¹ Hiperleucocitose: leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- citopenias (anemia, leucopenia, trombocitopenia), sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS (ver [quadro 8](#) e [quadro 9](#));
- policitemia persistente após exclusão de causas secundárias na APS¹;
- trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS;
- esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo, em especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional, ou Cirurgia Geral ([figura 1](#))

- linfonodomegalia supraclavicular;
- linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente por mais de 4 semanas sem causa definida após investigação na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas B, tempo de evolução, história de manifestações hemorrágicas ou trombóticas; exame físico, incluindo descrição de palpação abdominal, presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes);
2. resultado de hemograma completo (descrever microscopia, se presente) e número de plaquetas, com data (se citopenias ou leucocitose persistentes, sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames);
3. se linfonodomegalias, descrever as características (tamanho, consistência, fixação a planos profundos) e localização dos linfonodos;
4. resultado dos exames complementares na investigação de linfadenomegalia periférica ou alterações observadas no hemograma;
5. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias de citopenias em pessoas sem critérios de gravidade: anti-HCV, HBsAg, anti-HIV (ou testes rápidos), TGO/TGP, creatinina, albumina, GGT, TP/KTTP, TSH, vitamina B12, ácido fólico, LDH e ácido úrico;
6. descreva os medicamentos em uso (atentar para os fármacos presentes no [quadro 8](#) e no [quadro 9](#), no apêndice, com medicamentos comuns que cursam com citopenias);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido através de segunda opinião formativa com o Cancer Center/Hospital São Vicente.

¹ Policitemia persistente: hemoglobina maior que 16,0 g/dl em mulheres e maior que 16,5 g/dl em homens, após repetição do hemograma em 1 mês. Excluir causas secundárias como DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal.

2.8.1 Exames de Apoio Diagnóstico em Leucemias, Linfoma ou Doenças Linfoproliferativas

Os exames laboratoriais descritos no protocolo de encaminhamento devem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica.

Não há atualmente estratégias de rastreamento populacional em saúde pública para Leucemia, Linfomas ou Doenças Linfoproliferativas

2.9 DEMAIS NEOPLASIAS

Os critérios de **ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER** das demais neoplasias malignas, bem como informações adicionais sobre as neoplasias descritas neste protocolo, além de todas as linhas de cuidados da RAO, podem ser consultadas no link da **REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA**, na aba **PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE ACESSO**, através do link <https://romikuskadgtes.wixsite.com/rede-de-aten--o-onco/protocolo-de-solicita%C3%A7%C3%A3o-de-exames-alt>

Referências

ABRAMS, C. S. Thrombocytopenia. In: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (ed.). **Goldman's Cecil Medicine**. 26. ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2019. Cap. 172.

AQUINO, S. L. Imaging of metastatic disease to the thorax. **Radiologic Clinics of North America**, Philadelphia, v. 43, n. 3, p. 481-495, May 2005. Doi 10.1016/j.rcl.2005.02.006.

ARNOLD, D. M; CUKER, A. **Approach to the adult with unexplained thrombocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 19 July 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-thrombocytopenia>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BERLINER, N. **Approach to the adult with unexplained neutropenia**. Waltham (MA): UpToDate, 21 Feb 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-neutropenia>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019**. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF, 17 dez. 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

CARRARO, D. M. *et al.* Comprehensive analysis of BRCA1, BRCA2 and TP53 germline mutation and tumor characterization: a portrait of early-onset breast cancer in Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 3, e57581, 2013. Doi 10.1371/journal.pone.0057581.

CHAVES, M. P.; SICILIANO, A. A. de O. Metastases pulmonares. In: SILVA, C. I. S.; D'IPPOLITO, G.; ROCHA, A. J. da. (ed.). **Tórax**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 387-395. (Série Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem).

DAVIDS, M. S. **Approach to the adult with lymphocytosis or lymphocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 11 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-lymphocytosis-or-lymphocytopenia>. Acesso em: 4 mar. 2021.

Detecção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2021.

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>

D'ORSI, C. J. *et al.* (ed.). **ACR BI-RADS Atlas: breast imaging reporting and data system**. 5. ed. Reston (VA): American College of Radiology, 2013.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 498-508.

