

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

# ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER

Protocolo de Acesso à  
Atenção Especializada

MATERIAL EM FASE DE NORMATIZAÇÃO EDITORA MS

Brasília - DF  
2022



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

# ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER

Protocolo de Acesso à  
Atenção Especializada

MATERIAL EM FASE DE NORMATIZAÇÃO EDITORA MS

Brasília, 2022



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



2022 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/ Ministério da Saúde

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

## **Tiragem: Eletrônica**

### **Edição, Distribuição e Informações**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - SAES  
Instituto Nacional de Câncer - INCA  
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET  
Coordenação-Geral de Atenção Especializada - CGAE  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º Andar  
CEP: 70.058-900, Brasília - DF  
Telefone: (61)3315-6176  
Home Page: [www.gov.com.br](http://www.gov.com.br)

Maíra Batista Botelho  
*Secretária da SAES/MS*

Ana Patrícia de Paula  
*Diretora Substituta do DAET/SAES/MS*

Ana Cristina Pinho Mendes Pereira  
*Diretora-Geral do INCA/SAES/MS*

Patrícia Peres de Souza  
*Coordenadora-Geral Substituta da CGAE/DAET/SAES/MS*

### **MATERIAL EM FASE DE NORMATIZAÇÃO EDITORA MS**

### **Equipe de Elaboração**

Arn Migowski Rocha dos Santos - *INCA/SAES/MS*  
Ester Wouk Okumura - *CGAE/DAET/SAES/MS*  
Maíra Batista Botelho - *SAES/MS*  
Maria Inez Pordeus Gadelha - *SAES/MS*

### **Diagramação e Capa**

Anna Paula Hormes - *Assessoria DAET/SAES/MS*  
Bruno de Melo Vianna - *DAET/SAES/MS*

### **Ficha Catalográfica**

Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/ Instituto Nacional de Câncer/ Departamento de Atenção Especializada e Temática/ Coordenação-Geral de Atenção Especializada. ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER - PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Interstate; 50 p.

ISBN xxxx (versão eletrônica)

1.Suspeita de Câncer, 2.Diagnóstico Precoce do Câncer, 3. Atenção Especializada no SUS, 4. Acesso Assistencial.

CDD xxxx

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I</b> . . . . .	<b>8</b>
1. DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER . . . . .	9
1.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES . . . . .	9
1.2. RASTREAMENTO DO CÂNCER . . . . .	10
1.3. DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER . . . . .	17
1.4. DETECÇÃO PRECOCE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE . . . . .	20
<b>CAPÍTULO II</b> . . . . .	<b>24</b>
2. BASES OPERACIONAIS . . . . .	25
2.1. NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE . . . . .	25
2.2. PROTOCOLOS CLÍNICOS . . . . .	26
2.3. PROTOCOLOS OPERACIONAIS . . . . .	27
2.4. REGULAÇÃO . . . . .	27
<b>CAPÍTULO III</b> . . . . .	<b>30</b>
3. ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER - PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA . . . . .	31
3.1. REFERÊNCIA AMBULATORIAL . . . . .	31
3.2. CATEGORIAS CLÍNICAS - CRITÉRIOS DE ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER . . . . .	32
3.2.1. OTORRINOLARINGOLOGIA/CABEÇA E PESCOÇO - AMBULATORIAL . . . . .	32
3.2.2. GASTROENTEROLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	34
3.2.3. PNEUMOLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	36
3.2.4. ORTOPEDIA - AMBULATORIAL . . . . .	36
3.2.5. DERMATOLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	37
3.2.6. MASTOLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	38
3.2.7. GINECOLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	38
3.2.8. UROLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	40
3.2.9. OFTALMOLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	40
3.2.10. NEUROLOGIA - AMBULATORIAL . . . . .	41
3.2.11. PEDIATRIA (PACIENTES COM ATÉ 18 ANOS) - AMBULATORIAL . . . . .	42
3.2.12. TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO - AMBULATORIAL . . . . .	42
3.2.13. URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS . . . . .	42
3.3. REFERÊNCIA HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA . . . . .	44
<b>ANEXO I</b> . . . . .	<b>46</b>
<b>FONTES CONSULTADAS</b> . . . . .	<b>47</b>

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

## FIGURAS

FIGURA 1 - ESTRATÉGIAS DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER . . . . .	9
FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE O TEMPO E A EVOLUÇÃO DO CÂNCER . . . . .	13
FIGURA 3 - VIÉS DE TEMPO DE DURAÇÃO . . . . .	14
FIGURA 4 - VIÉS DE TEMPO DE ANTECIPAÇÃO - CENÁRIO SEM RASTREAMENTO . . . . .	15
FIGURA 5 - VIÉS DE TEMPO DE ANTECIPAÇÃO - CENÁRIO COM RASTREAMENTO . . . . .	15
FIGURA 6 - ETAPAS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE . . . . .	19
FIGURA 7 - AÇÕES DE SAÚDE SEGUNDO NÍVEIS DE ATENÇÃO . . . . .	25
FIGURA 8 - FLUXO ASSISTENCIAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE . . . . .	26
FIGURA 9 - REGRA ABCDE PARA IDENTIFICAÇÃO DE MELANOMA . . . . .	37

## QUADROS

QUADRO 1 - PROPRIEDADES DOS EXAMES DIAGNÓSTICOS OU DE RASTREAMENTO . . . . .	9
QUADRO 2 - MODALIDADES DE RASTREAMENTO . . . . .	11
QUADRO 3 - CONDIÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREAMENTO . . . . .	11
QUADRO 4 - DIFERENÇAS ENTRE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE . . . . .	19
QUADRO 5 - CONDUTAS INICIAIS ANTE OS RESULTADOS CITOPATOLÓGICOS DO COLO UTERINO . . . . .	39

# LISTA DE SIGLAS

**AES** - Atenção Especializada à Saúde

**AGC** - Células glandulares atípicas de significado indeterminado

**AIS** - Adenocarcinoma in situ

**AOI** - Células atípicas de origem indefinida

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**ASC-H** - Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não sendo possível excluir lesão de alto grau

**ASC-US** - Células escamosas atípicas de significado indeterminado

**BI-RADS®** - Breast Image Reporting and Data System

**CID-10** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - décima edição

**DDT** - Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas

**FOBT** - *Fecal occult blood tests* (exame de sangue oculto nas fezes)

**g-FOBT** - *Guaiac fecal occult blood tests* (exame de sangue oculto nas fezes guaiaco)

**HSIL** - Lesão de alto grau

**INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**LSIL** - Lesão de baixo grau

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PAAF** - Punção Aspirativa Por Agulha Fina

**PCDT** - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

**PNPCC** - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

**PSA** - Antígeno prostático específico

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**RM** - Ressonância Magnética

**RX** - Raio-X

**SAES** - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TC** - Tomografia Computadorizada

**TSH** - hormônio tireoestimulante

**USG** - Ultrassonografia



# APRESENTAÇÃO

A organização de um Sistema de Saúde se dá em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), e as ações e serviços são ordenados como atenção básica (primária) e atenção especializada (de média e de alta complexidade).

O acesso da população à Rede de Atenção à Saúde (RAS), regionalizada e hierarquizada, deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam ações e serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser encaminhados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares, nos demais níveis do Sistema, a depender da necessidade e da sua complexidade.

A detecção precoce é um dos componentes previstos na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1998 e hoje regulamentada pela Portaria GM/MS nº 874/2013 (incluída na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017) e que envolve os três níveis da atenção à saúde.

Com o objetivo de ampliar a resolubilidade das equipes assistenciais, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS) apresenta o Protocolo de Acesso à Atenção Especializada em caso de alta suspeita de câncer, que serve como subsídio para qualificar a tomada de decisão por parte dos profissionais da saúde, de acordo com aspectos essenciais do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, o presente protocolo, que tem abrangência nacional, pode ser adotado na íntegra ou adaptado pelos gestores estaduais, Distrital e municipais do SUS, conforme as necessidades e particularidades regionais.

O conteúdo divide-se em três capítulos: o primeiro (basicamente encertado da publicação "Detecção precoce do câncer", editado e disponibilizado eletronicamente, em 2021, pelo Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, aborda conceitos básicos como rastreamento e diagnóstico precoce e suas premissas e implicações; e o segundo (também basicamente encertado da já referida publicação) apresenta as bases operacionais.

O terceiro Capítulo sistematiza o acesso à Atenção Especializada à Saúde (AES) em caso de alta suspeita de câncer, com as atuais recomendações para a detecção precoce dos casos mais incidentes ou mais relevantes do ponto de vista clínico, com base em evidências científicas que embasam diretrizes e protocolos nacionais.

# CAPÍTULO I

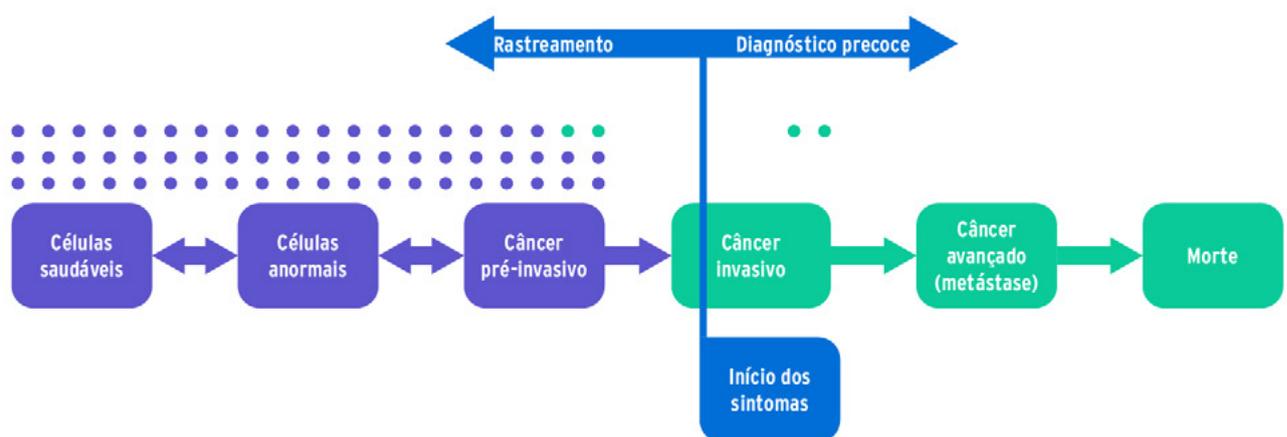
MATERIAL EM FASE DE NORMALIZAÇÃO EDITORA MS

# 1. DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

## 1.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Para o controle do câncer, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ações de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento. Entre essas ações, a detecção precoce recebe grande atenção da população e dos meios de comunicação em razão da premissa de que quanto mais cedo o câncer for identificado, maiores são as chances de cura.

A detecção precoce do câncer constitui-se de duas estratégias. A primeira refere-se ao rastreamento, que tem por objetivo identificar o câncer em fase pré-clínica ou lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo assintomática adequadamente definida. A segunda corresponde ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentem sinais e sintomas suspeitos da doença, conforme exemplificado na **Figura 1**.



**Figura 1 - Estratégias de detecção precoce do câncer**

Adaptado de World Health Organization, 2020.

Para o emprego das estratégias de detecção precoce, é importante conhecer o comportamento evolutivo do câncer, variável com as suas localização e tipo celular, e as propriedades dos exames diagnósticos, variáveis com a sua finalidade, confiabilidade e acurácia. (**Quadro 1**)

### Quadro 1 - Propriedades dos exames diagnósticos ou de rastreamento

A confiabilidade (reprodutibilidade ou precisão) refere-se à capacidade de um exame ser reprodutível, ou seja, produzir resultados consistentes quando realizado várias vezes sob as mesmas condições e em diferentes indivíduos.

A validade ou acurácia representa a proporção de acertos de um exame, ou seja, o quanto os resultados representam a verdade ou se afastam dela.

Adaptado de Brasil, 2010; Zontar *et al.*, 2017.

