Rio PREFEITURA | SAÚDE SUS

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

ONCOLOGIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS

Rio PREFEITURA | SAÚDE SUS

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

ONCOLOGIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS

ATUALIZADO EM JANEIRO DE 2024
Rio de Janeiro/RJ

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2024 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
http://saude.prefeitura.rio/

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro
Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde
Daniel Soranz

Subsecretário Executivo
Rodrigo Prado

Subsecretária Geral
Fernanda Adães Britto

Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Renato Cony Seródio

Superintendente de Atenção Primária
Larissa Cristina Terrezo Machado

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria
Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador
David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial
Eliana Bittencourt da Silva

Coordenadora das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Angela Fernandes Leal da Silva

Gerente da Área Técnica do Câncer
Juliana Dias Cirilo

Coordenação Técnica
Alex Moreira Gomes
Fernanda Adães Britto
Juliana Dias Cirilo
Lucas Galhardo de Araujo
Roseli Cruz de Oliveira Vicente
Vânia Stiepanowez de Oliveira Rocha

Colaboração
Carolina Steinhauser Motta
Clarice Gerbasi
Cristina de Sousa Monteiro Bernardes
Danielle Nogueira Ramos
Flávia de Miranda Corrêa
Gabriela Tavares de Oliveira Cardoso
Itamar Bento Claro
Renata Oliveira Maciel dos Santos
Tarso Menezes de Medeiros
Thaís Jeronimo Vidal

Revisão Técnica e Final
Angela Fernandes Leal da Silva
Mariana Tomasi Scardua
Michael Duncan

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio
Paula Fiorito
Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial
Aluisio Bispo

Capa
Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação
Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Oncologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades)

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia
68p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **5**

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ONCOLOGIA **6**

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO **7**

Câncer de mama

Câncer de mama — Rastreamento de mulheres consideradas de alto risco para câncer de mama 9

Câncer de colo de útero 15

Câncer do corpo do útero 18

Câncer de vulva e vagina 19

Câncer de ovário 20

Câncer de próstata 21

Câncer de testículo e pênis 23

Câncer de bexiga e rim 24

Câncer de brônquios e pulmão 24

Câncer de cólon e reto 26

Câncer de esôfago, estômago e duodeno 27

Câncer de fígado e pâncreas 28

Câncer de cabeça e pescoço 29

Câncer de tecido ósseo e conectivo 32

Câncer de tireoide 33

Tumores do sistema nervoso central 35

Câncer hematológico no adulto 36

Câncer de pele 39

Câncer infantojuvenil 41

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO **43**

COMO SOLICITAR ONCOLOGIA NO SISREG E NO SER 43

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ... 44

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO 44

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL 45

REFERÊNCIAS 45

ANEXOS 48

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da oncologia na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ONCOLOGIA

A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer no Brasil. A estimativa para o município do Rio de Janeiro é de 32.960 casos de todas as neoplasias malignas, onde observa-se a maior incidência dos seguintes cânceres:

- **Sexo masculino:** próstata; cólon e reto; traqueia, brônquio e pulmão; bexiga; cavidade oral e estômago;
- **Sexo feminino:** mama; cólon e reto; traqueia, brônquio e pulmão; colo do útero; glândula tireoide; corpo do útero e ovário.

Para o controle do câncer, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ações de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento. A detecção precoce é a estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, pois contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer.

A detecção precoce do câncer é dividida em duas estratégias: o diagnóstico precoce, que diz respeito à abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença; e o rastreamento, que é uma ação coordenada e direcionada a uma população assintomática, aparentemente saudável. Ambas as estrategias têm como objetivo identificar precocemente as lesões sugestivas de câncer e encaminhar a pessoa para investigação diagnóstica e tratamento em tempo oportuno.

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) possui fluxos bem estabelecidos, com a definição de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema. Os profissionais da APS realizam ações de promoção da saúde e prevenção primária, e devem estar capacitados para acolher, rastrear, identificar precocemente e encaminhar para investigação diagnóstica especializada os pacientes com câncer, além de acompanhar o fluxo do usuário em toda a rede, garantindo agilidade e continuidade do cuidado.

A APS desempenha um papel central no sistema público de saúde, orientando o encaminhamento do indivíduo na RAS e compartilhando a coordenação do cuidado com a Atenção Especializada. É imperativo que os profissionais de APS estejam

atentos aos sinais de alerta que demandam investigação imediata, independentemente do tipo de neoplasia.

Na Atenção Secundária são realizados os procedimentos diagnósticos, e nas unidades de Atenção Terciária ocorrem o atendimento especializado e os procedimentos de alta complexidade, incluindo o diagnóstico definitivo, o estadiamento e o tratamento dos usuários diagnosticados com câncer. As unidades responsáveis pelo tratamento do câncer são denominadas de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

O fluxo de encaminhamento para avaliação ou tratamento oncológico especializado é organizado segundo a complexidade estratégica do recurso, seja via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou via Sistema Estadual de Regulação (SER). Os procedimentos diagnósticos no nível secundário, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) utiliza o SISREG, com agendamento realizado pelos reguladores da própria Unidade de Atenção Primária (UAP) ou do Complexo Regulador Municipal, conforme protocolos e fluxos estabelecidos no nível municipal. Os agendamentos de consulta oncológica em unidades de atenção terciária são realizados por meio do SER, com inserção das solicitações pela APS e regulação pela Central Unificada de Regulação (REUNI) de acordo com as deliberações CIB RJ n.º 3.534 e n.º 3.470. As ofertas de vagas para os procedimentos de investigação diagnóstica e tratamento de câncer são definidas e disponibilizadas pelas unidades secundárias e terciárias diretamente às respectivas centrais de regulação.

Este documento representa as recomendações da S/SUBPAV/SAP e SUBGERAL, e tem como objetivo principal fornecer as diretrizes para a assistência de pacientes com câncer pelas Unidades de Atenção Primária (UAP).

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas de acordo com o seguimento acometido, considerando a seguinte distribuição:

1. Câncer de mama;
2. Câncer de colo do útero;
3. Câncer do corpo do útero;
4. Câncer de vulva/vagina;
5. Câncer de ovário;

6. Câncer de próstata;
7. Câncer de testículo e pênis;
8. Câncer de bexiga e rim;
9. Câncer de brônquios e pulmão;
10. Câncer de cólon e reto;
11. Câncer de esôfago, estômago e duodeno;
12. Câncer de fígado e pâncreas;
13. Câncer de cabeça e pescoço;
14. Câncer de tecido ósseo e conectivo;
15. Câncer de tireoide;
16. Câncer do sistema nervoso central;
17. Câncer hematológico adulto;
18. Câncer de pele;
19. Câncer infantojuvenil.

Para a investigação de pacientes com sítio primário desconhecido e na presença de metástases conhecidas, consultar o Anexo 3.

CÂNCER DE MAMA — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** MAMOGRAFIA BILATERAL.

Indicações clínicas:

1. Todas as mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, de 50 a 69 anos, de forma bianual.

Não há recomendação bem estabelecida para a realização do rastreamento com mamografia para as mulheres cis e homens trans antes dos 50 anos. Em geral, antes dessa idade as mamas são mais densas, o que diminui a acurácia da mamografia para visualizar alterações e identificar lesões suspeitas de câncer de mama (CA de mama). Isso pode gerar resultados incorretos. Também não se recomenda o exame após os 70 anos, pois há maior risco de se encontrar um câncer que não evoluiria a ponto de causar prejuízos à saúde da mulher (sobrediagnóstico), uma vez que o tratamento desse tipo de câncer iria expor a mulher a riscos e a danos desnecessários.

CÂNCER DE MAMA — RASTREAMENTO DE MULHERES CONSIDERADAS DE ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

► **Nomenclatura no SISREG:** MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA.

Indicações clínicas:

1. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com risco aumentado para câncer de mama seguindo os critérios a seguir, fora da faixa etária de 50 a 69 anos, recomenda-se, até o momento, o acompanhamento clínico individualizado para definir a conduta, esclarecendo a usuária quanto aos riscos e benefícios da realização da mamografia e a decisão compartilhada. A ultrassonografia de mamas não é indicada para rastreio.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO ANTES DOS 50 ANOS DE IDADE

O câncer de mama hereditário ocorre em cerca de 5% a 10% dos casos, e nem toda história familiar de câncer de mama significa que há alto risco para esta neoplasia. Além disso, ainda não existem ensaios clínicos que tenham identificado estratégias de rastreamento diferenciadas e eficazes para a redução de mortalidade nesse subgrupo. Considera-se população de risco elevado: mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente consanguíneo com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade ou câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; mulheres cis, homens trans e pessoas não binarias designadas mulher ao nascer, com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*; mulheres com história pessoal de câncer de mama.

IMPORTANTE!

Descrever na solicitação no SISREG o que caracteriza o alto risco para câncer de mama da usuária dentro dos critérios estabelecidos, o exame clínico das mamas (ECM), a descrição de que a pessoa foi esclarecida quanto aos riscos e benefícios da realização deste exame, e resultado dos exames de imagens anteriores, caso haja, com classificação BI-RADS® (*Breast Imaging Reporting and Data System*) e a data. No SISCAN mantém-se a inserção como mamografia de rastreamento para alto risco, utilizando-se da mamografia diagnóstica apenas quando houver algum achado no ECM ou em exames anteriores.

CÂNCER DE MAMA — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA.

Indicações clínicas:

1. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com 30 anos ou mais, que apresentem sinais/sintomas sugestivos de câncer e/ou exame clínico das mamas alterado e/ou alteração em exame de imagem anterior;
2. Seguimento de lesão BI-RADS® 3 identificada em mamografia anterior;
3. Nódulo palpável unilateral em mama masculina;
4. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com 30 anos ou mais, com lesão identificada ao exame clínico das mamas, sem exame de imagem anterior (primeira avaliação);
5. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com menos de 30 anos, com lesão palpável avaliada pela ultrassonografia (USG) classificada como BI-RADS® 4 e 5.

► **Nomenclatura do SISREG:** ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS BILATERAL.

Indicações clínicas:

1. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com 30 anos ou menos, com nódulo, descarga papilar, linfonodo, espessamento ou pele alterada;
2. Complementação da mamografia BI-RADS® 0;
3. Nódulos impalpáveis com mamografia classificada com BI-RADS® 4 ou 5;
4. Homens cis, mulheres trans e pessoas não binárias designadas homem ao nascer, em qualquer idade, com massa palpável suspeita ao exame físico.

Quadro 1. Resumo sobre recomendação para a realização de mamografia e ultrassonografia de mama.

PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
Mamografia bilateral	• Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, de 50 a 69 anos;

PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
Mamografia bilateral (cont.)	• É importante descrever os achados clínicos no formulário, bem como na justificativa da solicitação quando da inserção no SISREG; • O agendamento é realizado pela própria unidade solicitante; • Inserir a requisição de mamografia na plataforma SISCAN, com os dados contidos da requisição via SISREG.
Mamografia diagnóstica	• Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, de 30 anos ou mais, que apresentem sinais/sintomas sugestivos de câncer e/ou exame clínico das mamas alterado e/ou alteração em exame de imagem anterior; • Seguimento de lesão BI-RADS® 3 identificada em mamografia anterior; • Nódulo palpável unilateral em mama masculina; • Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, de 30 anos ou mais, com lesão identificada ao exame clínico das mamas, sem exame de imagem anterior (primeira avaliação); • Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com menos de 30 anos, com lesão palpável avaliada pela USG classificada como BI-RADS® 4 ou 5.
Ultrassonografia de mama	• Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, com 30 anos ou menos, com nódulo, descarga papilar, linfonodo, espessamento ou pele alterada; • Complementação da mamografia BI-RADS® 0; • Nódulos impalpáveis com mamografia classificada com BI-RADS® 4 ou 5; • Homens cis, mulheres trans e pessoas não binárias designadas homem ao nascer, em qualquer idade, com massa palpável suspeita ao exame físico. **Não é recomendada para o rastreamento do câncer.**

Fonte: Elaboração própria.

Orientação após o resultado do exame:

A conduta pós-rastreamento pelos achados mamográficos, de acordo com a categoria BI-RADS® encontra-se descrita no quadro a seguir.

Quadro 2. Conduta de acordo com o achado na mamografia ou USG de mamas e risco de câncer.

CATEGORIA BI-RADS®	CLASSIFICAÇÃO	ACHADOS MAMOGRÁFICOS		RISCO DE CÂNCER	CONDUTA
1	Negativa	Mamas normais		Excepcional	Mamografia de acordo com a faixa etária
2	B	Benignos (B)		Excepcional	Mamografia de acordo com a faixa etária
3	PB	Provavelmente benigno (PB)		< 2%	Mamografia semestral no primeiro ano, anual no segundo e terceiro anos após, de acordo com a faixa etária
4	S	Suspeitos de malignidade (S), mas não podem ser classificados como provavelmente benignos (PB)		2% a 95%, a depender do grau de suspeição	Realizar biópsia e estudo histopatológico
		4A	Lesão com baixa suspeita de malignidade	2% a 10%	Realizar biópsia e estudo histopatológico
		4B	Lesão com moderada suspeita de malignidade	11% a 50%	
		4C	Lesão com elevada suspeita de malignidade	51% a 95%	

CATEGORIA BI-RADS®	CLASSIFICAÇÃO	ACHADOS MAMOGRÁFICOS	RISCO DE CÂNCER	CONDUTA
5	AS	Altamente suspeitos (AS) de malignidade	> 95%	Realizar biópsia e estudo histopatológico
6	—	Diagnóstico de câncer já comprovado histologicamente	100%	Iniciar tratamento conforme o caso
0	—	Indefinido	Indeterminado	Realizar outras incidências mamográficas e ultrassonografia, e reclassificar conforme categorias acima

Fonte: Elaboração própria.

► **Nomenclatura do SISREG:** BIÓPSIA DE MAMA — LESÃO PALPÁVEL.

Indicações clínicas:

1. Lesão palpável e:
   - **a.** Achados do Exame Clínico das Mamas (ECM) suspeitos de câncer; e
   - **b.** Exame de imagem BI-RADS® 4 e 5; ou
   - **c.** Exame de imagem BI-RADS® 3 com sinais de progressão em exame de controle; ou
   - **d.** Exame de imagem BI-RADS® 0, que após complementação com USG permaneceu inconclusivo — neste caso sugere-se, antes de solicitar a biópsia, inserir com prioridade vermelha para "Consulta em Ginecologia — Mastologia", para decisão apoiada pelo especialista.

► **Nomenclatura do SISREG:** BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR US.

Indicações clínicas:

1. ECM com lesão impalpável, exame de imagem BI-RADS® 4 ou 5, e lesão visível à USG.

► **Nomenclatura do SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ EM MASTOLOGIA — LESÃO IMPALPÁVEL (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Para a realização de biópsia de mama guiada por mamografia de paciente com ECM apresentando lesão impalpável, exame de imagem BI-RADS® 4 ou 5, e lesão não visível à USG, somente visível à mamografia.

ATENÇÃO!

DESCRIÇÃO MÍNIMA NECESSÁRIA: Deve-se informar o exame clínico das mamas (ECM) descrevendo os achados relevantes ou a ausência de achados, além de exames de imagem, com data e classificação BI-RADS® realizados nos últimos seis meses. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, sintomáticas, menores de 30 anos, com ultrassonografia BI-RADS® 4 ou 5 devem ser diretamente encaminhadas para biópsia.

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — MASTOLOGIA.

Indicações clínicas — para agendamento em policlínicas ou centros municipais de saúde:

1. Achados de Exame Clínico da Mama (ECM) e exames de imagem sugestivos de lesão benigna, quando há questionamento do usuário sobre a necessidade da opinião do especialista ou incerteza da conduta pelo médico da APS;
2. Exame de imagem BI-RADS® 3 com antecedente pessoal de tratamento de câncer;
3. Exame de imagem BI-RADS® 0, que após complementação com USG permaneceu inconclusivo.

Indicações clínicas — para agendamento em unidades hospitalares:

1. Achados de Exame Clínico da Mama (ECM) e exames de imagem sugestivos de lesão benigna, com indicação de exérese cirúrgica.

CÂNCER DA MAMA NA GESTAÇÃO

Caso algum tumor seja observado, pode ser realizada ultrassonografia e mamografia, com a proteção de chumbo no abdômen. A biópsia é essencial no diagnóstico de massa palpável, porque há diminuição da sensibilidade da mamografia durante o período gestacional. As pacientes devem seguir o fluxo acima para confirmação diagnóstica.

CÂNCER DA MAMA MASCULINO

Na presença de sinais e sintomas suspeitos de câncer, seja nódulo, descarga papilar sanguinolenta, retração de mamilo e presença de nódulo em exame de imagem (mamografia diagnóstica ou USG mamária), o paciente deverá seguir as recomendações descritas acima.

CÂNCER DE MAMA — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — MASTOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes que, após biópsia, tenham recebido o diagnóstico câncer de mama. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso, e anexar o laudo histopatológico e/ou imuno-histoquímica. Informar o estágio clínico da doença.

ATENÇÃO!

DESCRIÇÃO MÍNIMA NECESSÁRIA: Deve-se informar o exame clínico das mamas (descrever os achados relevantes e informar caso ECM seja normal e informar ausência de achados) e resultado dos exames de imagem de acordo com a faixa etária e classificação BI-RADS® atualizados.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Coleta de exame citopatológico do colo do útero na APS, sendo os dois primeiros exames realizados com intervalo anual, e se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos nas mulheres cis,

homens trans e pessoas não binarias designadas mulher ao nascer, após terem iniciado atividade sexual.

No caso de pessoas imunossuprimidas, o exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano, e se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Orientação após o resultado do exame:

O quadro a seguir resume as condutas após a obtenção do resultado do exame citopatológico.

Quadro 3. Recomendações frente aos resultados do exame de rastreamento do câncer de colo uterino.

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

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO	FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Carcinoma escamoso invasor	—	Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor	—	Encaminhar para colposcopia

Nota: O encaminhamento para colposcopia se dá via solicitação de "Consulta em Ginecologia — Patologia Cervical" no SISREG. Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, Ministério da Saúde/INCA, 2016. Detecção Precoce do Câncer, Rastreamento do Câncer do Colo de Útero, Ministério da Saúde/ INCA, 2021.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA CERVICAL.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com os seguintes resultados de exames citopatológicos do colo uterino:
   - **a.** Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
   - **b.** Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;
   - **c.** Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);
   - **d.** Atipias glandulares de significado indeterminado (AGC);
   - **e.** Atipias de origem indefinida;
   - **f.** Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) persistentes;
   - **g.** Carcinomas, adenocarcinomas e outras neoplasias.
2. Pacientes com anormalidades ao exame ginecológico (especular ou toque vaginal) que sugiram clinicamente câncer e/ou impeçam a coleta do exame citopatológico do colo uterino, a exemplo de tumores sangrantes.

IMPORTANTE!

Todas as solicitações devem informar os achados relevantes no exame ginecológico, tratamentos realizados no colo uterino e resultados dos últimos exames citopatológicos do colo uterino realizados.

PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDAS

As pacientes deverão ser encaminhadas às unidades de referência, para atenção especializada em Patologia Cervical no primeiro resultado citopatológico alterado, independentemente do diagnóstico.

EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO UTERINO TIPO 3 (CONIZAÇÃO)

Pacientes com contrarreferência de unidade secundária (policlínica ou outra) para investigação diagnóstica, por meio da realização da exerese da zona de transformação tipo 3 do colo uterino, devem ser inseridas no SISREG, no procedimento "Consulta em Ginecologia — Patologia Cervical" e agendadas para as unidades hospitalares disponíveis.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — GINECOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer após colposcopia e avaliação histopatológica. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o laudo histopatológico. As pacientes encaminhadas pelo SER para tratamento oncológico devem levar a lâmina e o bloco de parafina do material examinado.

CÂNCER DO CORPO DO ÚTERO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não se indica o rastreio deste câncer, mas deve-se realizar o diagnóstico precoce. O câncer do corpo do útero pode se iniciar em diferentes partes do órgão. O tipo mais comum se origina no endométrio. É mais comum em mulheres que já se encontram na menopausa. O diagnóstico precoce deve ser buscado com a investigação de sinais e sintomas mais comuns, como sangramento vaginal em mulheres que já entraram na menopausa, dor pélvica, fadiga, anorexia e perda de peso. Na presença de sintomas, deve-se solicitar "Ultrassonografia Transvaginal" ou "Ultrassonografia Pélvica" no SISREG.

CÂNCER DO CORPO DO ÚTERO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com sangramento uterino na pós-menopausa;
2. Pacientes com sangramento uterino na perimenopausa e suspeita de lesão endometrial na ultrassonografia (espessamento endometrial acima de 5mm).

ATENÇÃO!

Todas as solicitações devem informar a história clínica, a descrição do exame clínico ginecológico especular relatando aspecto do colo, os resultados e as datas de exames de imagem e citopatológico do colo do útero realizados. As pacientes deverão ser encaminhadas com preparo cirúrgico adequado.