DYNAMED. **Record No. T113622, Hepatocellular carcinoma in adults**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113622>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113642, Colorectal cancer**. Ipswich (MA): EBSCO Information

Services, 3 Dec. 2018b. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113642>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113654, Breast cancer in women.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018c. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/condition/breast-cancer-in-women>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113952, Endometrial Cancer.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 4 Dec. 2018d. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113952>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T114197, Solitary pulmonary nodule:** approach to the patient. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018e. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114197>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T114483, Prostate cancer.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 4 Dec. 2018f. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114483>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T435293, Salivary gland tumors.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018g. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T435293>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T901808, Lung cancer screening.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018h. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T901808>. Acesso em: 4 mar. 2021.

ELMORE, J. G.; LEE, C. I. **Screening for breast cancer:** strategies and recommendations. Waltham (MA): UpToDate, 20 Oct. 2020. Disponível em:
<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T361086>. Acesso em: 4 mar. 2021.

FREEDLAND, S. **Measurement of prostate-specific antigen.** Waltham (MA): UpToDate, 4 Feb. 2020. Disponível em:
<https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen>. Acesso em: 4 mar. 2021.

FREEDMAN, A. S.; FRIEDBERG, J. W.; ASTER, J. C. **Clinical presentation and diagnosis of non- Hodgkin lymphoma**. Waltham (MA): UpToDate, 8 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-non-hodgkin-lymphoma>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FRUMOVITZ, M. **Invasive cervical cancer: epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 4 mar. 2021.

GOULD, M. K. *et al.* Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. **CHEST**, Chicago, v. 143(5 Suppl):e93S-e120S, May 2013. Doi 10.1378/chest.12-2351.

GUPTA, S. *et al.* Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. **Gastrointestinal Endoscopy**, St Louis (MO), v. 115, n. 3, p. 415–434, Mar. 2020. Doi 10.1016/j.gie.2020.01.014.

HASSAN, C. *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: update 2020. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 52, n. 8, p. 687-700, Aug. 2020. Doi 10.1055/a-1185-3109.

HOFFMAN, R. M. **Screening for prostate cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 2 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>. Acesso em: 4 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).
Coordenação de
Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.
Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev.
atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:
http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).

Diretrizes para a

detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Disponível em:

https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/livro_deteccao_precoce_final_2015.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

KATOFF, P. W.; TAPLIN, M-E.; SMITH, J. A. **Clinical presentation and diagnosis of**

prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, 19 May 2020. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer>Acesso em: 4 mar. 2021.

MACRAE, F. A. **Overview of colon polyps.** Waltham (MA): UpToDate, 18 fev. 2021.

Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-polyps>

Acesso em: 4 mar. 2021.

MACMAHON, H. *et al.* Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: from the Fleischner Society 2017. **Radiology**, Easton (PA), v. 284, n. 1, p. 228–243, July 2017. Doi 10.1148/radiol.2017161659.

MIDTHUN, D. E. **Clinical manifestations of lung cancer.** Waltham (MA): UpToDate, 2

Feb. 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lung-cancer)

[lung-cancer](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lung-cancer). Acesso em: 4 mar. 2021.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Genetic/familial high-risk assessment: breast, ovarian, and pancreatic: version 2.2021.** Bethesda (MD), 6 Jan. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Suspected cancer: recognition and referral.** London, 23 June 2015 [atual. 29 jan. 2021]. 87 f.

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 4 mar. 2021.

PATEL, V. K. *et al.* A practical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules: part 1: radiologic characteristics and imaging modalities.

CHEST, Chicago, v. 143, n. 3, p. 825–839, 2013. Doi 10.1378/chest.12-0960.

PROVAN, D. *et al.* **Oxford Handbook of Clinical Haematology**. 4. ed. Oxford: OUP Oxford, 2015.

PESHKIN, B. N.; ISAACS, C. **Genetic testing and management of individuals at risk of hereditary breast and ovarian cancer syndromes**. Waltham (MA): UpToDate, 19 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/genetic-testing-and-management-of-individuals-at-risk-of-hereditary-breast-and-ovarian-cancer-syndromes>. Acesso em: 4 mar. 2021.