A validade de um exame considera dois componentes: sensibilidade e especificidade. A sensibilidade mede a probabilidade de um exame ser positivo na presença da doença e a especificidade expressa a probabilidade de ele ser negativo na ausência da doença. Um exame muito sensível raramente deixará de diagnosticar indivíduos com a doença e um teste muito específico dificilmente classificará como doente um indivíduo sadio.

Outro conceito que se aplica a exames é o de valor preditivo. Ele corresponde à probabilidade de se ter uma doença quando se consideram todos os resultados de um exame já realizado. No caso do rastreamento, o Valor Preditivo Positivo é a proporção de verdadeiros-positivos entre todos os indivíduos com rastreamento positivo, e o Valor Preditivo Negativo é a proporção de verdadeiros-negativos entre todos aqueles com rastreamento negativo.

No rastreamento, a probabilidade de se confirmar o câncer em questão é muito reduzida quando comparada a indivíduos com sinais e sintomas suspeitos da mesma doença. Assim, o Valor Preditivo Positivo de um exame usado para rastreamento está naturalmente reduzido e os resultados falsos-positivos, aumentados. Esses aspectos se agravam quanto menor for a prevalência de determinado câncer na população e estão entre as desvantagens de, por exemplo, se rastrear indivíduos em faixas etárias não recomendadas.

Conhecer as propriedades dos exames diagnósticos é especialmente relevante no que se refere ao rastreamento de câncer, pois, ao se submeter pessoas sem quaisquer sinais ou sintomas a um determinado exame, é necessário garantir que isso lhes traga mais benefícios que riscos.

Com o intuito de contrapor o consumo excessivo de exames (“imperativo do uso”), surge o conceito de **prevenção quaternária**, que se refere à prevenção de danos associados às intervenções médicas e busca proteger os indivíduos dos malefícios ocasionados por intervenções de rastreamento, diagnósticas e terapêuticas demasiadas ou desnecessárias.

Essa discussão se apoia na necessidade do uso racional dos recursos disponíveis, ao promover o emprego consciente e racional dos recursos tecnológicos e, assim, diminuir a probabilidade de adoecimento iatrogênico. Nesse contexto, os riscos associados ao excesso de rastreamento não se referem apenas ao exame de rastreamento em si, mas a toda a cascata iatrogênica de procedimentos e eventos que decorre da realização do rastreio.

Dessa forma, a definição e a aplicação de estratégias de detecção precoce do câncer devem ser baseadas em evidências científicas, de modo a diminuir os possíveis danos e maximizar os benefícios. O rastreamento e o diagnóstico precoce são componentes importantes para o controle do câncer, mas são estratégias fundamentalmente diferentes nos recursos e requisitos de infraestrutura, impacto e custo.

## 1.2. RASTREAMENTO DO CÂNCER

O rastreamento caracteriza-se pela aplicação de um determinado exame em pessoas assintomáticas, que se incluem em uma população-alvo definida, com o objetivo de detectar precocemente lesão pré-neoplásica ou neoplásica, de modo a reduzir a morbimortalidade

atribuída ao tipo de câncer que se rastreia. É uma das estratégias para o controle do câncer e figura como a fase inicial de identificação de um grupo populacional que deverá ser submetido a outros procedimentos para se obter o diagnóstico final e o respectivo tratamento, quando indicado, envolvendo possíveis benefícios e riscos.

A OMS classifica o rastreamento em dois tipos, o oportunístico e o organizado, este último também é chamado de populacional.

É possível enumerar alguns critérios, geralmente utilizados para distinguir as duas modalidades de rastreamento. (**Quadro 2**)

**Quadro 2 - Modalidades de rastreamento**

<b>Rastreamento oportunístico</b>	Os exames de rastreamento são realizados a partir de demanda própria dos indivíduos ou oferecidos por profissionais da saúde por ocasião da procura da unidade por outros motivos.
<b>Rastreamento organizado</b>	Há uma coordenação das ações. A população-alvo é monitorada e convidada para a realização do exame de rastreamento na periodicidade definida. Os fluxos de seguimento na investigação diagnóstica e tratamento são bem definidos e os indicadores do programa são monitorados periodicamente. Nessa modalidade, existe um monitoramento das informações e dos indicadores relativos ao rastreamento e ao seguimento dos indivíduos. Em geral, há programas de qualidade relativos ao exame de rastreamento ou de confirmação diagnóstica.

Adaptado de World Health Organization, 2020.

Programas de rastreamento organizado tendem a ser mais custo-efetivos, ou seja, têm maiores efeitos benéficos a um custo menor do que os programas oportunísticos, além de causarem menos danos aos indivíduos. A convocação e o monitoramento da população permitem alcançar os indivíduos que devem se submeter ao exame na idade e na periodicidade estabelecidas, reduzindo a possibilidade de repetições desnecessárias de exames e de rastreamento em indivíduos fora da população-alvo.

Algumas condições devem ser observadas antes de implementar um programa de rastreamento, conforme exemplificado no **Quadro 3**.

**Quadro 3 - Condições para implementação do rastreamento**

<b>Componente</b>	<b>Requisitos</b>
<b>Doença</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser um relevante problema de saúde pública com história natural bem conhecida e suficientemente longa;</li> <li>• Ter uma fase de detecção pré-clínica (antes do início dos sintomas); e</li> <li>• Haver tratamento disponível, eficaz e seguro para a doença precocemente detectada, o que reduz as mortes quando bem implementado.</li> </ul>

Exame	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame fácil de se utilizar, seguro, acessível e aceitável; expedição rápida dos resultados;</li> <li>• Exame altamente preciso (alta sensibilidade e alta especificidade para evitar resultados falsos-positivos);</li> <li>• Alto valor preditivo positivo, porque a prevalência da doença é suficientemente alta; e</li> <li>• Resultados reproduzíveis; interpretação do teste mais objetiva do que subjetiva.</li> </ul>
Sistema de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestrutura adequada para a oferta de serviços de rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento dos indivíduos com resultados positivos do exame de rastreamento;</li> <li>• Acessível, inclusive geograficamente;</li> <li>• Garantia do financiamento das ações de investigação diagnóstica e de tratamento; e</li> <li>• Apoio de sistemas de informação e de mecanismos de monitoramento de qualidade.</li> </ul>

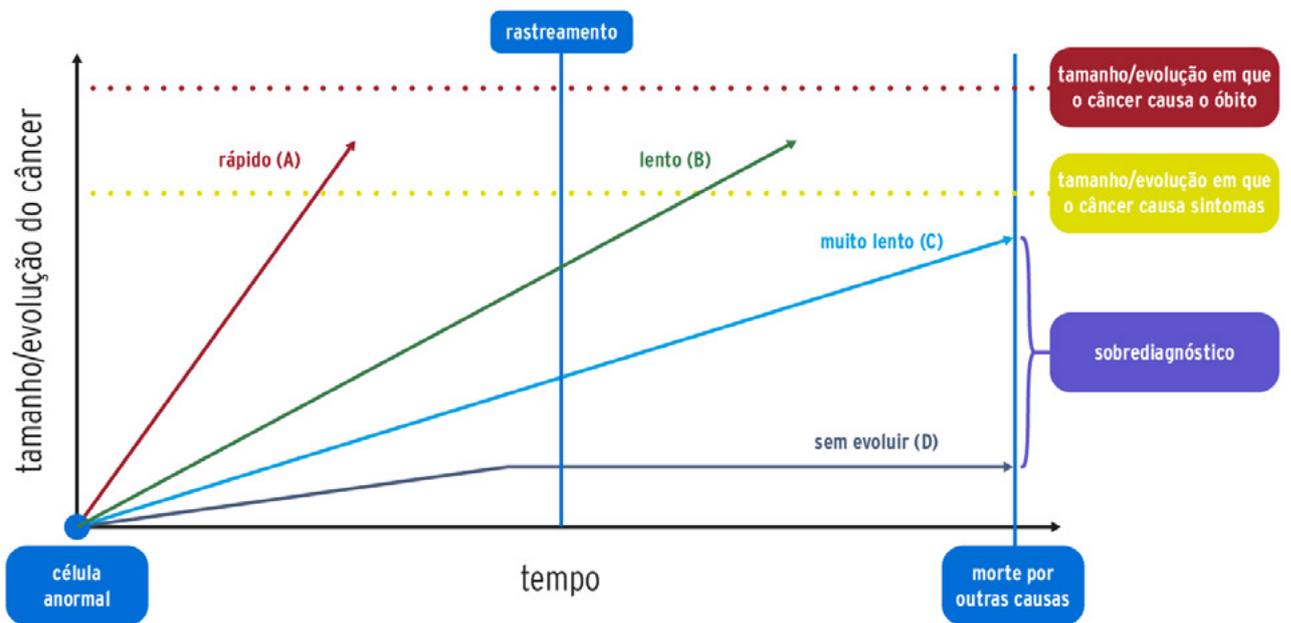
Adaptado de World Health Organization, 2020.

Além disso, para que um programa de rastreamento seja efetivo, condições relacionadas à cobertura, à qualidade dos exames e à estruturação da rede assistencial devem ser observadas:

- População-alvo definida e cobertura de proporção substancial dessa população;
- Garantia da continuidade da assistência;
- Monitoramento e garantia da qualidade dos exames e do tratamento; e
- Equipe de gestão responsável pela implementação do programa.

Entre os benefícios descritos do rastreamento, destaca-se o pressuposto de que identificar o câncer em um estágio assintomático resultará em aplicação de tratamentos menos agressivos, maior possibilidade de sucesso terapêutico e aumento da sobrevida dos pacientes. Entretanto, evidências sólidas apontam para relevantes riscos à saúde, como resultados falsos-positivos e falsos-negativos, supertratamento e sobrediagnóstico. Esses malefícios também podem levar ao aumento de custos para o indivíduo e o sistema de saúde:

- **Resultados falsos-positivos** ocorrem quando uma pessoa, ao se submeter a um exame, recebe um resultado positivo para a doença, mesmo sem tê-la, gerando a necessidade de realização de novos exames para a investigação diagnóstica, até se descartar a presença da doença. Nesse caso, além dos riscos à saúde em razão da realização de procedimentos invasivos, como punções e biópsias, que podem levar a complicações, também podem gerar ansiedade e estresse no indivíduo e família. Essa situação ocorre com mais frequência quando o exame de rastreamento possui alta sensibilidade, mas muito baixa especificidade.
- **Resultados falsos-negativos** ocorrem quando a pessoa tem a doença, mas o resultado do exame é negativo, não sendo capaz de identificá-la. Essa situação pode gerar uma falsa tranquilidade no profissional da saúde e no indivíduo e retardar o diagnóstico do câncer e seu tratamento. Geralmente ocorre quando o teste possui baixa sensibilidade.
- **Sobrediagnóstico** caracteriza-se pelo diagnóstico de um câncer que não evoluiria clinicamente e não causaria danos durante a vida. Isso pode acontecer em razão de achados histopatológicos de comportamento incerto, que podem variar de evolução, a partir de características específicas e individuais. Geralmente ocorre em tumores de crescimento lento ou muito lento, conforme ilustrado na **Figura 2**.



**Figura 2 - Relação entre o tempo e a evolução do câncer**

Adaptado de *National Cancer Institute*, 2018.

**Seta A** - Câncer de desenvolvimento muito rápido, que se manifesta clinicamente (sinais e sintomas) e evolui para o óbito do indivíduo em curto espaço de tempo, sendo mais difícil detectá-lo pelo rastreamento.

**Seta B** - Câncer de evolução lenta, passando por um período assintomático e depois para um período clínico. Nesse caso, o rastreamento pode identificar precocemente a doença e, com o tratamento oportuno, evitar o óbito por câncer.

**Setas C e D** - Cânceres de evolução tão lenta que não chegam a manifestar sintomas durante a vida do indivíduo ou que param de crescer e raramente causariam a morte. Quando esses tipos de cânceres são identificados por exames de rastreamento, constituem o chamado sobrediagnóstico. Ao se identificar e tratar esses cânceres, leva-se a outro dano do rastreamento, que é o supertratamento.