CÂNCER DO CORPO DO ÚTERO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — GINECOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer de corpo de útero ou endométrio após biópsia. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o laudo histopatológico.

CÂNCER DE VULVA E VAGINA — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de vulva ou vagina.

CÂNCER DE VULVA E VAGINA — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA VULVA.

Indicações clínicas:

1. Nos casos de achados de exame da vulva suspeitos que apresentem:

a. Úlceras persistentes e resistentes a tratamentos clínicos;

b. Área de espessamento da pele persistente;

c. Prurido vulvar persistente e resistente tratamentos clínicos prévios;

d. Tumorações;

e. Lesões vulvares (com alteração de cor, necrose, sangrativas, exofíticas, hiperqueratóticas, verrucosas).

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA CERVICAL.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com lesões vaginais com alteração de cor, necrose, sangrantes, ulceradas e exofítica.

ATENÇÃO!

Todas as solicitações devem informar a história clínica detalhada, descrevendo tratamentos prévios já utilizados, descrição do exame vulvar (caracterizando cada lesão pelo seu tamanho, localização, tipo, coloração e morfologia) e especular, além do resultado e data do exame citopatológico do colo do útero.

CÂNCER DE VULVA E VAGINA — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — GINECOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer de vulva ou vagina após biópsia. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o laudo histopatológico.

CÂNCER DE OVÁRIO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não se indica o rastreio, mas deve-se realizar o diagnostico o mais precocemente

possível, considerando que a maioria dos casos só apresenta sinais e sintomas em fases avançadas da doença. Os sinais e sintomas mais comuns, que geram uma forte suspeita clínica e devem ser investigados são: massa abdominal ou pélvica (tumores sólidos; císticos multisseptados, conteúdo misto, com projeções sólidas); ascite; distensão abdominal persistente; perda de apetite e peso; dor pélvica ou abdominal persistente; e mudança de hábitos intestinais e/ou urinários.

AVALIAÇÃO INICIAL DIANTE DE SUSPEITA DE CA DE OVÁRIO

Avaliação inicial das pacientes com achados sugestivos de câncer de ovário inclui a realização de exame físico ginecológico, exames de imagem da pelve (ultrassonografia transvaginal com doppler; tomografia computadorizada de abdome superior e tomografia computadorizada de pelve/bacia; ressonância magnética de abdome superior e ressonância magnética de pelve/bacia) e exames laboratoriais, para avaliar os marcadores tumorais (CA 125, CEA, CA 19-9, beta-hCG, alfa-fetoproteína), quando disponíveis.

CÂNCER DE OVÁRIO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há necessidade de conclusão diagnóstica com biópsia para encaminhamento para o tratamento, basta somente a realização da avaliação inicial citada anteriormente.

CÂNCER DE OVÁRIO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — GINECOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita de câncer de ovário após avaliação inicial. Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica, exames de imagem (RNM, TC e/ou US) e marcadores tumorais.

CÂNCER DE PRÓSTATA — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há evidências para o rastreamento do câncer de próstata com dosagem de PSA. Os profissionais APS devem acolher todos os usuários, avaliar suas queixas e solicitar exames para investigação diagnóstica dos pacientes sintomáticos.

CÂNCER DE PRÓSTATA — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE/BACIA e/ou BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR US.

Indicações clínicas:

1. As indicações para a realização de exames no âmbito da APS ou via encaminhamento no SISREG estão organizadas no quadro a seguir.

Quadro 4. Encaminhamento para investigação diagnóstica de acordo com critérios.

DIAGNÓSTICO	CONDUTA INICIAL	CONDUTA FINAL
Pacientes < 60 anos com PSA total > 2,5ng/ml e toque retal normal	Repetir PSA total com um mês de intervalo	—
	Se PSA total < 2,5ng/ml	Realiza seguimento clínico
	Se PSA total > 2,5 e < 4,0ng/ml	Solicitar RNM de próstata multiparâmetros (no SISREG — "Ressonância Magnética de Bacia/Pelve"): • Se RNM com Pirads 2, realizar seguimento clínico; • Se RNM com Pirads 3 ou maior, solicitar biópsia de próstata guiada por USG.
Com PSA total > 4,0ng/ml e toque retal normal	Repetir PSA total com um mês de intervalo	
	Se PSA total < 4,0ng/ml	Realizar seguimento clínico
	Se PSA total > 4,0ng/ml	Solicitar biópsia de próstata guiada por USG
Pacientes com qualquer valor de PSA total e toque retal suspeito	Biópsia de próstata guiada por USG	—

Fonte: Protocolo de Regulação de Urologia.

CÂNCER DE PRÓSTATA — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — UROLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata após biópsia confirmando malignidade. Inserir no SER o encaminhamento com a descrição clínica, incluindo toque retal, resultados de exames de imagem (USG e/ou RNM), dosagem de PSA e laudo histopatológico.

CÂNCER DE TESTÍCULO E PÊNIS — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de testículo ou pênis.

CÂNCER DE TESTÍCULO E PÊNIS — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL e/ou TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes que apresentem massa testicular ao exame físico.

CÂNCER DE TESTÍCULO E PÊNIS — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — UROLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Paciente com massa testicular ao exame físico e no exame de imagem (USG/TC) suspeitas para neoplasia maligna. Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição de massa testicular ao exame clínico com suspeita de neoplasia e USG de bolsa escrotal e/ou TC abdome e/ou pelve mostrando. Inserir o laudo histopatológico, apenas se houver.
2. Paciente com lesão peniana ao exame clínico com suspeita de neoplasia. Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição de lesão peniana suspeita de neoplasia ao exame clínico. Inserir laudo histopatológico, apenas se houver.

CÂNCER DE BEXIGA E RIM — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de bexiga e rim.

CÂNCER DE BEXIGA E RIM — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO e/ou TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes que apresentem sintomas que levem à suspeita de câncer, a exemplo de hematúria, dor pélvica e abdominal, massa abdominal e outros.

CÂNCER DE BEXIGA E RIM — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — UROLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com exame de imagem (tomografia ou USG) suspeitas para câncer de rim ou bexiga;
2. Pacientes com diagnóstico concluído após cistoscopia ou biópsia.

Observação: Em ambos os casos, inserir encaminhamento médico com descrição clínica do caso, resultados de exames e do laudo histopatológico, este último apenas se houver.

CÂNCER DE BRÔNQUIOS E PULMÃO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de brônquios e pulmão.

CÂNCER DE BRÔNQUIOS E PULMÃO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** BRONCOSCOPIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com sintomas, incluindo tosse persistente, escarro com sangue, emagrecimento, rouquidão, principalmente se fumantes, e lesão suspeita no exame de imagem em pulmões, traqueia ou brônquios visíveis à broncoscopia. **Os demais tumores não visíveis à broncoscopia deverão ser encaminhados ao SER, sem necessidade de biópsia.**

LESÃO SUSPEITA

Nódulos maiores de três centímetros de diâmetro, com superfície irregular, baixa calcificação e história evolutiva de crescimento são suspeitos. É importante ressaltar que nenhuma característica isoladamente pode predizer o risco de um nódulo ser câncer.

BIÓPSIA GUIADA POR RADIOINTERVENÇÃO

Não há oferta via SISREG do exame, sendo realizada após admissão em unidade UNACON/CACON com agendamento no SER em "Consulta de Primeira Vez em Oncologia — Tórax".

CÂNCER DE BRÔNQUIOS E PULMÃO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — CIRURGIA TORÁCICA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Indicação médica de forte suspeita clínica, devendo informar que o tumor é o sítio primário e o resultado da tomografia computadorizada do tórax e abdome superior. Anexar o laudo histopatológico, apenas se houver.

PACIENTES COM SUSPEITA DE METÁSTASE EM PULMÃO

O pulmão é um importante sítio de metástase decorrente de tumores de outras regiões do organismo, como os cânceres de útero, próstata, cólon, mama, rim, cabeça e pescoço, tireoide, entre outros. Assim, é de suma importância realizar a investigação diagnóstica para se encontrar o sítio primário do tumor, a partir da história da doença, exame físico, suspeita clínica e exames complementares, de acordo com a hipótese diagnóstica, seguindo as orientações descritas neste documento para os vários tipos de câncer. O principal objetivo é identificar o sítio primário e oferecer a terapêutica mais adequada ao paciente. Para mais informações, consultar o Anexo 3.

CÂNCER DE CÓLON E RETO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há..

Indicações clínicas:

1. Não ha indicação do rastreio do câncer colorretal no âmbito do SUS. Os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente por meio de dois exames principais: (1) Pesquisa de sangue oculto nas fezes; e (2) Endoscopias (colonoscopia ou retossigmoidoscopia). Esses exames devem ser realizados em pessoas com sinais e sintomas sugestivos de câncer, visando ao diagnóstico precoce ou como rastreamento, nas pessoas sem sinais e sintomas, mas pertencentes a grupos de médio risco (pessoas com 50 anos ou mais) e alto risco (indivíduos com história pessoal ou familiar de câncer de intestino, de doenças inflamatórias do intestino ou síndromes genéticas, como a de Lynch). Estes grupos demandam uma abordagem personalizada, com uma conduta que deve levar em consideração as variáveis de facilidade de acesso, risco inerente ao exame e facilidade de execução (INCA,2021).

Sinais e sintomas de câncer colorretal:

Sangramento intestinal sem causa aparente, anemia ferropriva sem causa aparente, alteração do hábito intestinal (diarreia/constipação) persistentes, dor abdominal e/ou retal, tenesmo e emagrecimento.

A OMS preconiza o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes para pessoas com 50 anos ou mais nos países com condições de garantir a confirmação diagnóstica, a referência e o tratamento. Recomenda-se realizar sangue oculto nas fezes a cada dois anos, como rastreio em primeira etapa. Somente se positivo prosseguir com colonoscopia ou retossigmoidoscopia. O rastreio entre 76 e 85 anos deve ser considerado levando em conta os riscos inerentes à realização do exame, rastreios realizados anteriormente, condição de saúde, expectativa de vida e preferência do usuário. Entretanto, a recomendação no Sistema Único de Saúde brasileiro é que sejam priorizadas as ações de diagnóstico precoce (com a divulgação dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos e tratamento adequado), além de abordagem personalizada para o grupo de alto risco.

CÂNCER DE CÓLON E RETO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** COLONOSCOPIA.

Indicações clínicas:

1. Forte suspeita clínica (sangramento persistente nas fezes, emagrecimento, anemia, mudança de hábito intestinal, dor e/ou massa abdominal);
2. Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva, caso tenha realizado;
3. Resultado de exame de imagem abdominal fortemente suspeito.