RAMSEY, S. D.; GRADY, W. M. **Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer or advanced polyp**. Waltham (MA): UpToDate, 7 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer-or-advanced-polyp>. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para hematologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 8 nov. 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_hematologia_20161108.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para gastroenterologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 dez. 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Gastroenterologia.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para mastologia**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 5 fev. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_mastologia_20160324.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para pneumologia adulto.**

Porto Alegre: TelessaúdeRS; 7 dez. 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia.pdf.

Acesso em: 4 mar.

2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para proctologia adulto.**

Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 8 nov. 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_proctologiaTSRS_20161108.pdf.

Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para urologia adulto.**

Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 9 fev. 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf.

Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de regulação ambulatorial: cirurgia torácica adulto.**

Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/cirurgia_toracica.pdf.

Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de regulação ambulatorial: ginecologia adulto.**

Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: Porto Alegre: TelessaúdeRS; 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v0_16.pdf.

Acesso em: 4 mar. 2021.

URBAN, L. A. B. D. *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 244–249, jul./ago. 2017. Doi 10.1590/0100-3984.2017-0069.

Urologia[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Edição revisada – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 24 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 6)

WEINBERGER, S. E.; MCDERMOTT, S. **Diagnostic evaluation of the incidental pulmonary nodule**. Waltham (MA): UpToDate, 9 Nov. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-the-incidental-pulmonary-nodule>. Acesso em: 4 mar. 2021.

Apêndice – quadros e figuras auxiliares

QUADRO 1 - Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama.

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha” unilateral espontânea; ou
Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção; ou
Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à “casca de laranja”, retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Brasil (2013) e INCA (2015).

QUADRO 2 – Categorias de avaliação de BI-RADS.

Avaliação	Conduta	Probabilidade de câncer
Categoria 0 Inconclusivo	Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores.	Não aplicável
Categoria 1 Negativa	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
Categoria 2 Achado(s) benigno(s)	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%

<p>Categoria 3 Achado(s) provavelmente benigno(s)</p>	<p>Seguimento de curto prazo (6 meses) ou acompanhamento periódico. Recomenda-se controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando a estabilidade da lesão, voltar à rotina.</p>	<p>Entre 0 e 2%</p>
<p>Categoria 4 Achados suspeitos 4A baixa suspeita 4B moderada suspeita 4C alta suspeita</p>	<p>Avaliação por diagnóstico tecidual.</p>	<p>Entre 2 e 95% Entre 2 e 10% Entre 10 e 50% Entre 50 e 95%</p>
<p>Categoria 5 Achado altamente sugestivo de malignidade</p>	<p>Avaliação por diagnóstico tecidual.</p>	<p>Maior que 95%</p>
<p>Categoria 6 Malignidade comprovada por biópsia</p>	<p>Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.</p>	<p>Não aplicável</p>

Fonte: D'orsi *et al.* (2013).

QUADRO 3 - Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento.

Risco para câncer de mama	Indicação de rastreamento com exame de imagem
Risco habitual	Oferecer MMG bianual para mulheres entre 50 e 69 anos
Alto risco¹	
<p>Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras.</p>	<p>Rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.</p>
<p>Mulheres com história familiar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou - homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama. 	<p>Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.</p>

<p>Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.</p>	<p>Rastreamento anual com mamografia a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.</p>
<p>Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal in situ.</p>	<p>Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico, principalmente naquelas que foram tratadas com cirurgia conservadora. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.</p>

¹Se presença de nódulo palpável, essas mulheres devem ser encaminhadas para avaliação do nódulo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Brasil (2013), Urban *et al.* (2017) e Dynamed (2018c).

QUADRO 4 - – Critérios para avaliação de risco genético para câncer de mama e/ou ovário.