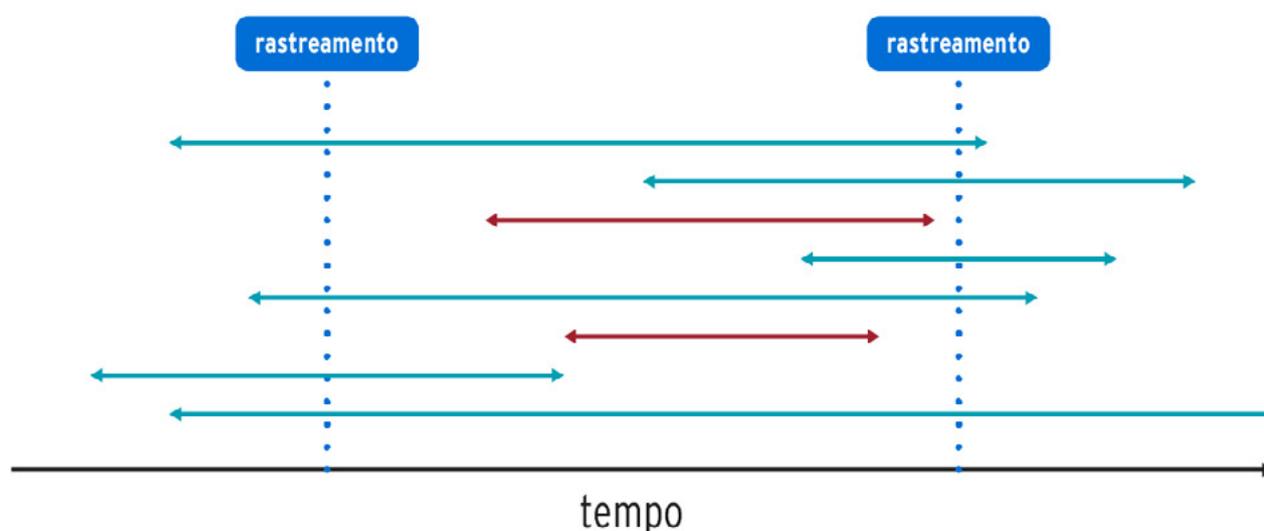
- **O supertratamento** é uma consequência do sobrediagnóstico e expõe indivíduos saudáveis - ou com uma doença que nunca iria evoluir - a riscos decorrentes do tratamento. Como o problema central do sobrediagnóstico é o desconhecimento científico sobre o prognóstico, em geral é instituído tratamento(s) oncológico(s). Em algumas situações, essa prática pode levar a danos permanentes que afetam a qualidade de vida, causam impactos psicológicos e expõem a pessoa a riscos de incapacitações físicas e práticas mutilantes, podendo-as até levar à morte.

## VIESES DOS ESTUDOS

A utilização de evidências científicas de boa qualidade deve nortear a implementação de programas de rastreamento. Nesse aspecto, a análise dessas evidências deve considerar possíveis fragilidades dos estudos que levam à supervalorização dos benefícios. Entre os mais

comuns, destacam-se o viés de tempo de duração e o viés de antecipação.

**Viés de tempo de duração:** Também chamado de **viés de duração**, refere-se à identificação de cânceres de melhor prognóstico, uma vez que o rastreamento tende mais a identificar tumores que já teriam melhor resposta ao tratamento, por terem uma evolução mais lenta (**Figura 2**). Nesse caso, ao avaliar dados do programa de rastreamento, a sobrevida (tempo entre diagnóstico e óbito) parece ter aumentado, porém, na realidade, o rastreamento apenas selecionou um subgrupo de indivíduos com tumores que naturalmente teriam melhor prognóstico (**Figura 3**).



**Figura 3 - Viés de tempo de duração**

Adaptado de International Agency for Research on Cancer, 1999.

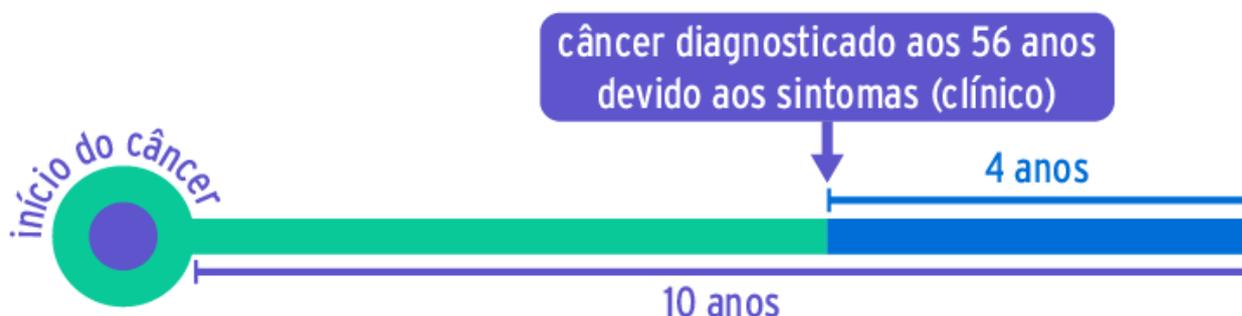
As setas laranjas da **Figura 3** representam os casos com evolução mais rápida, que não puderam ser identificados pelo rastreamento (câncer de intervalo) e as setas azuis os casos de evolução mais lenta, sendo identificados durante as etapas periódicas do rastreamento. O sobrediagnóstico, quando presente, acentua ainda mais o viés de duração.

**Viés do tempo de antecipação:** Também chamado de **viés de tempo ganho**, está relacionado ao aumento artificial da sobrevida em razão apenas da antecipação do diagnóstico. Isso ocorre porque a sobrevida é definida como o tempo transcorrido a partir do diagnóstico. Ou seja, as intervenções adotadas após a identificação da doença na fase pré-clínica, mesmo não sendo suficientes para prolongar a vida do indivíduo, aumentam apenas o tempo de convivência com o diagnóstico da doença e suas consequências físicas e psicológicas, sem, no entanto, adiar o tempo do óbito.

Para melhor entendimento, a seguir são exemplificados dois cenários, um sem o rastreamento (**Figura 4**) e o outro com o rastreamento (**Figura 5**).

## CENÁRIO SEM RASTREAMENTO

Uma mulher descobre o câncer de mama aos 56 anos, ao palpar um nódulo enquanto tomava banho. Ela morre aos 60 anos, tendo tido, assim, uma sobrevida de quatro anos.



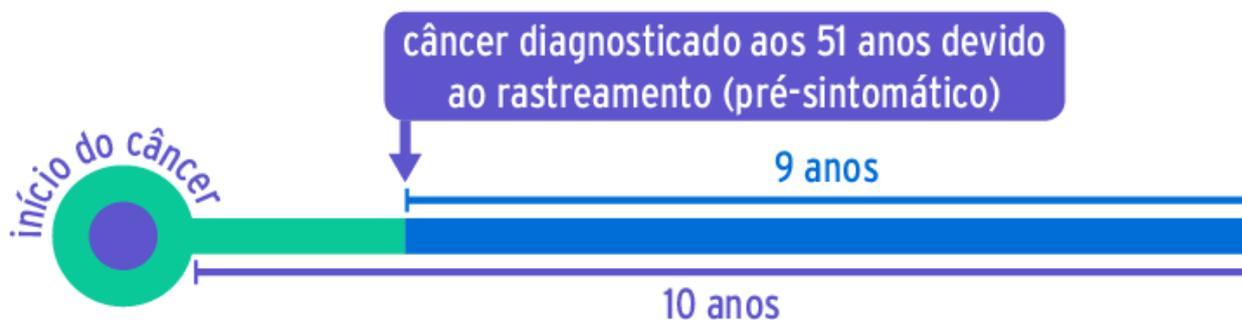
**Figura 4 - Viés de tempo de antecipação - cenário sem rastreamento**

Adaptado de Gates, 2014.

## CENÁRIO COM RASTREAMENTO

Uma mulher é diagnosticada com câncer de mama aos 51 anos, quando foi submetida ao rastreamento com mamografia. Essa mulher também morreu aos 60 anos, entretanto seu tempo de sobrevida foi de nove anos.

**Figura 5 - Viés de tempo de antecipação - cenário com rastreamento**



Adaptado de Gates, 2014.

Em ambos os casos, a doença teve o mesmo tempo de duração, sendo que, no cenário com rastreamento, a doença foi diagnosticada mais cedo. Assim, a sobrevida foi maior com o rastreamento, mas não houve alteração no tempo de evolução da doença até a morte, apenas a antecipação do diagnóstico ao se proceder ao rastreamento. Isso pode ocorrer caso a antecipação das terapias disponíveis não modifique o curso da doença.

O estágio tumoral (estadiamento) no momento do diagnóstico também não deve ser uma medida para aferir o sucesso do rastreamento, uma vez que já é esperado diagnosticar lesões pré-neoplásicas ou em estágio inicial (estadiamento 0 ou I). A redução nos estágios dos casos identificados, por si só, pode não representar real benefício, mas sim casos de sobrediagnóstico.

Portanto, resultados como o aumento da taxa de sobrevivência ou redução do estágio tumoral não medem a efetividade do rastreamento, pois são resultados esperados em qualquer programa de detecção. Estudos sobre a incidência e a mortalidade por câncer são os mais indicados para avaliar a efetividade de programas de rastreamento. A redução da incidência só pode ocorrer nos casos em que o rastreamento consegue identificar lesões pré-malignas e, assim, evitar a sua evolução para câncer, como ocorre com os do colo do útero e de cólon e reto.

Além de conhecer a efetividade e a aplicabilidade de uma determinada intervenção, é importante que o profissional da saúde, guiado pelo conhecimento científico, considere seus riscos e benefícios antes de indicá-la. Entretanto, nem sempre os métodos estatísticos e as evidências conseguem responder a todas as questões clínicas e, em muitas situações, é comum encontrar indicações que carecem de comprovação quanto ao seu potencial benefício para a saúde das pessoas. Nesse caso, em se tratando de população assintomática e havendo riscos inerentes ao rastreamento, este não deve ser indicado. A comprovação da eficácia é, portanto, um pré-requisito mínimo para a indicação de rastreamento.

Em outros casos, o balanço entre riscos e possíveis benefícios é incerto, limítrofe ou mesmo predominantemente desfavorável. Nesses casos especialmente, recomenda-se que, diante da demanda ativa por exames de rastreamento, a tomada de decisão seja compartilhada entre o profissional e o indivíduo que buscou o rastreamento. Nesse processo, além da tradução do conhecimento científico, também devem ser considerados os valores e as crenças da pessoa.

## DECISÃO COMPARTILHADA

A decisão compartilhada é definida como um processo colaborativo entre o profissional da saúde e o indivíduo, o que inclui informar, considerar preferências e valores, garantindo que estejam no plano dos cuidados assistenciais.

A decisão deve ser guiada pelo conhecimento científico e ponderada por características específicas e valores pessoais. Esse processo não se limita apenas à transmissão de informações, mas inclui também um trabalho em conjunto, considerando as evidências disponíveis e as preferências individuais, de modo a alcançar a opção mais adequada.

Para facilitar o compartilhamento de informações referentes aos riscos e benefícios de determinada intervenção e suas implicações para a saúde, recomenda-se que os profissionais utilizem ferramentas denominadas **apoios à decisão**, que são informativos destinados a facilitar a comunicação e, assim, alcançar uma decisão compartilhada.

Por definição, apoios à decisão são instrumentos capazes de auxiliar as pessoas a fazerem escolhas deliberadas a partir de opções de cuidados de saúde, uma vez que fornecem informações relevantes sobre a condição clínica e as consequências das intervenções. Baseiam-se em teorias atuais que não fornecem apenas informações, mas facilitam os processos cognitivos que as pessoas utilizam para a sua decisão.

A postura do profissional durante o atendimento é relacionada como um dos principais fatores para estimular a tomada de decisão compartilhada, sendo necessário que este esteja disposto

a compartilhar a decisão.

Além do componente ético de envolver as pessoas nas decisões sobre sua saúde, a literatura apresenta benefícios diversos, como a melhora nos resultados clínicos, maior satisfação e adesão dos usuários diante da opção escolhida, aumento do conhecimento sobre a doença e da percepção dos riscos relacionados à intervenção e a realização de escolhas com mais qualidade.