CÂNCER DE CÓLON E RETO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — COLOPROCTOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer de cólon ou reto após biópsia confirmar a doença. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso, laudo histopatológico e resultado do exame de colonoscopia e/ou tomografia computadorizada de abdome total e pelve com contraste e/ou RNM de pelve.

CÂNCER DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de esôfago, estômago e duodeno.

CÂNCER DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com sintomas suspeitos, incluindo sangramento gastrointestinal alto crônico, perda de peso involuntária e progressiva, disfagia persistente, anemia por deficiência de ferro, dor e/ou massa epigástrica;

2. Exames de imagem (USG ou TC) suspeitos.

CÂNCER DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — CIRURGIA GERAL (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago, estômago ou duodeno após biópsia confirmar a doença. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso, resultado do exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e/ou tomografia computadorizada de abdome e tórax com lesão suspeita e o laudo histopatológico.

CÂNCER DE FÍGADO E PÂNCREAS — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de fígados e pâncreas.

CÂNCER DE FÍGADO E PÂNCREAS — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com imagem na TC ou USG suspeita de neoplasia maligna primária de fígado ou pâncreas, desde que não sejam características de implante secundários, deverão ser encaminhados ao SER, sem necessidade de exame confirmatório.

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA OU CPRE

Nos casos de suspeita de doença maligna nos exames de imagem, não há necessidade de realização prévia via SISREG ou internação eletiva, sendo o diagnóstico pelo exame realizado pela unidade UNACON/CACON.

PACIENTES COM SUSPEITA DE METÁSTASE EM FÍGADO

O fígado é um importante sítio de metástase decorrente de tumores de outras regiões do organismo, como os cânceres de mama, pâncreas, rim, esôfago, pulmão, ovário, colo de útero, pâncreas e estômago. Assim, é de suma importância realizar a investigação diagnóstica para se encontrar o sítio primário do tumor, a partir da história da doença, exame físico, suspeita clínica e exames complementares, de acordo com a hipótese diagnóstica, seguindo as orientações descritas neste documento para os vários tipos de câncer. O principal objetivo é identificar o sítio primário e oferecer a terapêutica mais adequada ao paciente. Para mais informações, consultar o Anexo 3.

CÂNCER DE FÍGADO E PÂNCREAS — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — CIRURGIA HEPATOBILIAR (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita câncer primário de fígado ou pâncreas. Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica de tumor primário, resultado de exame de TC abdome e/ou RNM abdome, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e marcadores tumorais (se possível).

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO — RASTREAMENTO

Neste grupo estão incluídos os tumores de fossas nasais e seios paranasais, glândulas salivares, região cervical (exceto tireoide), lábio, cavidade oral, faringe, laringe, órbita, pavilhão auricular e tecido cutâneo de revestimento da cabeça e do pescoço.

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de cabeça e pescoço.

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** BIÓPSIA DE GÂNGLIO LINFÁTICO.

Indicações clínicas:

1. Linfonodomegalia com sinais de suspeição de malignidade, o que inclui as seguintes caraterísticas: aderência aos planos profundos, indolor, de rápido crescimento, com nódulos múltiplos fusionados e associados a sintomas sistêmicos, como perda de peso involuntária e anemia crônica;
2. Linfonodomegalia maior de dois centímetros de diâmetro com evolução superior a quatro semanas e sem diagnóstico definitivo pela APS;
3. Todo caso de linfadenomegalia supraclavicular.

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA — CIRÚRGICA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com tumor nasal apresentando sintomas como obstrução nasal unilateral persistente, associação com epistaxe ou secreção nasal purulenta;
2. Pacientes com tumor nasal com suspeita de malignidade para biópsia.

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ESTOMATOLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Lesões de lábio e cavidade oral cujo diagnóstico clínico não exclui possibilidade de câncer;
2. Lesões de lábio e cavidade oral que não cicatrizam em até 15 dias.

ATENÇÃO!

Em pacientes com massas cervicais, a presença de rouquidão, estridor, disfagia, odinofagia e epistaxe sugerem malignidade, bem como sintomas sistêmicos, como febre, calafrios, sudorese noturna e perda não intencional de peso. Nestes casos, solicitar exame de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética), e se imagem suspeita, encaminhar o paciente, via SER, para "Consulta em Ambulatório 1ª vez — Cirurgia de Cabeça e Pescoço — Exceto Tireoide".

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO — EXCETO TIREOIDE (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. **Pacientes com câncer em fossa nasal e seios paranasais:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes (anatomopatológico e exame de imagem — TC e/ou RNM de crânio e face).
2. **Pacientes com câncer em glândulas salivares:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes (anatomopatológico e exame de imagem — USG ou TC com contraste das glândulas salivares).
3. **Pacientes com massa cervical:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico e exame de imagem (TC de pescoço e tórax e face), evidenciando sítio primário em região de via aérea superior (nasofaringe, traqueia, laringe).
4. **Pacientes com câncer em lábio:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultado do exame anatomopatológico confirmando o sítio primário.
5. **Pacientes com câncer em órbita:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes (anatomopatológico ou exame de imagem — TC e/ou RNM crânio e face).
6. **Pacientes com câncer em pele:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultado do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário.

7. **Pacientes com câncer em orelha:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultado do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário.
8. **Pacientes com câncer em cavidade oral:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultado do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário.
9. **Pacientes com câncer em faringe ou laringe:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes, com indicativo do sítio primário em nasofaringe, traqueia, laringe (anatomopatológico e/ou exame de imagem — TC de pescoço e tórax e face ou laringoscopia). Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e marcadores tumorais (se possível).

CÂNCER DE TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de tecido ósseo e conectivo.

CÂNCER DE TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com imagem na tomografia, radiografia ou ressonância nuclear magnética suspeita de neoplasia maligna primária de osso ou tecido conectivo, desde que não sejam características de implantes secundários, deverão ser encaminhados ao SER, sem necessidade de exame confirmatório.

CÂNCER DE TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — TUMORES DO TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO (ADULTO).

Indicações clínicas:

1. **Câncer ósseo:** Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
2. **Sarcoma de pernas e braços:** Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
3. **Tumores malignos de partes moles:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
4. **Melanoma > 2cm:** Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e laudo histopatológico.

CÂNCER DE TIREOIDE — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio do câncer de tireoide.

CÂNCER DE TIREOIDE — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** BIÓPSIA DE TIREOIDE GUIADA POR USG.

Indicações clínicas:

1. Nódulos tireoidianos maiores que 1cm se hipoecoicos ou 1,5cm se isoecoicos ou hiperecoicos; ou
2. Nódulos menores que 1cm com risco elevado para câncer de tireoide; ou
3. USG demonstrando suspeita para malignidade (sólido, hipoecogenicidade, margens irregulares, microcalcificações, halo periférico ausente ou descontínuo, doppler demonstrando fluxo predominante ou exclusivamente central, diâmetro anteroposterior maior que o anterior); ou
4. Na presença de adenomegalia cervical associada na USG ou exame físico.

Quadro 5. Características ecográficas do nódulo de tireoide que sugerem câncer de tireoide.

PADRÃO ECOGRÁFICO QUE SUGERE MALIGNIDADE	CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS	RISCO DE MALIGNIDADE
Alta suspeita	Nódulo sólido hipoecoico ou nódulo misto com componente sólido hipoecoico e uma ou mais das seguintes características: margens irregulares, microcalcificações, formato mais alto do que largo, evidência de comprometimento intratireoidiano.	> 70% – 90%
Suspeita intermediária	Nódulo sólido hipoecoico com margens regulares e sem evidência das seguintes características: microcalcificações, comprometimento intratireoidiano e formato mais alto do que largo.	10% – 20%
Baixa suspeita	Nódulo sólido isoecoico ou hiperecoico e sem evidência das seguintes características: microcalcificações, comprometimento extratireoidiano e formato mais alto do que largo.	5% – 10%
Muito baixa suspeita	Nódulo espongiforme, nódulo parcialmente cístico ou sem características suspeitas.	< 3%
Benigno	Nódulos puramente císticos.	< 1%

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Nódulos de tireoide com indicação para PAAF:

- **Nódulo sólido:** hipoecoico ≥ 1cm; ou isoecoico ou hiperecoico ≥ 1,5cm; ou
- **Nódulo sólido-cístico:** ≥ 1,0cm, com componente sólido hipoecoico e uma das seguintes características: microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou ≥ 1,5cm, independentemente de suas características; ou
- **Nódulo espongiforme:** ≥ 2cm; ou
- **Nódulo < 1cm:** em paciente de alto risco de malignidade; ou com características ecográficas suspeitas e com linfonodo cervical aumentado.

PACIENTES DE ALTO RISCO DE MALIGNIDADE

Pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC ou mutação em genes associados ao câncer medular familiar.

CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DE MAIOR RISCO DE MALIGNIDADE

Nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares e mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia.

ATENÇÃO!

Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo alterado.

CÂNCER DE TIREOIDE — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — NEOPLASIAS DA TIREOIDE (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de câncer confirmado na biópsia. Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o resultado do exame anatomopatológico ou citopatológico (PAAF), confirmando o sítio primário.

TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio dos tumores do sistema nervoso central.

TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com imagem na tomografia ou ressonância nuclear magnética, suspeita de tumores primários do sistema nervoso central deverão ser encaminhados ao SER, sem necessidade de exame confirmatório.

TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ EM NEUROCIRURGIA (ONCOLOGIA ou AMBULATÓRIO 1ª VEZ EM NEUROCIRURGIA — TUMORES DA SELA TÚRCICA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita de tumores do sistema nervoso central nos exames de imagem. Inserir no SER o encaminhamento médico indicando presença de nódulo ou massa em Sistema Nervoso Central (SNC) diagnosticado por tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética de crânio.

PACIENTES COM SUSPEITA DE METÁSTASE EM SNC

O SNC é um importante sítio de metástase decorrente de tumores de outras regiões do organismo, como: câncer de pulmão, mama, melanoma, carcinoma de células renais e câncer colorretal e próstata. Assim, é de suma importância realizar a investigação diagnóstica para se encontrar o sítio primário do tumor, a partir da história da doença, exame físico, suspeita clínica e exames complementares, de acordo com a hipótese diagnóstica, seguindo as orientações descritas neste documento para os vários tipos de cânceres. O principal objetivo de identificar o sítio primário e oferecer a terapêutica mais adequada ao paciente. Para mais informações, consultar o Anexo 3.