<p>A. História pessoal de câncer de mama com qualquer uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● câncer de mama diagnosticado com idade ≤ 35 anos; ● câncer de mama triplo-negativo (receptores de estrógeno, progesterona e proteína HER-2) diagnosticado antes dos 60 anos; ● dois cânceres de mama primários¹; ● câncer de mama diagnosticado em homem; ● câncer de mama diagnosticado em qualquer idade, mais história familiar²: <ul style="list-style-type: none"> ○ ≥ 1 familiar com câncer de mama diagnosticado ≤ 50 anos, ou ○ ≥ 1 familiar com câncer de ovário, ou ○ ≥ 1 familiar com câncer de mama masculino, ou ○ ≥ 2 familiares com câncer de pâncreas ou câncer de próstata (Gleason ≥ 7), ou ○ ≥ 2 familiares com câncer de mama em qualquer idade.
<p>B. História pessoal de câncer de ovário epitelial em qualquer idade.</p>
<p>C. História pessoal de câncer de pâncreas exócrino em qualquer idade.</p>
<p>D. História pessoal de câncer de próstata metastático em qualquer idade.</p>
<p>E. Ascendência judaica Ashkenazi e câncer de mama ou câncer de próstata de alto grau (Gleason ≥ 7).</p>
<p>F. Pessoa de qualquer idade com mutação deletéria em um gene de suscetibilidade ao câncer dentro da família ou encontrado em testes de tumores (Ex: BRCA 1/2).</p>

¹ Doença bilateral ou pelo menos dois tumores primários ipsilaterais separados (que podem ter ocorrido ao mesmo tempo ou em momentos diferentes no mesmo paciente).

² Familiar de sangue de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família. Os lados materno e paterno devem ser considerados independentemente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de NCCN (2021), Carraro *et al.* (2013) e Peshkin e Isaacs (2021).

QUADRO 5 - – Periodicidade de seguimento de nódulo de pulmão incidental, com TC sem contraste na APS.

Diretrizes não aplicáveis para pacientes com menos de 35 anos (baixo risco câncer de pulmão), para imunocomprometidos (alto risco de infecção) ou pacientes com história pessoal de câncer (alto risco de metástase).

Nódulo sólido			
	< 6 mm	Entre 6 e 8 mm	> 8 mm
Único			
Pessoa de baixo risco¹	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e considerar entre 18 e 24 meses.	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica.
Pessoa de alto risco¹	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e entre 18 e 24 meses.	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica.
Múltiplos²			
Pessoa de baixo risco¹	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses.

Pessoa de alto risco¹	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses.
Nódulo subsólido³			
	< 6 mm	≥ 6 mm	
Único			
Vidro fosco	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação)	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e a cada 2 anos até completar 5 anos de seguimento.	
Parcialmente sólido	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação)	TC no diagnóstico e entre 6 e 12 meses. Se persistente/estável e o componente sólido for < 6mm, TC anual até completar 5 anos de seguimento. Se componente sólido ≥ 6mm ou crescer, tratar como altamente suspeito e encaminhar para Cirurgia Torácica.	

Múltiplos²	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Considerar TC em pacientes de alto risco entre 18 e 24 meses. (usualmente benignos).	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Manejo subsequente baseado no nódulo mais suspeito.
------------------------------	--	---

¹ **Pessoa de baixo risco** - pessoa mais jovem, ausência de tabagismo, nódulo com margens regulares, localizado em área diferente do lobo superior.

Pessoa de alto risco - idade elevada, história atual ou prévia de tabagismo, exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel), história familiar de neoplasia pulmonar, nódulo com margens irregulares ou espiculadas e localização no lobo superior.

² Atentar para nódulos múltiplos com característica de metástases: bilaterais, não calcificados, com bordas regulares, distribuição periférica/subpleural e com grande variação de tamanho. Realizar avaliação clínica detalhada.

³ São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido; e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).

Fonte: TelessaúdeRS UFRGS (2021) adaptado de MacMahon *et al.* (2017) e Gould *et al.* (2013).

QUADRO 6 – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia.

Atenção: as recomendações abaixo são para pacientes com colonoscopia realizada e completa (até o ceco ou íleo, com bom preparo intestinal) e com lesões ressecadas (não apenas biopsiadas).

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
LESÕES ADENOMATOSAS		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos	APS
≥1 adenoma ≥ 10 mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses	Atenção Especializada
LESÕES NÃO ADENOMATOSAS		

Pólipos hiperplásicos < 10 mm	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	10 anos	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 anos	Atenção Especializada
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos	Atenção Especializada

PSOF = pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS = Atenção Primária à Saúde.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Gupta *et al.* (2020) e Hassan *et al.* (2020).

QUADRO 7 - – Rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.

Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento
CÂNCER COLORRETAL	
≥ 60 anos	Aos 50 anos
< 60 anos	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ter sido diagnosticado (o que vier antes)
Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ter sido diagnosticado (o que vier antes)
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR	
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100).	A partir dos 10 anos

Observação: Atualmente

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Ramsey e Grady (2020).

Atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas de risco médio.

QUADRO 8 - Causas e investigação de leucopenia secundária.

Causas	Investigação
<p>Infecções agudas e crônicas (como rubéola, varicela, parvovírus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose)</p>	<p>Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Na ausência de suspeita clínica específica, solicitar anti-HCV, HBsAg e anti-HIV (ou testes rápidos).</p>
<p>Hiperesplenismo</p>	<p>Avaliar demais linhagens séricas (costuma ocorrer também anemia e/ou trombocitopenia). Solicitar ecografia abdominal. Sugere-se que pacientes com neutropenia grave e esplenomegalia, não associada a quadro infeccioso, sejam avaliados inicialmente em serviço de emergência com hematologista.</p>
<p>Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide)</p>	<p>Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN e/ou FR.</p>
<p>Deficiência de nutrientes/ endocrinopatias / doença renal</p>	<p>Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12, ácido fólico, TSH, creatinina.</p>
<p>Medicamentos</p>	<p>Investigar o uso de medicamentos como: metimazol, propiltiouracil, AINEs, dipirona, IECA, antiarrítmicos, digoxina, tiazídicos, furosemida, metotrexato, hidroxicloroquina, clozapina, antidepressivo tricíclico, carbamazepina, ácido valpróico, ticlopidina, cimetidina, ranitidina, quimioterápicos, entre outros.</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Berliner (2020).

QUADRO 9 - Causas e investigação de trombocitopenias secundárias.

Causas	Investigação
<p>Infecções agudas e crônicas (como rubéola, varicela, parvovírus, Epstein-Barr, citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose)</p>	<p>Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV, HBsAg e anti-HIV (ou testes rápidos).</p>
<p>Doença hepática crônica</p>	<p>Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia. Complementar investigação com: anti-HCV, HBsAg (ou testes rápidos), TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTP e ecografia abdominal.</p>
<p>Doenças reumatológicas (como Lúpus e Síndrome antifosfolípideo)</p>	<p>Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN.</p>
<p>Deficiência de nutrientes</p>	<p>Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12 e ácido fólico.</p>
<p>Medicamentos</p>	<p>Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol- trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico, haloperidol, heparina, ibuprofeno, entre outros.</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Arnold e Cuker (2020), Abrams (2016) e Provan *et al.* (2015).

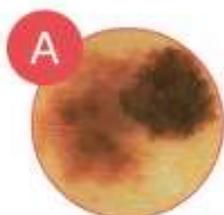
QUADRO 10 - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir a citologia em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir a citologia em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia

Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

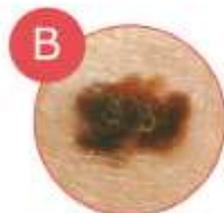
QUADRO 11- Regra ABCDE para para identificação do melanoma



A

A = Assimetria

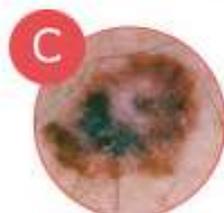
Uma metade não é igual a outra metade



B

B = Bordas

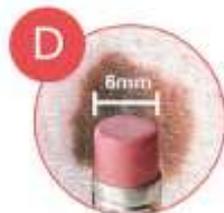
Bordas mal definidas, irregulares



C

C = Cor

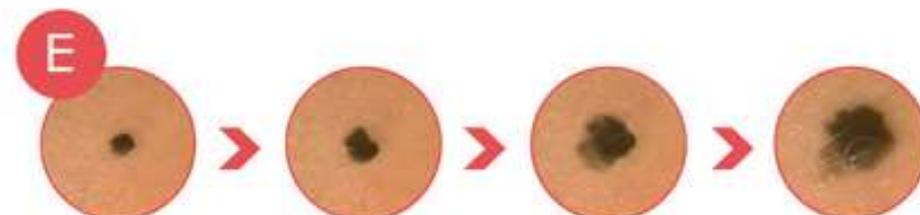
Varia de uma área para a outra, tem tons de bronzeado, marrom ou preto, sendo algumas vezes branco, vermelho ou azul



D

D = Diâmetro

Melanomas frequentemente são maiores que 6 mm (tamanho da borracha de um lápis) quando diagnosticados, mas eles podem ser menores