Para o rastreamento do câncer, a decisão compartilhada é uma conduta especialmente relevante. Primeiro, porque podem existir opções com diferentes resultados e substancial incerteza do real benefício líquido, que significa o benefício de uma intervenção menos os danos que ela causa. Segundo, porque muitas vezes não há uma opção mais correta, pois podem haver diferenças de acordo com variáveis individuais e porque o impacto de benefícios e danos pode ser diferente no bem-estar físico e psicológico de cada pessoa.

### 1.3. DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER

O diagnóstico precoce é uma das estratégias para a detecção do câncer, direcionada a indivíduos com sinais ou sintomas suspeitos, visando a identifica-lo no estágio mais inicial possível.

Considerando a evolução da doença, o diagnóstico precoce irá ocorrer no período clínico, ou seja, pela aplicação de um exame em indivíduos que já apresentam manifestações iniciais da doença. Como os tipos de câncer têm comportamentos e evoluções distintas, nem todos são passíveis de diagnóstico precoce, pois alguns só apresentam sinais e sintomas quando já estão em um estágio avançado.

Essa estratégia possibilita utilizar terapias mais simples e efetivas, pois contribui para o diagnóstico do câncer em estágio mais inicial, menos avançado, sendo conhecido na literatura de língua inglesa como *stage-shift* (mudança de estágio). Com o diagnóstico precoce, o câncer pode ser detectado em um estágio potencialmente curável, melhorando a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes.

O objetivo geral das ações de diagnóstico precoce é possibilitar a confirmação diagnóstica do câncer o mais breve possível. Para tanto, é necessário diminuir as barreiras do acesso assistencial e qualificar a oferta de serviços, bem como garantir a integralidade e a continuidade dos cuidados assistenciais na RAS.

### ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

Existem três etapas essenciais para o diagnóstico precoce do câncer: **conscientização e busca por assistência à saúde; avaliação clínica e diagnóstica; e acesso oportuno ao tratamento.**

## CONSCIENTIZAÇÃO E BUSCA POR ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Consiste na estratégia de conscientização do indivíduo quanto ao conhecimento e à percepção de sinais e sintomas suspeitos, incentivando-o a buscar atendimento ao identificar tais anormalidades. A população deve estar informada sobre as manifestações clínicas sugestivas dos tipos de câncer mais frequentes ou que demandam atendimentos urgentes, reconhecer a urgência desses sinais, superar possíveis medos e estigmas e conseguir acessar os serviços de saúde. Dessa forma, objetiva-se antecipar e qualificar a demanda da população pela investigação diagnóstica.

Os indivíduos também devem ser orientados sobre como e onde buscar atendimento, conhecendo a unidade de referência na APS para otimizar sua busca por cuidados assistenciais.

## AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Consiste no diagnóstico clínico feito por profissional da saúde, que procede à investigação diagnóstica e à avaliação da extensão da doença (estadiamento). Essa etapa depende de profissionais da saúde capacitados nos diferentes níveis de atenção à saúde, de modo a:

- Identificar os indivíduos que se apresentam com quadro suspeito: em geral deve ocorrer na APS, mas também, a depender da localização e tipo tumorais, nos atendimentos especializados no nível secundário do sistema de saúde.
- Solicitar exames diagnósticos para a confirmação do câncer: em geral deve ocorrer no nível secundário, mas também, a depender da localização e tipo tumorais, nos atendimentos especializados no nível terciário do sistema de saúde.
- Avaliar a extensão da doença (estadiamento), para definição do tratamento: em geral ocorre nos atendimentos especializados no nível terciário do sistema de saúde.

## ACESSO AO TRATAMENTO

Consiste em garantir ao indivíduo com câncer o tratamento adequado, com qualidade e em tempo oportuno.

Para atender aos elementos essenciais do diagnóstico precoce, é importante que os profissionais da saúde possam reconhecer os sinais de alerta dos cânceres mais comuns ou que requerem atendimento urgente; que existam fluxos e protocolos clínicos baseados em evidências científicas para orientar as ações; e que haja, na RAS, serviços de confirmação diagnóstica e tratamento, com acesso disponível à população.

Muitas são as barreiras que podem interferir no diagnóstico precoce. Por exemplo, a baixa compreensão da população quanto às manifestações clínicas da doença; o estigma do câncer como doença incurável, que leva a população a não procurar o serviço de saúde; a má formação e a desatualização de profissionais da saúde, que afetam a identificação e o seguimento dos casos de câncer; e a dificuldade de acesso aos serviços para avaliação, investigação diagnóstica e tratamento.

A avaliação e o monitoramento contínuos das ações de controle do câncer permitem a identificação dessas barreiras e o planejamento de medidas para superá-las, a fim de que haja impacto no perfil de estadiamento do câncer no momento do diagnóstico e melhora na qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos.

Essas etapas podem ser resumidas no tripé: população informada, profissional capacitado e acesso aos serviços de saúde, conforme sistematizado na **Figura 6**.



**Figura 6 - Etapas do diagnóstico precoce**

Adaptado de World Health Organization, 2017.

As recomendações para o diagnóstico precoce do câncer devem contar com diretrizes baseadas em evidências científicas, de forma a otimizar recursos, evitando a solicitação de exames desnecessários e o retardo no encaminhamento para o tratamento.

De modo a sintetizar as distinções entre as estratégias de detecção precoce, o **Quadro 4** apresenta as principais diferenças entre o rastreamento e o diagnóstico precoce.

**Quadro 4 - Diferenças entre rastreamento e diagnóstico precoce**

Componentes	Diagnóstico precoce	Rastreamento
<b>Exame</b>	O exame diagnóstico é aplicado apenas nas pessoas com sintomas.	O exame de rastreamento é aplicado em uma população-alvo previamente definida, e, naqueles casos que apresentarem resultado positivo, serão indicados outros exames para a confirmação diagnóstica.
<b>Requisitos para o sistema de saúde</b>	Instalações e profissionais para o diagnóstico clínico oportuno, serviços de patologia e radiologia, estadiamento e acesso ao tratamento imediato.	Além dos requisitos para o diagnóstico precoce, são imprescindíveis recursos adicionais para o convite e a aplicação do exame de rastreamento em toda a população-alvo definida, bem como exames diagnósticos adicionais para todas as pessoas com resultado positivo do exame de rastreamento.
<b>Necessidade de profissionais capacitados</b>	Profissionais da saúde habilitados para identificar precocemente sinais e sintomas, diagnosticar e tratar o câncer.	Profissionais da saúde capacitados, como no diagnóstico precoce, e profissionais adicionais para proceder aos exames de rastreamento e a interpretação de seus resultados.

<b>Estratégia de conscientização da população</b>	Conhecimento sobre sinais e sintomas suspeitos de câncer para buscar avaliação médica imediata.	Conhecimento sobre sinais e sintomas de câncer e sobre os critérios para participação no programa de rastreamento.
<b>Seguimento</b>	Fluxo de referência para garantir tratamento acessível e disponível.	Busca da população ausente no rastreamento e aumento da responsabilidade para garantir o acompanhamento dos casos positivos.
<b>Potenciais benefícios</b>	Redução do estágio tumoral ao diagnóstico. Quando vinculado ao tratamento, pode ocorrer redução na mortalidade.	Potencial redução da incidência do câncer específico na população, se o objetivo do rastreamento for a detecção e o tratamento da lesão precursora (por exemplo, cânceres do colo do útero e de cólon e reto). Redução do estágio tumoral ao momento do diagnóstico na população-alvo. Redução da mortalidade, quando o rastreio for efetivo e vinculado ao tratamento adequado.
<b>Potenciais malefícios</b>	<b>Baixo:</b> Exames são limitados às pessoas com sinais e sintomas.	<b>Alto:</b> Exames são aplicados a toda a população-alvo <sup>1</sup> . Geralmente, muitos resultados positivos no rastreamento não serão cânceres, mas requerem exames e procedimentos adicionais que podem levar a complicações, danos psicológicos e aumento de custos financeiros. Alguns resultam em sobrediagnóstico e supertratamento(s).
<b>Aplicabilidade e evidências científicas atuais</b>	É bem aceito pelos serviços de saúde para melhorar o diagnóstico oportuno de câncer. Relevante para todos os sistemas de saúde, especialmente para os mais fragilmente estruturados.	Benefícios documentados em sistemas de saúde com bastante recursos, para um número limitado de cânceres (por exemplo, do colo do útero e de mama). Evidência de danos e custos significativos.

<sup>1</sup>A extensão do dano depende do tipo de câncer selecionado e da qualidade do seu programa de rastreamento. Via de regra, a relação entre danos e benefícios fica mais desfavorável quando o teste de rastreamento é aplicado fora da população-alvo e da periodicidade recomendadas.

Adaptado de World Health Organization, 2017.

## 1.4. DETECÇÃO PRECOCE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A detecção precoce do câncer deve ser procedida principalmente no âmbito da APS, em ampla articulação com a AES, observando as evidências científicas, os protocolos nacionais e a realidade locorregional, conforme disposto na PNPCC.

A Atenção Primária caracteriza-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo a coordenadora dos cuidados e a ordenadora da rede de atenção. Deve estar organizada

de modo a responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e terapêuticas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

A RAS pode ser definida como arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade assistencial. A estrutura operacional da RAS consiste em:

- **Pontos de atenção:** Unidades de saúde onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de atendimentos específicos. São exemplos de pontos de atenção: unidades de atenção básica (UBS), policlínicas, centros de atenção psicossocial, hospitais etc.
- **Sistemas de apoio:** Suportam os atendimentos realizados em cada ponto de atenção e, por isso, são transversais a toda a rede. Exemplos: apoio diagnóstico e terapêutico (serviços de imagem, laboratórios de análises clínicas, laboratórios de patologia) e assistência farmacêutica.
- **Sistema logístico:** Neste se incluem o sistema de regulação (qualifica o acesso às internações, a exames, a procedimentos ambulatoriais especializados) e o transporte sanitário, que viabiliza o tratamento fora do domicílio.
- **Centro de comunicação:** Espera-se que a Atenção Primária seja o centro de comunicação da RAS.
- **Governança:** Coordenação capaz de articular as ações e os serviços da RAS por meio dos objetivos e das estratégias compartilhadas por todos que a compõe.

A importância de se estruturar uma rede de saúde dentro de uma determinada localidade visa a otimizar o acesso assistencial, os processos de trabalho dos profissionais e os custos da pactuação dos serviços. A organização dos serviços em rede busca, assim, atender ao princípio da integralidade assistencial com o intuito de otimizar o processo de trabalho e os custos da pactuação e manutenção da atenção à saúde.

Para a operacionalização da RAS, são necessárias duas ferramentas fundamentais:

- **Diretrizes clínicas:** As diretrizes clínicas são documentos que apresentam condutas a serem seguidas pelos profissionais de saúde diante de uma determinada doença ou condição. O objetivo das diretrizes deve ser o de melhorar a qualidade e a segurança da atenção à saúde, reduzindo o número de decisões inapropriadas, proporcionando maior benefício líquido e eficiência na alocação de recursos, além de desempenharem um papel relevante na gestão e regulação dos sistemas de saúde. Esses documentos devem incorporar tecnologias com transparência e baseadas em critérios técnicos e científicos bem estabelecidos. Para tanto, as diretrizes devem estar baseadas em revisões sistemáticas da literatura, ter por base as melhores evidências científicas disponíveis e considerar o balanço entre riscos e benefícios das intervenções avaliadas. Comparadas aos tradicionais consensos de especialistas, as diretrizes baseadas em evidências apresentam maior rigor metodológico, resultando em menor risco de vieses, maior transparência e grau de reprodutibilidade. As diretrizes nacionais brasileiras são documentos norteadores

das melhores práticas a serem seguidas por profissionais da saúde e gestores, sejam eles do setor público ou privado da saúde. Como exemplo, podem ser citadas as *Diretrizes para Detecção Precoce de Câncer de mama no Brasil* (2015) e as *Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* (2016).