CÂNCER HEMATOLÓGICO NO ADULTO — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Não há indicação do rastreio dos cânceres hematológicos.

CÂNCER HEMATOLÓGICO NO ADULTO — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita de câncer hematológico nos exames iniciais deverão ser encaminhados no SER. Não devem ser encaminhados pacientes com adenomegalias reacionais a viroses agudas, atipias linfocitárias em presença de viroses agudas, trombocitose em hemograma único e pacientes com adenomegalias suspeitas sem biópsia.

CÂNCER HEMATOLÓGICO NO ADULTO — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — HEMATOLOGIA (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Dor óssea com eletroforese de proteínas séricas, evidenciando Gamopatia Monoclonal (casos de Mieloma múltiplo).
2. Bicitopenia após afastar todas as causas clínicas (hipotireoidismo, doenças hepáticas, uso de medicamentos, esplenomegalia com doença hepática).
3. Citopenias + manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes).
    - Citopenias + linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou
    - Presença de blastos/promielócitos no sangue periférico; ou
    - Paciente com febre +neutropenia (< 1.500/µL); ou
    - Bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves: Hemoglobina < 7g/dl; e/ou Neutrófilos < 500 cels/µL; e/ou Plaquetas < 50 mil cels/mm^3.
4. Trombocitose:
    - Isolada > 600.000/mm^3 em três exames com intervalo < 1m; ou
    - Acompanhada de leucocitose e aumento do hematócrito; ou
    - Associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de urgência/emergência); ou
    - Associada à leucocitose ou policitemia.

Observação: Excluir trombocitose persistente após exclusão de causas secundá-

rias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente).

5. Trombocitose:

- Isolada > 600.000/mm^3 em três exames com intervalo < 1m; ou
- Acompanhada de leucocitose e aumento do hematócrito; ou
- Associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de urgência/emergência); ou
- Associada à leucocitose ou policitemia.

Observação: Excluir trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente).

6. Leucocitose com desvio à esquerda em ausência de infecção:

- Leucocitose + manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou
- Presença de blastos e promielócitos no sangue periférico; ou
- Leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo em pessoas com hiperleucocitose) ou leucócitos > 100 mil cels/mm^3.

7. Policitemia:

- Suspeita de Policitemia vera (hb > 16,0g/dl em mulheres e >16,5g/dl em homens), em pessoas com sintomas sugestivos: prurido após o banho, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia; ou
- Policitemia persistente (hb > 16,0g/dl em mulheres e > 16,5g/dl em homens) após repetição do hemograma em um mês e exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal).

IMPORTANTE!

Pacientes com suspeita de leucemia aguda não são regulados ambulatorialmente. O paciente deve estar internado e inserido no SER para transferência hospitalar.

CÂNCER DE PELE — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. É indicado o exame físico corporal total para diagnóstico precoce. Os profissionais devem estar alertas para lesões de pele com características malignas durante exames físicos para outros fins.

CÂNCER DE PELE — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM DERMATOLOGIA — BIÓPSIA DE PELE.

Indicações clínicas:

1. Lesões suspeitas de carcinoma basocelular (CBC) — lesão localizadas mais frequentemente em áreas fotoexpostas de pessoas de pele clara. Suspeitar em indivíduos que apresentem pequenas feridas que não cicatrizam ou que apresentem sangramento.
    - **CBC Nodular:** É o tipo mais comum, apresenta-se como pápula, nódulo ou placa eritematosa/cor da pele, localizado com maior frequência na cabeça ou pescoço, geralmente tem bordas bem delimitadas, com um brilho perolado, e que podem ser mais elevadas na sua periferia em relação ao centro da lesão. Pode ou não ser ulcerada.
    - **CBC superficial:** É o segundo tipo mais comum, mais encontrado no tronco e membros — mácula ou placa fina eritematosa, podendo ter escamas finas. Pode apresentar atrofia no centro e periferia mais elevada, com pequenas pápulas brilhantes.
    - **CBC infiltrativo ou esclerodermiforme:** Apresenta-se como placa branca, mal delimitada, podendo ter atrofia e aspecto cicatricial, com telangiectasias sobre a lesão. Geralmente ocorre em pacientes idosos, na cabeça e no pescoço.
    - **Fibroepitelioma de Pinkus:** Tipo raro que pode apresentar-se como placa amolecida eritematosa ou pápula pedunculada, principalmente em tronco inferior.
    - **Outros tipos:** CBC basoescamoso, mas a sua classificação é mais histopatológica do que clínica. O CBC pigmentado pode ocorrer tanto em variantes nodulares como superficiais, e mais raramente nos infiltrativos. Algumas síndromes podem apresentar múltiplos CBCs, como a síndrome de Gorlin, xeroderma pigmentoso e síndrome de Muir-Torre.

2. Lesões suspeitas de Carcinoma Espinocelular (CEC) — lesão de crescimento contínuo (mais rápido que o CBC) que se instala em pele sã e/ou, preferencialmente, em pele já comprometida (destacamos ceratoses actínicas, radiodermites, algumas genodermatoses, úlceras crônicas, doenças cutâneas como o lúpus cutâneo crônico, cicatrizes antigas, sobretudo de queimaduras, e úlcera de Marjolin). Podem se apresentar como pápula, placa, nódulo endurecido, lesão ulcerovegetante, vegetações verrucosas (secas) ou condilomatosas (úmidas) e infiltrações. As localizações mais comuns são as áreas expostas ao sol, sobretudo face e dorso das mãos. Podem surgir também em áreas não expostas ao sol, como a mucosa da boca, genital, anal e sob as unhas da mãos e pés.

3. Lesões suspeitas de melanoma — o melanoma pode surgir a partir de lesão preexistente (nevos) ou em pele sã. Extrema atenção deve ser dada à detecção de alterações em tamanho, forma ou cor em nevos. Estas alterações podem ser sinais precoces de desenvolvimento do melanoma, que pode ser reconhecido e diagnosticado usando a regra do ABCDE.

   - **(A) Assimetria:** Ao dividirmos a lesão ao meio, e compararmos as duas metades, observaremos que no melanoma as partes são assimétricas. As lesões benignas geralmente são arredondadas — simétricas.
   - **(B) Bordas:** As lesões do melanoma apresentam bordas irregulares, enquanto as lesões benignas apresentam bordas regulares e com limites bem definidos.
   - **(C) Cor:** O melanoma frequentemente apresenta várias tonalidades de cor marrom, cinza, azul ou preto. As lesões benignas geralmente apresentam uma coloração uniforme.
   - **(D) Diâmetro:** Os melanomas têm, geralmente, mais de 6mm de diâmetro — aproximadamente o diâmetro de um lápis. As lesões benignas são menores que 6mm.
   - **(E) Evolução:** Uma lesão que muda de aspecto ou chama a atenção merece cuidado especial.

Tipos de melanoma:

- **Melanoma superficial:** Mácula ou máculo-pápula elevada e multicolorida;
- **Melanoma acral lentiginoso:** É o tipo mais encontrado em pessoas da raça negra e com idade acima dos 50 anos. Envolve a palma, a planta e o leito ungueal. Mancha pigmentada inicial que pode evoluir com nódulo ou ulceração;
- **Melanoma tipo lentigo maligno:** Mancha com coloração irregular, do marrom ao preto, geralmente em áreas da pele expostas ao sol, na maioria dos casos, na face de pessoas com idade avançada;
- **Melanoma nodular:** Nódulo ou placa elevada.

ATENÇÃO!

O encaminhamento deve conter o seguinte conteúdo descritivo: tempo de evolução, localização, tamanho em milímetros ou centímetros, características da lesão e se há ulceração; caso possua exames complementares, descrever os resultados (se biópsia, informar se foi incisional ou excisional e margens cirúrgicas) e hipóteses diagnósticas, além de classificação de risco compatível com o quadro descrito. Em caso de dúvidas relacionadas à natureza da lesão e hipóteses diagnósticas, encaminhar para "Consulta em Dermatologia" no SISREG.

CÂNCER DE PELE — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — NEOPLASIAS DA PELE (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Diagnóstico confirmado de câncer de pele não localizado em cabeça e pescoço. Inserir no SER o encaminhamento médico indicando a forte suspeita clínica e resultado do exame histopatológico confirmando o sítio primário.

► **Nomenclatura do SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO — EXCETO TIREOIDE (ONCOLOGIA).

Indicações clínicas:

1. Diagnóstico confirmado de câncer de pele localizado em cabeça e pescoço. Inserir no SER o encaminhamento médico indicando a forte suspeita clínica e resultado do exame histopatológico, confirmando o sítio primário.

CÂNCER INFANTOJUVENIL — RASTREAMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. No câncer infantojuvenil as medidas de rastreamento não são efetivas, sua detecção precoce está baseada no diagnóstico precoce, na identificação dos sinais e sintomas suspeitos da doença na fase inicial, o que pode influenciar positivamente o seu prognóstico e reduzir sua morbimortalidade.

CÂNCER INFANTOJUVENIL — DIAGNÓSTICO

► **Nomenclatura no SISREG:** Não há.

Indicações clínicas:

1. Todas as crianças com suspeita de câncer devem ser encaminhadas precocemente, sem precisar de confirmação diagnóstica. Saiba mais sobre quando suspeitar, quais exames inicias solicitar e como encaminhar ao SER no Anexo 1.

O câncer na criança e adolescente é um evento raro. A maior parte dos sinais e sintomas que caracterizam sua apresentação clínica também podem ser encontrados em outras doenças frequentes e benignas em pediatria, por isso seu diagnóstico precoce torna-se um desafio multiprofissional, em que é importante lembrar sempre que "só faz diagnóstico de câncer quem pensa nele".

Sinais e sintomas inespecíficos persistentes são suspeitos e demandam avaliação médica. Os primeiros passos para esta avaliação devem incluir a obtenção da história clínica e a realização de um exame físico detalhado. A possibilidade de malignidade na infância deve ser considerada pelo médico, uma vez que o câncer infantojuvenil é uma doença potencialmente fatal, mas que tem altas chances de cura quando diagnosticado precocemente e iniciado o tratamento adequado em tempo oportuno.

As linfonodomegalias são, atualmente, as principais causas de suspeita de câncer infantojuvenil pela APS, e por este motivo, são as que mais ocupam as vagas disponibilizadas no SER. Na maior parte das vezes, representam uma resposta adaptativa normal ao estímulo imunológico ou infeccioso, no entanto, também podem significar uma doença inflamatória ou neoplásica. Dessa forma, o desafio para a Estratégia Saúde da Família (ESF) na avaliação diagnóstica é diferenciar, de forma eficiente, os poucos casos de doenças graves, dos muitos de doenças leves e autolimitadas. Saiba mais no Anexo 2.