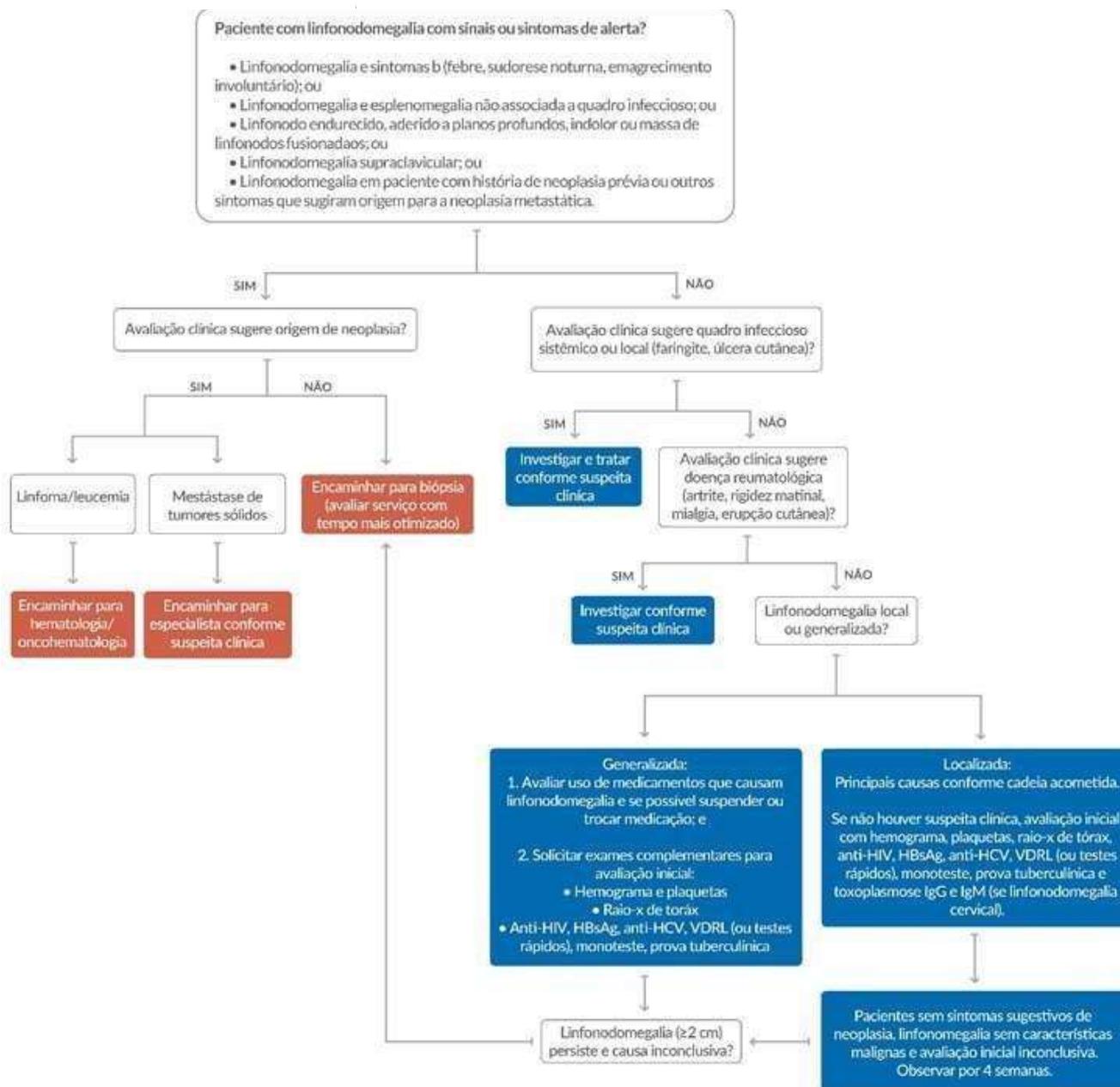
E

E = Evolução

Mudanças no tamanho, formato ou cor

Fonte: American Academy of Dermatology Ad Hoc Task Force for the Abcdes Of Melanoma *et al.*, 2015.

FIGURA 1- Fluxograma para investigação de linfadenomegalia periférica.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).