- **Linha de cuidados:** Como documentos técnicos, as linhas de cuidados, além de se constituírem em meios de gestão, permitem a integração entre os pontos de atenção e auxiliam na reestruturação dos processos de trabalho da equipe multiprofissional, com vistas a melhorar as ações interdisciplinares e alcançar a integralidade assistencial.



# CAPÍTULO II

MATERIAL EM FASE DE NORMALIZAÇÃO EDITORA MS

## 2. BASES OPERACIONAIS

### 2.1. NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Como já mencionado, a organização de um Sistema de Saúde se dá em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), e as ações e serviços são ordenados como atenção básica (primária) e atenção especializada (de média e de alta complexidade).

A RAS permite a conexão entre os serviços e ações de saúde oferecidos nos níveis de atenção do sistema de saúde, permitindo que a coordenação dos cuidados assistenciais ocorra de forma integrada e resolutiva. Os níveis de atenção diferenciam-se de acordo com a densidade tecnológica oferecida, como ilustrado na **Figura 7**.



**Figura 7 - Ações de saúde segundo níveis de atenção**

Elaboração: INCA/MS.

A APS deve responsabilizar-se pela comunicação e articulação entre os pontos de atenção da RAS, direcionando, de forma oportuna, a partir de conhecimento técnico ampliado, as demandas do indivíduo para os demais níveis de atenção do sistema, seja o secundário, seja o terciário, conforme a necessidade do indivíduo e da complexidade do seu caso.

O nível secundário dispõe de ações e serviços que exigem equipamentos e profissionais especializados tanto para apoio diagnóstico quanto para tratamento. Esses serviços podem ser procedidos em ambiente ambulatorial ou hospitalar.

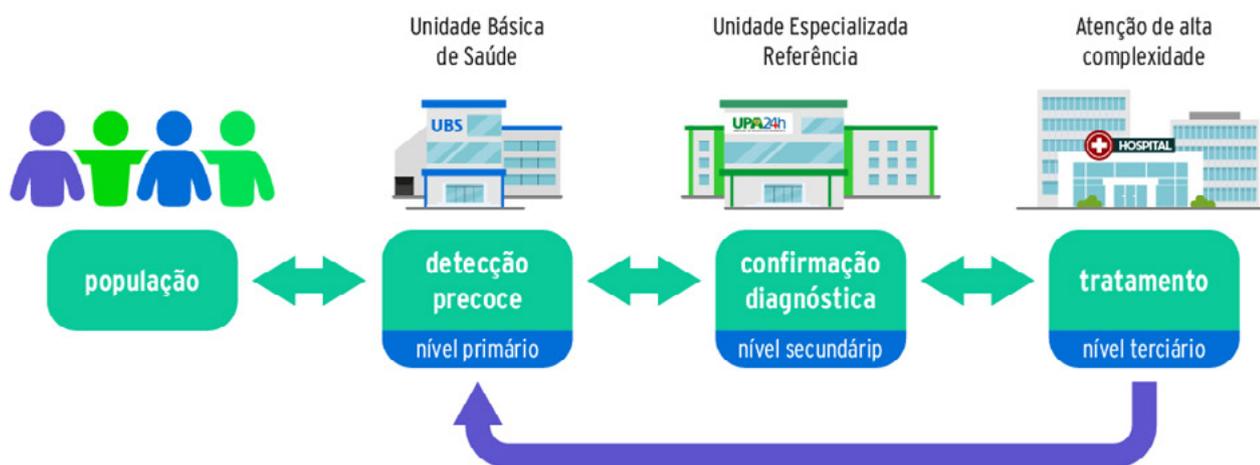
Por sua vez, o nível terciário envolve procedimentos e equipamentos com tecnologias mais avançadas, representado pelos hospitais de grande porte, com seus ambulatórios e enfermarias de especialidades e um extenso apoio de serviços diagnósticos e terapêuticos de média e de alta complexidade.

Uma grade de unidades e serviços referenciais para a APS deve ser organizada e disponibilizada, estando integrados por meio de um sistema de regulação.

Vale ressaltar que o fluxo estabelecido nas linhas de cuidados é dinâmico, contendo idas e vindas, pois trata-se de uma RAS interligada e interdependente. O planejamento, a organização e a coordenação das RAS são trabalhos contínuos que precisam ser compartilhados entre gestores estaduais e municipais, conselhos e comissões de saúde e demais setores da sociedade, com o objetivo comum de garantir a assistência integral à saúde.

As ações de detecção precoce do câncer devem ser procedidas na RAS, de modo a garantir a continuidade assistencial no tratamento oncológico, por meio da regulação para as unidades habilitadas na alta complexidade em oncologia, respeitando o princípio da integralidade, uma vez que é necessário garantir não apenas a detecção precoce do câncer, mas também toda a assistência especializada de que o indivíduo necessita.

A **Figura 8** sintetiza o fluxograma assistencial nos três níveis de atenção do sistema de saúde.



**Figura 8 - Fluxo assistencial na Rede de Atenção à Saúde**

Elaboração: INCA/MS.

## 2.2. PROTOCOLOS CLÍNICOS

Os Protocolos Clínicos são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença, condição ou de agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos e procedimentos apropriados, quando couber; as posologias preconizadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidências científicas e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias e intervenções recomendadas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em Oncologia, estabelecidos e atualizados pelo Ministério da Saúde, encontram-se disponíveis em <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes> e em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>.

Na inexistência de protocolos ou diretrizes publicados pelo Ministério da Saúde, deve-se observar as condutas institucionais.

## 2.3. PROTOCOLOS OPERACIONAIS

Os Protocolos Operacionais são uma ferramenta de gestão de qualidade, que tem como objetivo padronizar a execução de uma atividade técnica e assistencial e minimizar a ocorrência de desvios e variações na execução destas tarefas, o que o torna essencial para garantir uma assistência de alta qualidade e ampliar o acesso assistencial, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, com o uso racional dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis.

## 2.4. REGULAÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde. O estabelecimento de mecanismos e fluxos de “referência e contrarreferência” tem como objetivo garantir a integralidade assistencial e o acesso da população, em tempo oportuno, aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades ou indicações oriundas dos diversos serviços de saúde.

O conhecimento de informações mínimas do paciente é fundamental para se determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento deste Protocolo para os casos de cânceres mais incidentes ou urgentes é um componente essencial da gestão para a organização da RAS e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação da assistência prestada.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na APS. As duas questões chave são:

1. O paciente necessita ser encaminhado para um serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, a gestão clínica, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, deve estabelecer os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser assistidos na APS.

Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos, conforme a doença.

Doentes com diagnóstico de câncer devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como Centro (Cacon) ou Unidade (Unacon) de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar cirúrgica e clinicamente, pacientes com câncer em todos os estágios da doença e proceder ao seu acompanhamento.

Se atendidos em hospitais gerais, estes devem atuar em cooperação técnica, como mecanismo de “referência e contrarreferência” com hospitais habilitados em oncologia e, se estes

não oferecem radioterapia, com fluxo estabelecido pelo respectivo gestor do SUS para o devido encaminhamento.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o estadiamento, o tratamento, o manejo das doses de medicamentos e o controle dos efeitos adversos, eles têm toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessários para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Atente-se para que a maioria desses hospitais são classificados como hospitais gerais, hospitais de clínicas ou hospitais de especialidades. Por isso, a habilitação de um hospital como Unacon, Cacon ou Hospital Geral com Cirurgia Oncológica não o torna um hospital especializado em oncologia ("hospitais de câncer") nem o exime da prestação ao SUS dos diversos serviços diagnósticos (consultas especializadas e exames) e terapêuticos (clínicos e cirúrgicos) não oncológicos, não se justificando a exigência de laudo patológico confirmatório para a admissão de doentes que lhe são encaminhados com suspeita de câncer.

Por sua vez, os hospitais ditos "de câncer", devido à sua superespecialização, devem, à decisão e pactuação com respectivo gestor do SUS, ser referenciais também para a confirmação diagnóstica de cânceres menos frequentes ou de difícil diagnóstico diferencial.



# CAPÍTULO III

MATERIAL EM FASE DE NORMALIZAÇÃO EDITORA MS

## 3. ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER - PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

### 3.1. REFERÊNCIA AMBULATORIAL

O primeiro atendimento no serviço especializado, no nível secundário ou terciário do sistema de saúde, é realizado ambulatorialmente por médicos especialistas, que avaliam cada paciente encaminhado no âmbito da RAS. As unidades deverão solicitar o tipo de consulta de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para a solicitação de atendimento especializado.

Após essa análise, não sendo o hospital habilitado na alta complexidade em oncologia e havendo indicação de tratamento oncológico (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia), deve ser feito o encaminhamento do paciente para a sua admissão no hospital habilitado, com a abertura do prontuário.

O atendimento em hematologia e em oncologia pediátrica deve ser feito, obrigatoriamente, em hospital habilitado na alta complexidade em oncologia de cobertura estadual ou macrorregional e, quando feito em hospital habilitado como Unacon exclusiva nessas especialidades e sem serviço de radioterapia, deve-se dar o encaminhamento regulado para complementariedade do tratamento em estabelecimento habilitado em oncologia com serviço de radioterapia.

Quando não há indicação para tratamento oncológico na alta complexidade, os casos devem ser redirecionados, com orientação, às unidades assistenciais de origem. Hospitais gerais, com ou sem serviço de cirurgia oncológica, podem proceder ao diagnóstico, tratamento cirúrgico e acompanhamento de doentes com câncer.

As consultas devem ser disponibilizadas a três grupos de pacientes, a saber:

- I. Pacientes identificados em programas de rastreamento populacional: Estas vagas são utilizadas para pacientes oriundos de programa de rastreamento que necessitem de confirmação diagnóstica rápida e terapia antitumoral em tempo oportuno. As vagas de consulta em oncologia, conforme a localização primária do tumor, devem ser utilizadas apenas para pacientes em condições de tratamento ambulatorial. Confirmado o diagnóstico de câncer, os casos seguem o fluxo dos pacientes com diagnóstico firmado de câncer.
- II. Pacientes com alta suspeita clínica de câncer: Estas vagas são utilizadas para pacientes com alta suspeita clínica de câncer nos quais o diagnóstico de certeza só poderá ser obtido mediante procedimentos diagnósticos, disponíveis no nível secundário ou terciário do sistema de saúde, conforme critérios definidos no presente Protocolo de Acesso à Atenção Especializada.
- III. Pacientes com diagnóstico firmado de câncer: Estas vagas são utilizadas para pacientes que tenham diagnóstico de câncer firmado por exame histopatológico de material obtido por biópsia ou procedimento cirúrgico ou de material obtido por punção (citopatológico), conforme diretrizes clínicas.