IMPORTANTE!

Para garantir o correto encaminhamento e celeridade na investigação diagnóstica, todos os casos suspeitos devem ser discutidos com a Linha de Cuidado de Saúde da Criança da Coordenação de Área Programática (CAP). A Gerência do Câncer, por sua vez, também deve ser comunicada pela CAP, para acompanhar o caso e apoiar todo o processo. Caso a criança seja inserida no Sistema Estadual de Regulação (SER), a equipe deve acompanhar diariamente o sistema, para responder possíveis pendências.

CÂNCER INFANTOJUVENIL — TRATAMENTO

► **Nomenclatura no SER:** AMBULATÓRIO 1ª VEZ — TRIAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA ou AMBULATÓRIO 1ª VEZ — HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA (ONCOLOGIA) ou AMBULATÓRIO 1ª VEZ — TUMORES DO TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO (INFANTIL).

Indicações clínicas:

1. Todas as crianças que cumpram os critérios de suspeição para câncer disponíveis no Anexo 1.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes adultos sem diagnóstico confirmado ou suspeita de câncer.

COMO SOLICITAR ONCOLOGIA NO SISREG E NO SER

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Sintomas e sinais clínicos apresentados;

- Comorbidades e doenças prévias;
- Dados do exame físico;
- História familiar de câncer, qual e com que idade;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído do câncer;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões;
- Exames realizados e seus resultados, com data, incluindo laudo histopatológico e imuno-histoquímica;
- Exames solicitados e que aguardam realização.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

- Pacientes com diagnóstico ou suspeita de câncer, ainda não matriculados em unidades especializadas no tratamento do câncer, que apresentem instabilidade clínica, dor intratável ou sintomas intensos, sem possibilidade de controle com tratamento ambulatorial pela APS.

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

VERMELHO ➡ Todos os pacientes com suspeita de câncer devem realizar investigação diagnóstica de forma prioritária, e, por isso, devem ter suas solicitações de exames complementares inseridas em VERMELHO no SISREG. Todos os pacientes com diagnóstico de câncer devem ser inseridos no SER para tratamento oncológico.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

No site **smsrio.org**, você pode consultar o "Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado" e os critérios de acesso aos prestadores.

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Childhood cancer. What Are the Differences Between Cancers in Adults and Children**. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Instituto Ronald McDonald. **O Diagnóstico Precoce do Câncer Infantojuvenil e a Atenção Básica, 3ª edição** — revista e ampliada, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Primária, n. 29 — Rastreamento** — Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. — (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1729-8.1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Atenção primária. I. Título. II. Série.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temáticas. **Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico [recurso eletrônico]** — Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. — Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Grupo Brasileiro de Melanoma. **Cartilha de Tratamento CEC de Pele**. Edição 2023.

Grupo Brasileiro de Melanoma. **Cartilha sobre Carcinoma Basocelular do GBM**. Versão 6. 2023.

GWYN K, THERIAULT R. Breast Cancer during pregnancy. **Oncol** 2001; 15:3946.

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

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil** — Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil** — Rio de Janeiro : INCA, 2022a.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama** — Rio de Janeiro : INCA, 2022b.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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.

MCCLAIN, KENETH L. Peripheral lymphadenopathy in children: Evaluation and diagnostic approach. **UpToDate**, 2022.

REUNI. Manual do Solicitante. Sistema Estadual de Regulação (SER). **Protocolos de Solicitação de Exames e Consultas Ambulatoriais**. Central Unificada de Regulação — Versão no3/29.12.2022 — RJ. 2022.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral. **Protocolo de Regulação Ambulatorial — Endoscopia e Colonoscopia** / coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades).

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral. **Protocolo de Regulação Ambulatorial — Urologia** / coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades).

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Oncologia (2016-2018). **Linfonodomegalia periférica na criança e no adolescente: quando pensar em câncer**. N° 3, Julho de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Teleconsultas. **Nódulo de tireoide: versão digital 2022**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 fev. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Quais as causas e qual a investigação inicial de linfonodomegalia periférica?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 1 Set 2018 [atualizado em 22 Out 2021]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/linfonodos/. Acesso em: 7 de novembro de 2023.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCAMINHAMENTO PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO DO CÂNCER INFANTOJUVENIL DE ACORDO COM CRITÉRIOS

Tumor do Sistema Nervoso Central

Sinais e sintomas	Cefaleia aguda (< 6 meses de evolução) com alteração neurológica (vômito, náusea, convulsão sem febre, alteração de comportamento, déficit visual e/ou motor); alterações neurológicas recentes em uma criança previamente normal (alterações na marcha equilíbrio ou fala, estrabismo etc.).
Diagnósticos diferenciais	Enxaqueca; sinusite; meningite; paralisias flácidas.
Anamnese/ exame físico	Investigar o histórico clínico e realizar exame neurológico; avaliar funções, incluindo reflexos, força muscular, movimentos oculares e da boca, coordenação e agilidade.
Exames complementares	Encaminhar, com urgência, para realização de exame de imagem. Solicitar "Tomografia Computadorizada de Crânio — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, preencher com CID C71 e enviar e-mail para o NIR da CAP solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Com imagem sugestiva de tumor, inserir no SER. Se características benignas, solicitar no SER em "Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia — Neurocirurgia Infantil (Exceto Coluna)". Se características malignas, solicitar no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor Raquimedular

Sinais e sintomas	Dor, fraqueza em membros, parestesias, alteração da marcha, deformidade na coluna (escoliose progressiva) e/ou alteração esfincteriana.

Diagnósticos diferenciais	Enxaqueca; sinusite; meningite; paralisias flácidas.
Anamnese/ exame físico	Investigar o histórico clínico e realizar exame neurológico; avaliar funções, incluindo reflexos, força muscular, movimentos oculares e da boca, coordenação e agilidade.
Exames complementares	Encaminhar, com urgência, para realização de exame de imagem. Solicitar "Tomografia Computadorizada de Crânio — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, preencher com CID C71 e enviar e-mail para o NIR da CAP solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Com imagem sugestiva de tumor, inserir no SER. Se características benignas, solicitar no SER em "Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia — Neurocirurgia Infantil (Exceto Coluna)". Se características malignas, solicitar no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Retinoblastoma

Sinais e sintomas	Leucocoria ou reflexo branco na pupila sob incidência de luz (reflexo do "olho de gato").
Diagnósticos diferenciais	Catarata congênita.
Anamnese/ exame físico	Exame físico ocular e investigar histórico clínico; questionar história familiar de retinoblastoma ou outros tipos de câncer; realizar teste do reflexo vermelho ("Teste do Olhinho").
Exames complementares	Em caso de teste do reflexo vermelho alterado, inserir no SISREG em "Consulta em Oftalmologia — Reflexo Vermelho Alterado". Enviar e-mail para o NIR da CAP solicitando apoio no agendamento.
Encaminhamento	Após consulta em Oftalmologia no SISREG e havendo suspeita de neoplasia maligna, proceder inserção no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor Ósseo

Sinais e sintomas	Dor persistente em extremidade, com aumento de volume local, com ou sem sinais flogísticos e mesmo sem história de trauma.
Diagnósticos diferenciais	Osteomielite; cisto ósseo.
Anamnese/ exame físico	Avaliar sintomas e realizar exame físico minucioso, a fim de que seja possível visualizar ou palpar nódulo ou massa anormal. Investigar também por alterações em outras regiões do corpo.
Exames complementares	Realizar radiografia simples (raio-X) na Unidade de Atenção Primária. Caso a unidade não disponha do recurso, realizar radiografia em outra unidade do território com proximidade territorial, com máxima urgência. Nestes casos solicitar apoio da CAP.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª Vez — Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor de Glândula Adrenal

Sinais e sintomas	Massa abdominal palpável e/ou evidenciada em ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Os sintomas associados incluem: dor abdominal, queixas urinárias e de evacuação, vômitos, obstrução intestinal, febre, palidez e/ou dor óssea. Pesquisar a associação com criptorquidia, hipospádia, hemihipertrofia e virilização.
Diagnósticos diferenciais	Doença nutricional; cisto renal; constipação; bexigoma; fecaloma; bolo de áscaris; cisto ovariano; hepatoesplenomegalia; hemoglobinopatia; tuberculose renal; infecção do trato urinário; glomerulonefrite, puberdade precoce.
Anamnese/ exame físico	Questionar a história familiar de câncer e examinar minuciosamente o abdome, em busca de evidências de um tumor (ou massa).
Exames complementares	Solicitar "Ultrassonografia de Abdômen Total — Pediátrica" ou "Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, preencher CID C74 e enviar e-mail para o NIR da CAP solicitando apoio para agendamento.

Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Linfoma Não-Hodgkin

Sinais e sintomas	Massa abdominal palpável e/ou evidenciada em ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Os sintomas associados incluem: dor abdominal, queixas urinárias e de evacuação, vômitos, obstrução intestinal, febre, palidez e/ou dor óssea. Pesquisar a associação com criptorquidia, hipospádia, hemihipertrofia e virilização.
Diagnósticos diferenciais	Doença nutricional; cisto renal; constipação; bexigoma; fecaloma; bolo de áscaris; cisto ovariano; hepatoesplenomegalia; hemoglobinopatia; tuberculose renal; infecção do trato urinário; glomerulonefrite, puberdade precoce.
Anamnese/ exame físico	Realizar anamnese completa e exame físico, visando identificar se há linfonodos aumentados em qualquer região do organismo.
Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade; solicitar "Ultrassonografia de Abdômen Total — Pediátrica" ou "Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, e enviar e-mail para o NIR da CAP solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez - Triagem em Oncologia Pediátrica. Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar CAP do encaminhamento.

Tumor de Wilms/Neuroblastoma

Sinais e sintomas	Massa abdominal palpável e/ou evidenciada em ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Os sintomas associados incluem: dor abdominal, queixas urinárias e de evacuação, vômitos, obstrução intestinal, febre, palidez e/ou dor óssea. Pesquisar a associação com criptorquidia, hipospádia, hemihipertrofia e virilização.