## 3.2. CATEGORIAS CLÍNICAS – CRITÉRIOS DE ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER

### 3.2.1. OTORRINOLARINGOLOGIA/CABEÇA E PESCOÇO – AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de câncer de lábio e cavidade bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão (placa ou mancha) ou ulceração ou edema na mucosa bucal - na língua, nas gengivas, no palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha) - que persista por mais de três semanas, em qualquer dessas localizações, particularmente se indolor e que não decorre de outra doença ou causa conhecida e que não regride com tratamento instituído;</li> <li>• lesão de mucosa que apresenta mudança persistente e significativa de coloração (branca, vermelha ou pigmentada) ou mudanças de aparência, como ulceração ou proliferação;</li> <li>• espessamento ou tumefação visível ou palpável coberta por mucosa aparentemente normal;</li> <li>• tumor coberto por mucosa normal ou tumor ulcerado;</li> <li>• perda de dentes;</li> <li>• dificuldade de mastigar e engolir;</li> <li>• linfonodomegalia cervical que persista por mais de três semanas.</li> <li>• Lesões potencialmente malignas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Queilite actínica: Acomete preferencialmente o lábio inferior. Caracteriza-se por áreas pálidas com perda do vermelhão do lábio. Essa condição é especialmente prevalente em indivíduos de pele clara.</li> <li>◦ Eritroplasia: Lesão vermelha, assintomática, de etiologia desconhecida, que não pode ser caracterizada nem clínica nem patologicamente como nenhuma outra entidade nosológica.</li> <li>◦ Leucoplasia bucal: Lesão branca, não destacável, assintomática, de etiologia desconhecida, que não pode ser caracterizada nem clínica nem patologicamente como nenhuma outra entidade nosológica.</li> <li>◦ Eritroleucoplasia: Placas mistas, brancas, associadas com vermelhas com maior risco de malignização.</li> <li>◦ Fibrose submucosa: Condição crônica e progressiva. É caracteristicamente vista na cavidade bucal, mas, ocasionalmente, pode se estender na faringe e no esôfago. Caracteriza-se por uma rigidez na mucosa de intensidade variada, causada por uma modificação fibroelástica do tecido conjuntivo superficial.</li> <li>◦ Líquen plano: Doença inflamatória crônica que afeta as mucosas. As lesões bucais começam com pequenas pápulas que logo se combinam até formarem placas rugosas e descamativas.</li> <li>◦ Lúpus eritematoso: Condição autoimune de etiologia desconhecida. As lesões bucais apresentam-se como pequenas placas brancas queratinizadas com bordas elevadas, estrias brancas e telangiectasia.</li> <li>◦ Disqueratose congênita: Distúrbio hereditário mais comum em homens. Caracterizada por atrofia reticular da pele com distrofia pigmentar das unhas, obstrução do ducto lacrimal, hiperidrose das palmas das mãos e plantas dos pés e leucoplasia bucal.</li> <li>◦ Lesões palatinas associadas ao fumo reverso: Alterações na mucosa palatina causadas pelo hábito de fumar com a ponta acesa do charuto ou cigarro dentro da boca</li> </ul> </li> </ul>

<b>Suspeita de câncer da faringe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconforto ou dor (odinofagia) persistente na garganta, particularmente se unilateral ou há mais de quatro semanas;</li> <li>• dor de ouvido referida;</li> <li>• dificuldade de mastigar e engolir;</li> <li>• tumor coberto por mucosa normal ou tumor ulcerado;</li> <li>• linfonodomegalia cervical que persista por mais de três semanas.</li> <li>• O acesso à laringofaringe se dá por meio endoscópico, permitindo biopsiar achados suspeitos.</li> </ul>
<b>Suspeita de câncer da parótida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumor na porção lateral da face;</li> <li>• abaulamento do palato mole e da orofaringe;</li> <li>• dor contínua;</li> <li>• assimetria facial;</li> <li>• dormência ou formigamento em parte do rosto;</li> <li>• dificuldade para abrir a boca amplamente;</li> <li>• drenagem de líquido do ouvido;</li> <li>• disfagia;</li> <li>• paralisia facial;</li> <li>• linfonodomegalia cervical;</li> <li>• O diagnóstico é clínico. A USG pode ser, ou não, utilizada para guiar a PAAF.</li> </ul>
<b>Suspeita de câncer da laringe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rouquidão persistente por mais de três semanas;</li> <li>• dor;</li> <li>• disfagia;</li> <li>• obstrução aérea;</li> <li>• dor referida para o ouvido ao engolir;</li> <li>• linfonodomegalia cervical que persista por mais de três semanas.</li> <li>• O acesso à laringe se dá por meio endoscópico, permitindo biopsiar achados suspeitos.</li> </ul>
<b>Suspeita de câncer da tireoide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nódulo tireoidiano sem causa conhecida;</li> <li>• nódulo à USG da glândula tireoide para avaliação diagnóstica de nódulo tireoidiano de causa desconhecida;</li> <li>• PAAF para exame citopatológico;</li> <li>• linfonodomegalia cervical;</li> <li>• linfonodomegalia mediastinal (RX simples de tórax; TC de tórax, se há suspeita de acometimento intratorácico);</li> <li>• dosagem de hormônio tireotrófico (TSH) e captação e cintilografia com radioisótopo para avaliar hiperfunção tireoidiana (se TSH abaixo do nível sérico normal);</li> <li>• Cintilografia de corpo inteiro (se há suspeita de metástase).</li> </ul>

**3.2.2. GASTROENTEROLOGIA - AMBULATORIAL**

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de câncer de esôfago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfagia (dificuldade para engolir) de início recente ou progressivo, sensação de azia por mais de duas semanas + perda inexplicável de 10% ou mais do peso corporal em pacientes com mais de 55 anos com um ou mais dos seguintes sintomas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odinofagia (dor ao engolir);</li> <li>2. dor retroesternal persistente;</li> <li>3. tosse ou rouquidão;</li> <li>4. azia (queimação no estômago) de início recente;</li> <li>5. dispepsia (dificuldade de digestão); ou</li> <li>6. náusea e vômitos.</li> </ol> </li> <li>• A endoscopia digestiva alta é o exame confirmatório dos casos, permitindo biopsiar achados suspeitos.</li> </ul>
Suspeita de câncer de estômago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em pacientes &gt; 55 anos com perda inexplicável de 10% ou mais do peso corporal com um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anorexia (perda do apetite);</li> <li>2. desconforto ou dor epigástrica;</li> <li>3. plenitude pós-pandrial;</li> <li>4. dispepsia;</li> <li>5. náusea e vômitos;</li> <li>6. anemia;</li> <li>7. fadiga;</li> <li>8. hematêmese (vômito com sangue);</li> <li>9. melena (sangue nas fezes - "borra de café");</li> <li>10. azia de início recente; ou</li> <li>11. azia por mais de duas semanas.</li> </ol> </li> <li>• Massa epigástrica palpável.</li> <li>• A endoscopia digestiva alta é o exame confirmatório dos casos, permitindo biopsiar achados suspeitos.</li> </ul>

<p><b>Suspeita de câncer pancreático</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa pancreática sólida, homogênea ou heterogênea, sugestiva de neoplasia identificada por método de imagem;</li> <li>• imagem de dilatação de ducto pancreático sem fator obstrutivo identificado; ou</li> <li>• icterícia obstrutiva, excluída litíase biliar.</li> <li>• Perda inexplicável de 10% ou mais do peso corporal com um ou mais dos sintomas ou sinais, com exame de imagem:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. hiperglicemia de início recente;</li> <li>2. desconforto dorsal recente em região abdominal;</li> <li>3. esteatorreia (fezes gordurosas);</li> <li>4. náusea e vômitos;</li> <li>5. TC de abdômen com massa sólida homogênea ou heterogênea em sítio pancreático ou hepático (obrigatório afastar cisto e pseudocisto).</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Suspeita de câncer hepático primário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de hepatite viral.</li> <li>• Massa hepática sólida homogênea ou heterogênea sugestiva de neoplasia maligna, demonstrada por método de imagem; ou</li> <li>• icterícia obstrutiva, excluindo litíase biliar.</li> </ul>
<p><b>Suspeita de câncer de via biliar extra-hepática (inclusive vesícula biliar)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa abdominal consistente com um tumor da vesícula biliar; ou</li> <li>• icterícia obstrutiva indolor, excluída litíase biliar.</li> </ul>
<p><b>Suspeita de câncer de cólon e reto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças do hábito intestinal (diarreia ou constipação);</li> <li>• anemia crônica;</li> <li>• perda inexplicável do peso corporal;</li> <li>• melena ou fezes com sangue visível;</li> <li>• massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada ao exame físico ou de imagem;</li> <li>• dor ou desconforto abdominal constante;</li> <li>• fraqueza;</li> <li>• anorexia;</li> <li>• tenesmo (vontade intensa de evacuar, sem nem ocorrer a evacuação ou com a sensação de esvaziamento incompleto); ou</li> <li>• sangramento retal sem causa aparente (hemorroidas, por exemplo).</li> <li>• Exame positivo de sangue oculto nas fezes guaiaco (g-FOBT) necessitará de exame complementar ou confirmatório.</li> <li>• Exame endoscópico, como colonoscopia ou retossigmoidoscopia são os confirmatórios, permitindo biopsiar achados suspeitos e retirar lesões pré-malignas.</li> </ul>

**3.2.3. PNEUMOLOGIA – AMBULATORIAL**

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de câncer de pulmão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC de tórax com laudo, com ao menos 1 dos critérios abaixo:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nódulo pulmonar solitário não calcificado maior que 01 cm sugestivo de neoplasia maligna;</li> <li>2. lesão pulmonar solitária sugestiva de neoplasia maligna;</li> <li>3. lesão pulmonar única com acometimento mediastinal sugestiva de neoplasia maligna;</li> <li>4. lesão única em parede torácica (costelas, esterno e partes moles) excetuando-se lesão de mama, sugestiva de neoplasia maligna; ou</li> <li>5. imagem compatível com lesão(ões) metastática(s) (obrigatório afastar tuberculose pulmonar).</li> </ol> </li> <li>• Os sinais e sintomas mais comuns e que devem ser investigados são:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemoptise;</li> <li>2. tosse ou rouquidão persistentes por mais de duas a três semanas;</li> <li>3. dor torácica;</li> <li>4. dispneia (falta de ar sem causa conhecida);</li> <li>5. astenia e perda de peso sem causa aparente; e</li> <li>6. pneumonias de repetição.</li> </ol> </li> <li>• A broncoscopia é o exame confirmatório dos casos, permitindo biopsiar achados suspeitos.</li> </ul>

**3.2.4. ORTOPEDIA – AMBULATORIAL**

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de tumor primário ósseo ou tumor primário de partes moles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumor ósseo ou de partes moles: massa sugestiva de neoplasia maligna por radiografia simples (RX), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) (afastar causas infecciosas).</li> <li>• Coluna: RM compatível com tumor de coluna vertebral invadindo o canal medular ou tumor primário infra-espinal.</li> <li>• Não incluir casos suspeitos de metástase óssea de outro sítio primário, exceto se de metástase óssea única de tumor primário desconhecido (metástase de origem desconhecida).</li> </ul>

### 3.2.5. DERMATOLOGIA - AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
<b>Suspeita de câncer de pele</b>	
<b>Câncer não melanótico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorre principalmente nas áreas do corpo mais expostas ao sol, como rosto, pescoço, orelhas e braços. Apresenta-se como:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Manchas ou nódulos na pele que podem variar de cor branca, avermelhada a castanha, que coçam, ardem, descamam ou sangram.</li> <li>Feridas que não cicatrizam em até quatro semanas.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Melanoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode se localizar tanto em regiões expostas ao sol, como face, pescoço, tronco (local mais comum em homens) e pernas (mais comum em mulheres), quanto em palma e planta dos pés e sob as unhas (sub-ungueal) e mais raramente em áreas de mucosa como da boca e regiões genital e anal.</li> <li>Apresenta-se como pintas ou manchas que surgem na pele normal ou sobre uma lesão pigmentada preexistente, ocorrendo alterações em sua coloração, forma e aumento ou redução de tamanho, apresentando também bordas irregulares. Alguns melanomas não são pigmentados, podendo ser cor de rosa, bege ou branco.</li> <li>A regra do ABCDE (<b>Figura 9</b>) serve como um guia para identificação de sinais suspeitos do melanoma, pois analisa a lesão a partir de suas características de formato, cor, tamanho e evolução.</li> </ul>



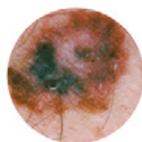
#### A: Assimetria

Uma metade não é igual a outra metade



#### B: Bordas

Bordas mal definidas, irregulares



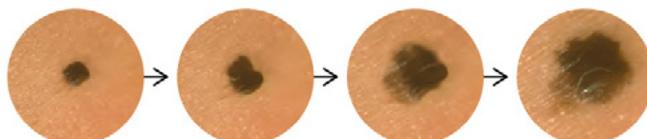
#### C: Cor

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



#### D: Diâmetro

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



#### E: Evolução

**Figura 9 - Regra ABCDE para identificação de melanoma**

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

### 3.2.6. MASTOLOGIA - AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de câncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres com alteração detectada em programa de rastreamento (mamografia de rastreamento com laudo de BI-RADS 04 e 05);</li> <li>qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;</li> <li>nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persiste por mais de um ciclo menstrual;</li> <li>nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;</li> <li>homem com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;</li> <li>descarga papilar sanguinolenta unilateral;</li> <li>lesão eczematosa da papila (mamilo) e aréola mamárias que não responde a tratamento tópico;</li> <li>linfonodomegalia axilar (linfonodo axilar palpável, sem característica inflamatória ou infecciosa);</li> <li>retração na pele da mama;</li> <li>mudança no formato da papila (mamilo);</li> <li>lesão ulcerada da mama;</li> <li>aumento progressivo do tamanho da mama com sinais de edema - pele com aspecto de casca de laranja - ou intensa inflamação (carcinoma inflamatório);</li> <li>lesão eczematoide da papila de evolução crônica, com crosta, vermelhidão, irritação, erosão, descarga papilar e retração ou inversão da papila (doença de Paget);</li> <li>punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de mama com citologia sugestiva de câncer de mama;</li> <li>ressonância magnética (RM) para avaliação diagnóstica de caso com sinais e sintomas suspeitos, com laudo de BI-RADS 05;</li> <li>USG para avaliação diagnóstica de caso com sinais e sintomas suspeitos, com laudo de BI-RADS 04 e 05.</li> </ul>

### 3.2.7. GINECOLOGIA - AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de câncer de vulva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prurido;</li> <li>irritação;</li> <li>lesão vegetante;</li> <li>sangramento;</li> <li>linfonodomegalia inguinal e femoral.</li> </ul>
Suspeita de câncer do colo uterino	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão ulcerada ao exame especular sugestiva de neoplasia maligna; sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço físico); corrimento vaginal (às vezes fétido); dor na região pélvica, que pode estar associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados; e perda de peso.</li> </ul> <p>No <b>Quadro 10</b>, são apresentadas as recomendações de conduta frente aos resultados de exames citopatológicos, conforme as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.</p>

<b>Suspeita de câncer de ovário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa anexial ao exame ginecológico;</li> <li>• tumor ovariano à USG transvaginal;</li> <li>• TC ou RM de pelve (não são de indicação rotineira e é dispensável se o caso exige intervenção urgente);</li> <li>• ascite.</li> </ul>
<b>Suspeita de câncer de endométrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangramento vaginal na pós-menopausa;</li> <li>• espessamento endometrial à USG.</li> </ul>

### Quadro 5 - Condutas iniciais ante os resultados citopatológicos do colo uterino

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

Adaptado de Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA/MS, 2016.

### 3.2.8. UROLOGIA - AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de câncer de pênis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumor ou úlcera no pênis na ausência de doença sexualmente transmissível ou persistente após seu tratamento; e espessamento ou mudança na cor da pele do pênis ou do prepúcio.</li> </ul>
Suspeita de câncer de próstata	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas do trato urinário inferior, como noctúria, frequência urinária aumentada, hesitação, urgência urinária, retenção urinária, redução do jato urinário, disfunção sexual erétil ou hematúria visível de causa desconhecida;</li> <li>detecção de nódulo ou alteração na consistência da próstata, ao exame físico, em caso de avaliação de sintomas do trato urinário inferior;</li> <li>aumento progressivo ou significativo da dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA) em caso de avaliação de sintomas do trato urinário inferior;</li> <li>alteração no exame histopatológico que indique progressão para um grau mais agressivo de neoplasia de próstata conhecida.</li> </ul>
Suspeita de câncer testicular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massa testicular sólida confirmada por método de imagem ou presença de nódulo testicular associado ao aumento sérico de alfa-fetoproteína (acima de 15 ng/ml) ou beta-HCG (acima de 2,6 mUI/ml).</li> </ul>
Suspeita de câncer de rim	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massa renal sólida ou heterogênea demonstrada por método de imagem com espessamento parietal regular ou irregular ou septal grosseiro, nodular, com componente sólido junto à parede ou septos, com realce pós-contraste (cisto Bosniak III ou IV).</li> </ul>
Suspeita de câncer de bexiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hematúria e massa vesical sugestiva de neoplasia maligna demonstrada por endoscopia ou método de imagem - ultrassonografia (USG) ou TC.</li> </ul>
Suspeita de câncer de pelve renal e ureter	<ul style="list-style-type: none"> <li>USG ou TC com contraste sugestiva de neoplasia maligna. Se o diagnóstico não puder ser excluído, procede-se à coleta de material para exame citopatológico ou histopatológico para confirmação.</li> </ul>
Suspeita de câncer de uretra	<ul style="list-style-type: none"> <li>TC sugestiva de neoplasia maligna e confirmada por biópsia</li> </ul>
Suspeita de câncer de glândula suprarrenal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massa no polo superior do rim, demonstrada por TC ou RM, associada a síndrome hormonal (carcinoma adrenocortical) ou, em caso de feocromocitoma, de produção de catecolaminas (hipertensão arterial contínua ou paroxística, cefaleia, sudorese profusa, ansiedade e palpitações).</li> </ul>

### 3.2.9. OFTALMOLOGIA - AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de tumor ocular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exame ocular compatível com tumor ocular; e</li> <li>USG ocular compatível com lesão tumoral.</li> </ul>

**3.2.10. NEUROLOGIA – AMBULATORIAL**

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de tumor de sistema nervoso central (SNC).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa sugestiva de neoplasia maligna, única ou múltipla, identificada por métodos de imagem (TC ou RM).</li> </ul>

**HEMATOLOGIA – AMBULATORIAL**

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita de leucemia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quadro laboratorial compatível, que pode incluir as seguintes características, com ou sem sintomas constitucionais (febre, sangramento, petéquias, hematoma, dor osteoarticular, fraqueza), esplenomegalia, hepatomegalia ou linfomegalia;</li> <li>2. Leucocitose (qualquer contagem) com presença de blastos no hemograma (geralmente associada a anemia ou plaquetopenia)*;</li> <li>3. leucocitose <math>&gt; 12.000/mm^3</math>, podendo ultrapassar <math>100.000/mm^3</math>, com ou sem blastos, mas com desvio para a esquerda, com ou sem anemia ou plaquetopenia)*;</li> <li>4. pancitopenia [anemia, plaquetopenia <math>&lt; 100.000/mm^3</math>, leucopenia com neutropenia grave (<math>&lt; 1.000/mm^3</math>)]*;</li> <li>5. mais de 20% de blastos na medula óssea ou no sangue periférico (leucemia aguda);</li> <li>6. menos de 10% de blastos na medula óssea ou no sangue periférico (leucemia crônica);</li> <li>7. leucócitos acima de <math>30.000/mm^3</math>;</li> <li>8. basofilia no sangue periférico igual ou superior a 20%;</li> <li>9. trombocitose persistente (<math>&gt; 1.000.000/mm^3</math>) não responsiva à terapia;</li> <li>10. 10) trombocitopenia persistente (<math>&lt; 100.000/mm^3</math>) e não devida a terapia;</li> <li>11. hemoglobina menor do que 10,5 g/dL.</li> </ol> <p>* Urgência médica.</p>
Suspeita de linfoma	<p><b>Linfomas (após exclusão de doenças benignas):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfonodomegalia persistente por 4 semanas ou mais;</li> <li>• linfonodomegalia de crescimento rápido sem uma causa óbvia aparente;</li> <li>• linfonodomegalia intrabdominal em exame de imagem;</li> <li>• massa mediastinal em exame de imagem; ou</li> <li>• PAAF de linfonodo suspeito para doença linfoproliferativa.</li> </ul>
Suspeita de mieloma múltiplo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eletroforese de proteínas séricas ou urinárias com pico monoclonal e um ou mais dos fatores abaixo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia inexplicada;</li> <li>2. infecções bacterianas recorrentes;</li> <li>3. insuficiência renal (elevação de creatinina <math>&gt; 2,0mg/dl</math>) inexplicada;</li> <li>4. hipercalcemia (aumento do cálcio sérico);</li> <li>5. lesão osteolítica única (plasmocitoma) ou lesões ósseas osteolíticas múltiplas (mieloma) em exame de imagem (radiografia simples ou TC);</li> <li>6. dor óssea;</li> <li>7. fratura óssea espontânea.</li> </ol> </li> </ul>

### 3.2.11. PEDIATRIA (PACIENTES COM ATÉ 18 ANOS) – AMBULATORIAL

Profissionais solicitantes: Médicos.

Situação Clínica	Condições necessárias para solicitação do atendimento especializado
Suspeita ou diagnóstico de câncer na infância ou adolescência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangramentos inexplicados, epistaxe ou petéquias, hematoma, palidez palmar ou conjuntival grave*;</li> <li>alteração de, pelo menos, duas séries no hemograma (série branca, vermelha ou plaquetária), associada ou não a palidez, petéquias, hematoma ou sangramento*.</li> <li>dor óssea localizada e contínua, com ou sem aumento de partes moles, com duração maior que 15 dias;</li> <li>cefaleia associada a vômitos matinais e alteração de exame neurológico, excluída causa oftalmológica e sinusopatia;</li> <li>linfonodo maior que 2,5 cm, de qualquer localização, sem regressão após 4 semanas;</li> <li>febre de origem indeterminada com duração maior que 15 dias, excluída causa infecciosa;</li> <li>massa abdominal palpável, com ou sem hematúria ou hipertensão arterial, sem história de trauma;</li> <li>alargamento de mediastino comprovado por RX de tórax, excetuando-se hiperplasia tímica; ou</li> <li>alteração dos olhos: brilho, reflexo branco (leucocoria), proptose, heterocromia ou equimose bilateral, reflexo vermelho.</li> </ul> <p>* Ver também Hematologia.</p>

### 3.2.12. TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO – AMBULATORIAL

Casos de câncer de tumor primário desconhecido, também dito **metástase de origem desconhecida**, são caracterizados quando uma lesão é biopsiada e o resultado do exame patológico é de neoplasia maligna, mas cuja localização primária não se detecta, mesmo que o seu tipo celular seja reconhecido (carcinoma, adenocarcinoma, linfoma sarcoma, melanoma...) ou não (neoplasia indiferenciada).

Esses casos apresentam tipos histopatológicos diversos e manifestações clínicas, variadas, inclusive emergenciais, e há uma sistemática de avaliação diagnóstica, a partir do diagnóstico histopatológico, que exige porte tecnológico laboratorial e de diagnóstico por imagem, bem como recursos humanos capacitados e experientes. Assim, têm de ser encaminhados para um hospital habilitado para a assistência de alta complexidade em oncologia.

A sua frequência depende dessa capacidade instalada. Porém, mesmo com uma disponibilidade completa dela, casos persistem sem que jamais se identifique o local primário do tumor (seja por ter tido regressão espontânea ou tenha sido excisado ou fulgurado), devendo ser tratados como metastáticos, conforme a sua classificação histopatológica, inclusive se indiferenciada.

### 3.2.13. URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

É importante lembrar que a maioria dos casos de câncer não se apresenta como emergências; ao contrário. Geralmente, os pacientes se encontram em uma situação clínica que permite a

avaliação da extensão da doença (*estadiamento*), sendo esta avaliação fundamental para a definição do prognóstico e do planejamento terapêutico.

Os quadros emergenciais em oncologia são consequência direta do crescimento tumoral (como obstrução, perfuração e hemorragia, a síndrome de compressão da medula espinhal e a síndrome de compressão da veia cava superior) ou manifestações paralelas (como hipercalcemia e coagulação intravascular disseminada).

Há casos de emergência oncológica em que, mesmo sem confirmação patológica - seja pela localização (metástases cerebrais, p.ex.), seja por emergência (compressão vascular ou orgânica e metástases cerebrais) -, a indicação terapêutica se baseia na necessidade de descompressão imediata de órgãos vitais ou de contenção de sangramento, causados pelo tumor ou suas metástases *per se*.

Essas alterações demandam condutas especializadas, clínicas ou cirúrgicas, imediatas. Contudo, uma solução duradoura só poderá ser alcançada com a utilização de um tratamento antitumoral efetivo (cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico).

Tais casos devem ser atendidos nos hospitais em que estão sendo tratados ou acompanhados pós-tratamento, habilitados que são para a assistência de alta complexidade em oncologia.