Diagnósticos diferenciais	Doença nutricional; cisto renal; constipação; bexigoma; fecaloma; bolo de áscaris; cisto ovariano; hepatoesplenomegalia; hemoglobinopatia; tuberculose renal; infecção do trato urinário; glomerulonefrite, puberdade precoce.
Anamnese/ exame físico	Realizar anamnese completa e exame físico, visando identificar se há aumento volume abdominal, dor, hematúria, febre, anemia, palidez e dor óssea ou sinais de compressão medular; avaliar presença de hipertensão arterial.
Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade; Solicitar "Ultrassonografia de Abdômen Total — Pediátrica" ou "Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, e enviar e-mail para o NIR da CAP, solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor Hepático

Sinais e sintomas	Massa abdominal palpável e/ou evidenciada em ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Os sintomas associados incluem: dor abdominal, queixas urinárias e de evacuação, vômitos, obstrução intestinal, febre, palidez e/ou dor óssea. Pesquisar a associação com criptorquidia, hipospádia, hemihipertrofia e virilização.
Diagnósticos diferenciais	Doença nutricional; cisto renal; constipação; bexigoma; fecaloma; bolo de áscaris; cisto ovariano; hepatoesplenomegalia; hemoglobinopatia; tuberculose renal; infecção do trato urinário; glomerulonefrite, puberdade precoce.
Anamnese/ exame físico	Realizar anamnese completa e exame físico, visando identificar se há aumento de volume abdominal; questionar sobre quando os sintomas começaram; e avaliar se há sinais de puberdade precoce.

Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade; Solicitar "Ultrassonografia de Abdômen Total — Pediátrica" ou "Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, e enviar e-mail para o NIR da CAP, solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor de Ovário

Sinais e sintomas	Massa abdominal palpável e/ou evidenciada em ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Os sintomas associados incluem: dor abdominal, queixas urinárias e de evacuação, vômitos, obstrução intestinal, febre, palidez e/ou dor óssea. Pesquisar a associação com criptorquidia, hipospádia, hemihipertrofia e virilização.
Diagnósticos diferenciais	Doença nutricional; cisto renal; constipação; bexigoma; fecaloma; bolo de áscaris; cisto ovariano; hepatoesplenomegalia; hemoglobinopatia; tuberculose renal; infecção do trato urinário; glomerulonefrite, puberdade precoce.
Anamnese/ exame físico	Realizar anamnese completa e exame físico, visando identificar se há aumento de volume abdominal, dor e ascite; questionar sobre quando os sintomas começaram.
Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade; Solicitar "Ultrassonografia de Abdômen Total — Pediátrica" ou "Tomografia Computadorizada de Pelve ou Bacia— Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, e enviar e-mail para o NIR da CAP, solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Sarcoma de Partes Moles

Sinais e sintomas	Massa em qualquer parte do corpo (sem sinais de inflamação), com crescimento progressivo, podendo ocasionar dor, obstrução nasal, rinorreia, otorreia, proptose, dificuldade urinária e de evacuação ou sangramento vaginal.
Diagnósticos diferenciais	Celulite; abscesso; hematoma.
Anamnese/ exame físico	Avaliar o histórico pessoal e familiar; questionar sobre os sintomas e quando eles começaram; e realizar exame físico, visando identificar possíveis alterações.
Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade. Realizar radiografia simples do membro (raio-X) na unidade ou em outra no território, após contato com a CAP, ou solicitar "Ultrassonografia de Partes Moles" e/ou "Tomografia Computadorizada de Abdome Superior — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, preencher o CID C49 e enviar e-mail para a CAP, solicitando apoio no agendamento.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª Vez — Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor de Testículo

Sinais e sintomas	Massa em bolsa escrotal.
Diagnósticos diferenciais	Hidrocele; hérnia; torção de testículo.
Anamnese/ exame físico	Avaliar o histórico pessoal e familiar, questionar sobre os sintomas e quando eles começaram; e realizar exame físico, visando identificar possíveis alterações.
Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade. Solicitar "Ultrassonografia de Bolsa Escrotal — Pediátrica" no SISREG, com classificação de risco vermelho, e enviar e-mail para o NIR da CAP, solicitando apoio no agendamento.

Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Melanoma

Sinais e sintomas	Mancha de crescimento rápido, com alteração na borda ou coloração, assimétrica e com sangramento ou prurido.
Diagnósticos diferenciais	Mancha café com leite; nevos.
Anamnese/ exame físico	Questionar sintomas e data do início, se houve mudança no tamanho ou aparência e se foi dolorosa, se houve coceira ou sangramento. Durante o exame físico, observar tamanho, forma, cor e textura das áreas em questão, e se estão sangrando, escorrendo ou se há crostas. Também observar as pintas e outras manchas que podem estar relacionadas ao câncer de pele (ou outras condições da pele). Deve-se pesquisar aumento de gânglios linfáticos (pequenas coleções de células imunes, do tamanho de um feijão) sob a pele no pescoço, axila ou virilha perto da área afetada. O sinal de alerta mais importante do melanoma é uma nova mancha na pele ou uma mancha que está mudando de tamanho, forma ou cor.
Exames complementares	Não há.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Tumor de Mediastino (Linfoma, Leucemia ou Neuroblastoma)

Sinais e sintomas	Massa mediastinal com ou sem sintomas (asma, tosse, dispneia, estridor, ortopneia, edema facial ou ingurgitamento de vasos da cabeça e pescoço).
Diagnósticos diferenciais	Pneumonia; infecção; cisto; tuberculose; timo.

Anamnese/ exame físico	Avaliar o histórico médico e questionar sobre os sintomas e a data do início dos mesmos. Realizar exame físico, visando identificar possíveis alterações. Atentar se há sintomas como tosse, sibilos e dispneia, além de edema no rosto, pescoço, braços e parte superior do tórax. Questionar sobre o histórico de tontura e avaliar se há alteração da consciência.
Exames complementares	Solicitar hemograma completo, identificando a guia com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade. Solicitar com urgência, para a realização de radiografia simples na própria unidade ou outra no território, após contato com a CAP, ou solicitar "Tomografia Computadorizada de Tórax — Pediatria" no SISREG, com classificação de risco vermelho, preencher CID C38 e enviar e-mail para o NIR da CAP, solicitando apoio para agendamento.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Leucemia Aguda

Sinais e sintomas	Palidez cutâneo-mucosa; fadiga; irritabilidade; sangramentos anormais sem causa definida; febre, dor óssea ou articular generalizada; hepatoesplenomegalia; linfadenomegalia generalizada.
Diagnósticos diferenciais	Doenças infectocontagiosas (citomegalovírus, dengue, toxoplasmose, mononucleose, infecção sistêmica — sepse, tuberculose), doenças reumatológicas e sangramentos.
Anamnese/ exame físico	Realizar exame físico, procurando por gânglios linfáticos aumentados, áreas de sangramento, hematomas ou possíveis sinais de infecção. Examinar cuidadosamente olhos, boca e pele. Palpar o abdome em busca de sinais de hepatomegalia e/ou esplenomegalia.
Exames complementares	Realizar hemograma completo, com urgência, identificando a guia com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

ATENÇÃO!

Solicitar Vaga Zero se paciente com suspeita de leucemia aguda e que apresenta um dos seguintes sinais ou sintomas:

- **Sinais de sangramento ativo: petéquias, epistaxe;**
- **Plaquetopenia: contagem de plaquetas menor do que 20.000/mm^3;**
- **Leucocitose: leucócitos totais em quantidade maior que 50.000/mm^3;**
- **Anemia grave: hemoglobina menor do que 6,0 g/dL.**

Linfoma

Sinais e sintomas	Linfonodomegalia de consistência endurecida, fixa, indolor, sem sinais flogísticos, > 2,5cm, linfonodomegalias supraclaviculares ou qualquer linfonodomegalia persistente (> 1,5cm) por mais de 6 semanas, a despeito do uso de antibióticos.
Diagnósticos diferenciais	Doenças infectocontagiosas (citomegalovírus, dengue, toxoplasmose, mononucleose, infecção sistêmica — sepse, tuberculose), doenças reumatológicas e sangramentos.
Anamnese/ exame físico	Realizar exame físico, buscar gânglios linfáticos aumentados. Investigar também outras áreas de preocupação por meio da palpação do abdome, em busca de sinais de hepatomegalia e/ou esplenomegalia.
Exames complementares	Solicitar hemograma, VHS, PCR, LDH, ácido úrico, sorologia para toxoplasmose, citomegalovírus (CMV), mononucleose infecciosa (EBV) e VDRL, identificando a guia com a sigla UPC (Unidos pela Cura), para coleta e liberação dos resultados com prioridade. Realizar testes rápidos para HIV e hepatites virais (> 18 meses); carga viral HIV e hepatite C (< 18 meses); solicitar radiografia simples de tórax na própria unidade ou outra no território, após contato com a CAP.
Encaminhamento	Se suspeita de neoplasia maligna, inserir no SER em "Ambulatório 1ª vez — Triagem em Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

ANEXO 2. LINFONOMEGALIAS

A linfonodomegalia periférica em crianças geralmente é benigna e autolimitada. A urgência e a extensão da avaliação são determinadas pela aparência da criança ou adolescente, e se há características clínicas sugestivas de malignidade.

Usualmente o tamanho normal do linfonodo é menor que 1cm de diâmetro, embora haja variações nas diferentes regiões e idades, o risco de malignidade aumenta em linfonodos > 2cm de diâmetro. Aqueles que são sugestivos de malignidade são geralmente caracterizados por gânglios persistentes, maiores que 2cm, endurecidos, de crescimento lento, indolores, aderidos aos planos profundos, sem evidência de infecção na área de drenagem. Considerando que nem sempre é possível definir a causa da linfonodomegalia em uma única consulta, o seguimento clínico desses usuários é fundamental.

Durante a avaliação deve-se considerar o tamanho, as características e a localização do linfonodo, sua evolução e a presença de sinais/sintomas inflamatórios ou sistêmicos associados. Os linfonodos são considerados aumentados a depender de sua localização.

Quadro 1. Alteração de tamanho dos linfonodos considerando sua localização.

TIPO DE LINFONODOMEGALIA	TAMANHO
Linfonodos cervicais e axilares	> 1cm
Linfonodos inguinais	> 1,5cm
Linfonodos epitrocleares e poplíteos	> 0,5cm
Linfonodomegalia isolada em criança	> 1,5-2cm
Linfonodos em outras localizações	> 1cm
Linfonodos palpáveis em região supraclavicular	Devem ser considerados sempre anormais, independentemente do seu tamanho

Fonte: SBP 2019.

São sugestivos de malignidade geralmente os gânglios persistentes, aumentados, endurecidos, de crescimento lento, indolores, aderidos aos planos profundos, sem evidência de infecção na área de drenagem, associados a uma ou mais características descritas a seguir.

- Sintomas sistêmicos: febre > 1 semana, sudorese noturno, perda de peso (> 10% do peso corporal);
- Nódulos supraclaviculares;
- Adenomegalia generalizada (presente em duas ou mais regiões não contíguas);
- Nódulos fixos e indolores na ausência de outros sintomas;
- Linfonodos de > 1cm com início no período neonatal (< 1 mês de idade);
- Linfonodos > 2cm de diâmetro que aumentam de tamanho desde o início ou não responderam à antibioticoterapia;
- Ausência de sintomas infecciosos nas regiões do ouvido, nariz e garganta.

A avaliação laboratorial inicial é essencial para descartar outras condições e fazer o diagnóstico diferencial. Sendo assim, nos casos de linfonodomegalia suspeita, os profissionais devem seguir a conduta descrita a seguir.

Quadro 2. Conduta nos casos de linfonodomegalia suspeita.

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA	CONDUTA APÓS OS EXAMES
Solicitar os seguintes exames: • Hemograma, VHS, PCR, LDH, ácido úrico, sorologia para toxoplasmose, citomegalovírus (CMV), mononucleose infecciosa (EBV) e VDRL; • Testes rápidos para HIV e hepatites virais (> 18 meses); • Teste rápido hepatite B; carga viral HIV e hepatite C (<18 meses); • Radiografia de tórax; • PPD ou IGRA (se disponível).	Se exames sugestivos de malignidade: • 2 ou mais alterados: anemia, leucocitose ou leucopenia, plaquetopenia; LDH e ácido úrico aumentados; e • Sorologias negativas; e • Ausência de evidência de tuberculose. Inserir no SER como "Ambulatório 1ª Vez — Triagem Oncologia Pediátrica", com pedido médico, descrição detalhada e exames realizados. Comunicar o encaminhamento à CAP.

Fonte: Elaboração própria.

Se os exames não são sugestivos de câncer e o quadro ainda suscitar investigação diagnóstica, sugere-se inserir para "Consulta em Infectologia — Pediatria" no SISREG, descrevendo sinais e sintomas, quadro clínico e resultado dos exames.

Visando celeridade na investigação diagnóstica, faz-se necessário que os resultados dos exames laboratoriais sejam disponibilizados em até 48 horas. Por este motivo:

- Os exames solicitados, necessitam ser autorizados e carimbados pelos responsáveis técnicos ou gerentes das unidades de atenção primária;
- O material biológico deve ser enviado em dois tubos de soro e um de EDTA, em saco de bobina segregado dos demais e identificados com a sigla UPC (em alusão ao "Unidos pela Cura");
- A coleta de sangue poderá ocorrer de segunda a sexta-feira no horário de rotina, com possibilidade de acionamento da Coordenação de Área Programática (CAP) para coletas fora do horário estabelecido.

Ressalta-se que as sorologias para HIV e hepatites virais devem ser feitas com testes rápidos. Em crianças menores de 18 meses, considerando a contraindicação para realização de testes rápidos de HIV e Hepatite C, devem ser solicitados carga viral para os respectivos agravos, conforme o fluxo estabelecido pela Linha de Cuidado (IST/AIDS) da CAP com os laboratórios executores. É importante articular junto à CAP a liberação do resultado.

ATENÇÃO!

Nos casos de linfonodomegalia supraclavicular ou linfonodomegalia maior que 2,5cm em qualquer localização, inserir no SER em "Ambulatório 1a Vez — Triagem Oncologia Pediátrica". Inserir pedido médico e descrição detalhada do quadro. Não há a necessidade de exames complementares nestes casos. Comunicar NIR e RT da CAP sobre o encaminhamento.

ANEXO 3. INVESTIGAÇÃO DO SÍTIO PRIMÁRIO DESCONHECIDO

A investigação do sítio primário desconhecido deve ser guiada preferencialmente pela biópsia da metástase, cujo resultado da histopatologia e imuno-histoquímica possibilitaria orientar a provável origem primária do tumor. Entretanto, não há oferta de biópsias de tecido ósseo, sistema nervoso central, fígado, pulmão ou mediastinal por radiologia intervencionista, restando apenas a biópsia de linfonodo superficial.

Desta maneira, deve-se realizar a investigação pela clínica do paciente, de forma que a solicitação de exames complementares se dê de acordo com a provável origem do sítio primário. Não se deve realizar exames de forma indiscriminada, haja vista a necessidade de poupar o paciente de intervenções desnecessárias, bem como também para não incorrer em desperdícios de recursos públicos.

Em pacientes assintomáticos em que se descubram metástases, deve-se guiar por outros fatores, incluindo os hábitos de vida (tabagismo), história familiar (câncer de mama, próstata e colorretal), doenças prévias (hepatites crônicas, polipose intestinal etc.) e risco ocupacional (exposição à radiação).

O conteúdo a seguir visa sugerir como investigar a origem das metástases diante dos cânceres que mais comumente as ocasionam, não devendo ser interpretado como regra. Lembrar sempre de levar em consideração sinais de sintomas, hábitos de vida, doenças prévias, história pessoal, história familiar e risco ocupacional.

Metástase pulmonar

Os cânceres que mais comumente causam metástase pulmonar são: colorretal, de mama, linfoma, ovários, testículo e melanoma.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele;
- Hemograma completo;
- Função hepática e renal;
- Marcadores tumorais (CA-125);
- TSH;
- Tomografia computadorizada (TC) com contraste de tórax;
- TC com contraste de abdome superior;
- TC com contraste de pelve e bacia;

- Sangue oculto, se não houverem sintomas gastrointestinais suspeitos, ou solicitar colonoscopia e/ou endoscopia digestiva alta se houverem sintomas gastrointestinais (sangramento digestivo, constipação, diarreia e outros) ou sangue oculto positivo;
- Se sexo feminino, solicitar ultrassonografia (USG) transvaginal, mamografia ou USG de mamas.

Metástase mediastinal

Os cânceres que mais comumente causam metástase mediastinal são: de pulmão, mama, linfoma e câncer de células germinativas neuroendócrino ou extragonadal.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele
- Hemograma completo;
- Função hepática e renal;
- Marcadores tumorais (CA-125);
- TSH;
- Tomografia computadorizada (TC) com contraste de tórax;
- TC com contraste de abdome superior;
- TC com contraste de pelve e bacia;
- Se sexo feminino, solicitar ultrassonografia transvaginal; mamografia (35 anos ou mais) ou ultrassonografia de mamas (menores de 35 anos).

Metástase óssea

Os cânceres que mais comumente causam metástase ósseas são: de pulmão, próstata, mama, colorretal, fígado e rim.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele;
- Hemograma completo;
- Função hepática e renal;
- Sumário de urina ou urina tipo 1;
- TSH;

- Marcadores tumorais (Ca 125 e CA 19-9);
- Fosfatase alcalina;
- Alfafetoproteína;
- Cintilografia óssea;
- Tomografia computadorizada (TC) com contraste de tórax;
- TC com contraste de abdome superior;
- TC com contraste de pelve e bacia;
- Sangue oculto, se não houverem sintomas gastrointestinais suspeitos, ou solicitar colonoscopia se houverem sintomas gastrointestinais (sangramento digestivo, constipação, diarreia e outros) ou sangue oculto positivo;
- Se sexo feminino, solicitar mamografia (35 anos ou mais) ou ultrassonografia de mamas (menores de 35 anos);
- Se sexo masculino, realizar toque retal: caso toque retal alterado, solicitar biópsia de próstata; caso toque retal normal, solicitar PSA total; e se PSA elevado para idade, solicitar USG de próstata.

Metástase hepática

Os cânceres que mais comumente causam metástase hepática são: gastrointestinal (pâncreas, fígado, intestino grosso ou delgado ou estômago), mama, pulmão e melanoma.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele;
- Hemograma completo;
- Função hepática e renal;
- Sumário de urina ou urina tipo 1;
- TSH;
- Tomografia computadorizada (TC) com contraste de tórax;
- TC com contraste de abdome superior;
- TC com contraste de pelve e bacia;
- Sangue oculto, se não houverem sintomas gastrointestinais suspeitos, ou solicitar colonoscopia e/ou endoscopia digestiva alta se houverem sintomas gastroin-

testinais (sangramento digestivo, constipação, diarreia e outros) ou sangue oculto positivo;

- Se sexo feminino, solicitar mamografia (35 anos ou mais) ou ultrassonografia de mamas (menores de 35 anos).

Metástase cerebral

Os cânceres que mais comumente causam metástase cerebral são: de mama, pulmão e linfoma.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele
- Hemograma completo;
- Função hepática e renal;
- Sumário de urina ou urina tipo 1;
- TSH;
- Tomografia computadorizada (TC) com contraste de tórax;
- TC com contraste de abdome superior;
- TC com contraste de pelve e bacia;
- Sangue oculto, se não houverem sintomas gastrointestinais suspeitos, ou solicitar colonoscopia e/ou endoscopia digestiva alta se houverem sintomas gastrointestinais (sangramento digestivo, constipação, diarreia e outros) ou sangue oculto positivo;
- Se sexo feminino, solicitar mamografia (35 anos ou mais) ou ultrassonografia de mamas (menores de 35 anos).

Metástase em linfodono

A investigação de sítio primário desconhecido com linfonodo acometido deve se dar somente após comprovada a metástase por biópsia do mesmo, caso seja possível. Para consultar sobre a investigação de adenomegalias, consultar no Anexo 2.

Linfonodo cervical

Os cânceres que mais comumente causam metástase em linfonodo cervical são: de cavidade nasal, nasofaringe, orofaringe ou linfoma.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele;
- Hemograma completo;
- TSH;
- Tomografia com contraste de face e tomografia com contraste de pescoço;
- Videolaringoscopia.

Linfodono axilar

O câncer que mais comumente causa metástase em linfonodo axilar é o de mama.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele;
- Solicitar ultrassonografia transvaginal e mamografia e/ou ultrassonografia de mamas.

Linfonodo inguinal

Os cânceres que mais comumente causam metástase são: de vulva, próstata, períneo, endométrio e ovário.

Sugere-se complementar a investigação com:

- Ectoscopia de pele, para procura de câncer de pele;
- TC com contraste de pelve e bacia;
- Se sexo masculino, realizar toque retal: caso toque retal alterado, solicitar biópsia de próstata; caso toque retal normal, solicitar PSA total; e se PSA elevado para idade, solicitar USG de próstata;
- Se sexo feminino, coletar Papanicolau: caso Papanicolau alterado e/ou exame especular alterado, solicitar colposcopia ("Consulta em Ginecologia — Patologia Cervical"); solicitar também USG transvaginal.


Rio
PREFEITURA
SAÚDE
SUS