São síndromes que caracterizam emergências oncológicas, sejam devidas ao tumor primário ou suas metástases ou ao seu tratamento:

- Síndrome de compressão da veia cava superior;
- Síndrome de hipertensão intracraniana;
- Síndrome de compressão da medula espinhal;
- Neutropenia febril;
- Peritonite;
- Síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético;
- Síndrome de insuficiência suprarrenal;
- Síndrome de trombose e de hipercoagulabilidade;
- Síndrome de anemia aguda;
- Síndrome de desequilíbrio hidroeletrolítico (por vômitos)
- Síndromes causadas por derrames cavitários (peritoneal, pleural ou pericárdico);
- Síndrome devida a ruptura de vísceras, obstrução, compressão ou perfuração;
- Emergências metabólicas:
  - Síndrome de lise tumoral e hiperuricemia;
  - Hiponatremia;
  - Hipercalcemia;
  - Acidose láctica;
  - Hiperamonemia;
  - Hiperglicemia;
  - Hipoalbuminemia.

### 3.3. REFERÊNCIA HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Como já mencionado, o tratamento do câncer deve ser integrado e realizado em hospitais habilitados como Unidade (Unacon) ou Centro (Cacon) de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, para a assistência integral e especializada ao paciente, que implica o diagnóstico, a avaliação da extensão da neoplasia (*estadiamento*), o tratamento e demais cuidados necessários, de acordo com suas rotinas e condutas estabelecidas.

A sua caracterização encontra-se no **Anexo 1**.

Devem ser disponibilizadas por esses hospitais, além dos ambulatórios, vagas hospitalares para três grupos de pacientes:

Tipo de Vagas	Indicações Clínicas	Condições necessárias
<b>Tratamento em oncologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções cirúrgicas oncológicas terapêuticas curativas ou paliativas.</li> <li>• Tratamento oncológico clínico de adultos.</li> <li>• Tratamento oncológico clínico de crianças e adolescentes.</li> <li>• Tratamento em hematologia (leucemias agudas).</li> <li>• Emergências oncológicas.</li> <li>• Internação para tratamento de leucemias agudas/crônicas agudizadas.</li> <li>• Internação para quimioterapia de administração contínua.</li> <li>• Internação para quimioterapia intra-arterial.</li> <li>• Internação para radioterapia externa (cobaltoterapia/acelerador linear).</li> <li>• Internação para braquiterapia.</li> <li>• Internação para radioterapia estereotáxica do sistema nervoso central.</li> </ul>	<p>O tratamento indicado exige a internação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• por ser cirúrgico;</li> <li>• por ser radioterápico em regime de internação;</li> <li>• por exigir isolamento; ou</li> <li>• por ser quimioterapia de administração contínua.</li> </ul>
<b>Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico</b>	<p>Intercorrências em casos de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer e que estejam em tratamento oncológico no hospital.</p>	<p>Tratamento clínico de paciente internado por intercorrência devida ao câncer ou ao seu tratamento. Entende-se por intercorrência clínica a complicação aguda, previsível ou não, devida à neoplasia maligna ou ao seu tratamento e que necessita de internação, na modalidade hospitalar ou em hospital-dia, para controle da complicação.</p>

<b>Tratamento Clínico de Paciente Oncológico</b>	Doentes em tratamento antitumoral que exigem maior tempo de internação por complicação desse tratamento, mas que a ele retornarão, ou a doentes fora de tratamento antitumoral que precisam de tratamento mais demorado de complicações terapêuticas ou pela evolução do próprio tumor.	Tratamento clínico de paciente internado na modalidade hospitalar por complicação aguda ou crônica devida à neoplasia maligna ou ao seu tratamento, inclusive a progressão tumoral ou complicação progressiva. A autorização deste procedimento pode seguir-se ao tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, se o controle da complicação intercorrente exigir maior permanência hospitalar.
--	---	--

Como já mencionado, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), estabelecidos e atualizados pelo Ministério da Saúde, encontram-se disponíveis em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt> e em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>.

Na inexistência de protocolos ou diretrizes publicados pelo Ministério da Saúde, deve-se observar as condutas institucionais.

# ANEXO I

## CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS HABILITADOS PARA A ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

HABILITAÇÃO	CARACTERIZAÇÃO
<b>Unacon - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia</b>	Hospital habilitado na alta complexidade com serviço de cirurgia (no mínimo com cirurgia geral; cirurgia do aparelho digestivo; coloproctologia; ginecologia; mastologia; e urologia), oncologia clínica e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de radioterapia, serviço de hematologia ou serviço de oncologia pediátrica.
<b>Unacon Exclusiva de Hematologia</b>	Hospital habilitado com serviços para diagnóstico e tratamento clínico de hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças, adolescentes, adultos e idosos, e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de radioterapia.
<b>Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica</b>	Hospital habilitado com serviços para diagnóstico e tratamentos cirúrgico e clínico pediátricos de tumores sólidos e hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças e adolescentes, e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de radioterapia.
<b>Cacon - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia</b>	Hospital habilitado com serviço de cirurgia (no mínimo com cirurgia geral; cirurgia do aparelho digestivo; coloproctologia; ginecologia; mastologia; urologia; cirurgia de cabeça e pescoço; cirurgia de pele e cirurgia plástica; cirurgia torácica; e cirurgia de ossos e partes moles), oncologia clínica, hematologia, radioterapia (incluindo braquiterapia) e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de oncologia pediátrica.
<b>Hospital Geral com Cirurgia Oncológica</b>	Hospital com serviço de cirurgia (no mínimo com cirurgia geral; cirurgia do aparelho digestivo; coloproctologia; ginecologia; mastologia; e urologia).

Sugere-se a leitura da Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019, consolidada na Portaria de Consolidação SAES/MS Nº 1, de 22 de fevereiro de 2022.

Para uma adequada regulação assistencial, também sugere-se conhecer os atendimentos especializados prestados pelos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia no território e na região de saúde, além dos minimamente exigidos, bem como aqueles que são estabelecidos pelos respectivos gestores do SUS.

A relação atualizada desses hospitais encontra-se em disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/daet>

## FONTES CONSULTADAS

Andermann A. Revisting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization. 2008 Apr 1;86(4):317-9. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647421/> .

Barreto M da S, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. Revista Kairós: Gerontologia. 2015 Mar 30 [cited 2021 Apr 22];18(1):325-39. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092> .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf) .

Brasil. Ministério da Saúde. Controle de Câncer Glossário Temático Projeto de Terminologia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_controle\\_cancer.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_controle_cancer.pdf) .

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Ministério da Saúde; 2016. Disponível em [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos\\_publicacoes/diretrizes/diretrizes\\_metodologicas\\_web.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes_metodologicas_web.pdf) .

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf) .

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA - Instituto Nacional de Câncer; 2016. Disponível em [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf) .

\_\_\_\_\_. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA - Instituto Nacional de Câncer; 2018. Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil> .

\_\_\_\_\_. Estimativa 2020 - Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA - Instituto Nacional de Câncer; 2018. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> .

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo IX Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017; Seção I:61. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html) .

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2010; Seção I:192. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) .

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolidação das Normas sobre Atenção Especializada à Saúde. Seção III Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2022; Seção I:206. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001\\_31\\_03\\_2022.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html) 48 .

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt> .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde - 30ª Edição. Agosto de 2022. Manual de Bases Técnicas da Oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 203 p. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_oncologia\\_14edicao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf) .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Metodológicas. Disponível em [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos\\_publicacoes/diretrizes/diretrizes\\_metodologicas\\_ptc.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes_metodologicas_ptc.pdf) .

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Cardiologia. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada Volume II. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_especializada\\_cardiologia\\_v\\_II.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf) .

DeVita Jr. VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer - Principles & Practice of Oncology. EUA: Wolters Kluwer Health, 2019. 11th edition. 2390p.

Durand M-A, Moulton B, Cockle E, Mann M, Elwyn G. Can shared decision-making reduce medical malpractice litigation? A systematic review. BMC Health Services Research. 2015 Apr 18;15(1). Disponível em <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0823-2> .

Elwyn, G, et al. A proposal for the development of national certification standards for patient decision aids in the US. Health Policy, Limerick. 2018 jul 1. v. 122, n. 7. p. 703-6. DOI 10.1016/j.healthpol.2018.04.010.

Gates TJ. Screening for cancer: concepts and controversies. American Family Physician. 2014 Nov 1;90(9):625-31. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25368922/> .

Gérvás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gaceta Sanitaria. 2006 Mar 1. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391110671576X> .

Goldwag J, Marsicovetere P, Scalia P, Johnson HA, Durand M-A, Elwyn G, et al. The impact of decision aids in patients with colorectal cancer: a systematic review. BMJ Open. 2019 Sep;9(9):e028379.

Hargraves IG, Montori VM, Brito JP, Kunneman M, Shaw K, LaVecchia C, et al. Purposeful SDM: A problem-based approach to caring for patients with shared decision making. Patient Education and Counseling. 2019 Oct;102(10):1786-92. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6717012/> .

Hensin T. et al. Early detection of melanoma: reviewing the ABCDEs. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015. v. 72, n. 4, p. 717-723, Apr 2015. DOI 10.1016/j.jaad.2015.01.025.

Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. n. 1, p. CD001216, 24 Jan 2007. DOI 10.1002/14651858.CD001216.pub2 .

International Agency for Research on Cancer. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. publications.iarc.fr. Disponível em: <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/Other--Non-Series-Publications/Cancer-Epidemiology-Principles-And-Methods-1999>.

International Conference on Shared Decision Making. v. 73, n. 3. p. 526-35 DOI 10.1016/j.pec.2008.07.018. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 Aug;15(5):2297-305. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&-category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&-category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965).

Kameo SY, Souza DF, Nogueira JF, Santos LC, Amorim BF. Urgências e Emergências Oncológicas: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2018; 64(4): 541-550. Disponível em <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/203> .

Légaré F, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, [Limerick]. 2008 dec 1. 4th.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 Aug;15(5):2297-305. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&-category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&-category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965) .

Merchant FM, Dickert NW, Howard DH. Mandatory Shared Decision Making by the Centers for Medicare & Medicaid Services for Cardiovascular Procedures and Other Tests. *JAMA*. 2018 Aug 21; 320(7):641. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2683805> .

National Cancer Institute. What is Cancer Overdiagnosis? Division of Cancer Prevention. 2015. Disponível em <https://prevention.cancer.gov/news-and-events/infographics/what-cancer-overdiagnosis>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline. NICE 2022. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12> .

\_\_\_\_\_. Overview | Suspected cancer: recognition and referral | Guidance | NICE. Nice.org.uk. NICE; 2015. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12> .

Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Sep;25(9):2012-20.

\_\_\_\_\_. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *British Journal of General Practice*. 2018 Dec 27;69(678):28-9. DOI 19.3399/bjgp19X700517.

\_\_\_\_\_. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015 Jun 24;10(35):1-10. 50.

Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços.

Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018;28(2):280206. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/GNjxJkJFNrHNxGVBNSdjMFJ/?format=pdf&lang=pt> .

Souza KA de O, Souza LE PF de. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate. 2018 Oct;42(spe2):48-60.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil; 2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf) .

Tsao H, Olazagasti JM, Cordoro KM, Brewer JD, Taylor SC, Bordeaux JS, et al. Early detection of melanoma: Reviewing the ABCDEs. Journal of the American Academy of Dermatology. 2015 Apr;72(4):717-23.

World Health Organization. Early detection. World Health Organization; 2007. Disponível em <https://www.who.int/cancer/modules/en/> .

\_\_\_\_\_. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. PubMed. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24716262/> .

\_\_\_\_\_. Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization; 2017. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf> .

\_\_\_\_\_. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. World Health Organization; 2020. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001299> .

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia. France. IACR, 2022 Disponível em <https://screening.iarc.fr/atlasoral.php> .

Zonta R, et al. Rastreamento. unasus-cp.moodle.ufsc.br. Disponível em [https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/164858/mod\\_resource/content/37/Rastreamento/index.html](https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/164858/mod_resource/content/37/Rastreamento/index.html) .



DISQUE  
SAÚDE **136**

gov.br/**saude**

    **minsaude**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL