



# PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



# **PROTOCOLO DE ONCOLOGIA ADULTO**

**Vitória – ES**

**2022**





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**JOSÉ RENATO CASAGRANDE**

Governador do Estado do Espírito Santo

**NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR**

Secretário de Estado da Saúde

**JOSÉ MARIA JUSTO**

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

**FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS**

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

**RICARDO DOS SANTOS COSTA**

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

**JOSÉ TADEU MARINO**

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

**LUIZ CARLOS REBLIN**

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

**ERICO SANGIORGIO**

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

**Vitória, maio de 2022.**



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## Elaboração e informações:

### Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.  
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória - ES.  
Tel: (27) 3347-5630  
Site: <https://saude.es.gov.br/>

### Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória - ES.  
Tel: (27) 3347-5671  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [ssercas@saude.es.gov.br](mailto:ssercas@saude.es.gov.br)

### Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Duque de Caxias, 267 - Centro  
CEP: 29010-120 - Vitória - ES.  
Tel: (27) 5672-3347  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [icepi@saude.es.gov.br](mailto:icepi@saude.es.gov.br)

## Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

## Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Laís Coelho Caser  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Margareth Pandolfi  
Patrícia Rocha Vedova Pirola  
Roberta Pedrini Cuzzuol  
Sílvio José Santana

## Autores:

Caroline Secatto Tres  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Laís Coelho Caser  
Roberta Pedrini Cuzzuol

## Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

## Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torabay  
Guilherme Campello





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## SUMÁRIO

Introdução .....	1
Apresentação .....	2
Critérios de Prioridade .....	3
Lista de Abreviaturas .....	5
1. Consulta em Oncologia Clínica .....	7
2. Consulta em Oncologia – Mastologia .....	8
3. Consulta em Oncologia – Ginecologia .....	10
4. Consulta em Cirurgia Oncológica .....	11
5. Consulta em Oncologia – Ortopedia .....	12
6. Consulta em Oncologia – Cabeça e Pescoço .....	13
7. Consulta em oncologia – Cirurgia Torácica .....	14
8. Triagem e Consulta em Câncer de Boca .....	16
9. Consulta em Oncologia – Cirurgia Plástica .....	17
10. Consulta em oncologia – Urologia .....	17
11. Consulta em oncologia – Hematologia .....	17
12. Urgências Oncológicas .....	22
13. Conteúdo de Apoio para Encaminhamento às Especialidades Não Oncológicas	
13.1. Algoritmo diagnóstico para achados anormais palpáveis na mama em mulheres menores de 30 anos de idade .....	26
13.2. Periodicidade de Seguimento do Nódulo de Pulmão Incidental, com Tomografia Computadorizada (TC) sem contraste na APS .....	27
13.4. Acompanhamento de Lesões Pré-Malignas Colorretais com Colonoscopia .....	30
13.5. Rastreamento com Colonoscopia em Pessoas com Risco Aumentado de Câncer Colorretal .....	31
13.6. Abordagem ao Paciente com Incidentaloma Adrenal .....	32
14. Referências Bibliográficas .....	34





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial, fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando à integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos, incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: *“(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)*

*(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”*

Capítulo II: *“(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitadas a legislação vigente.(...)”*

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**Legenda dos Critérios de Prioridades:** os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	<b>Eletivo de alta prioridade:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	<b>Eletivo prioritário:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	<b>Prioridade eletiva não urgente:</b> são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	<b>Eletivo de rotina:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
GGT	Gama Glutamil Transferase
HBSAG	Imunoensaio cromatográfico rápido para antígeno do vírus da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSIL	Lesão Intraepitelial de Alto Grau
LDH	Lactato Desidrogenase
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PSA	Antígeno Prostático Específico
TC	Tomografia Computadorizada
TI-RADS	Thyroid Imaging Reporting and Data System
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico-Pirúvica
TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
USG	Ultrassonografia





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Oncologia Adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
  - História da doença atual;
  - Sintomas e tempo de evolução;
  - Fatores predisponentes ao câncer (p.ex. etilismo, tabagismo, exposição a agentes químicos e padrão de dieta);
  - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial);
  - História pregressa de neoplasia(s) – informar histórico progresso de neoplasias, informando quando, qual tipo e qual tratamento foi realizado;
  - História patológica familiar, informar antecedentes de neoplasias (qual a neoplasia e qual o grau de parentesco) e demais patologias;
  - Medicações em uso.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

**OBS:** A Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo terceiro registra que “ Art. 3º O prazo de 60 (sessenta) dias fixado no Art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, para fins do primeiro tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico do paciente no SUS, contar-se-á a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.” Portanto, **todos os pacientes devem ser considerados como prioritários para regulação**, sendo registradas neste protocolo algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 1. CONSULTA EM ONCOLOGIA CLÍNICA

### 1.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Todos os pacientes com diagnóstico de exame histopatológico ou anatomopatológico positivo para neoplasia maligna.
- É necessária a biópsia para encaminhamento.

### 1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

#### • Anamnese:

Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo;

Descrever as alterações do exame físico;

É NECESSÁRIO SEMPRE ANEXAR A BIÓPSIA (Descrever laudo(s) histopatológico(s) ou anatomopatológico(s) para essa especialidade).

### 1.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.



## 2. CONSULTA EM ONCOLOGIA – MASTOLOGIA

### 2.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Mamografias com classificação BI-RADS 4 ou 5;
- Câncer de Mama diagnosticado (confirmação histológica por biópsia **OU** PAAF de mama com citologia sugestiva de câncer de mama);
- Achados no exame físico altamente sugestivos de neoplasia da mama (Quadro 1);
- Achados em exame de imagem de BI-RADS categoria 4 ou 5 (Quadro 2);
- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (BI-RADS 6 – Quadro 2)
- Achados em exame de imagem com classificação BI-RADS categoria 4 ou 5 (Quadro 2);
- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (BI-RADS 6 - Quadro 2).

### 2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**

Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo:

História pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer;

História familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico;

- **Exame físico:**

Descrever alterações de exame físico.

- **Exames complementares:**

Descrever data(s) e resultado(s) de mamografia(s) com suspeita de neoplasia e/ou ultrassonografia(s) e/ou biópsia(s) (se disponíveis).

Anexar laudo(s) de exame(s) de imagem realizado(s), principalmente mamografia(s) e ecografia(s) mamária(s), ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.

### 2.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 2.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

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

Quadro 1. Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama.

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

## CATEGORIAS DE AVALIAÇÃO DE BI-RADS

AVALIAÇÃO	CONDUTA	PROBABILIDADE DE CÂNCER
<b>Categoria 0:</b> Inconclusivo	Convocação para avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores	Não Aplicável
<b>Categoria 1:</b> Negativa	Rastreamento de rotina conforme faixa etária	Essencialmente 0%
<b>Categoria 2:</b> Achado(s) benigno(s)	Rastreamento de rotina conforme faixa etária	Essencialmente 0%
<b>Categoria 3:</b> Achado(s) provavelmente benigno(s)	Seguimento de curto prazo (6 meses) ou mamografias contínuas de vigilância.	Entre 0 e 2%
<b>Categoria 4:</b> Achados suspeitos malignidade	Avaliação por diagnóstico tecidual (biópsia)	Entre 2 e 95%
<b>4A</b> - baixa suspeita		Entre 2 a 10%
<b>4B</b> - moderada suspeita		Entre 10 e 50%
<b>4C</b> - alta suspeita		Entre 50 e 95%
<b>Categoria 5:</b> Achado altamente sugestivo de malignidade	Avaliação por diagnóstico tecidual (biópsia)	Maior que 95%
<b>Categoria 6:</b> Malignidade comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado	Não Aplicável

Quadro 2. Categorias de avaliação de BI-RADS.

Fonte: 2021 – UpToDate, Reimpressão com autorização do American College of Radiology.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 3. CONSULTA EM ONCOLOGIA – GINECOLOGIA

### 3.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Casos com NIC II e III (Lesão Intraepitelial de Alto Grau-HSIL);
- Neoplasia malignas dos Ovários / Endométrio (Sangramento vaginal pós menopausa).

### 3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**  
Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo.
- **Exame físico:**  
Descrever as alterações de exame físico;
- **Exames Complementares:**  
Descrever os exames suspeitos de papanicolau e/ou ultrassonografia e/ou colposcopia e/ou biópsias.

### 3.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 3.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.



## 4. CONSULTA EM CIRURGIA ONCOLÓGICA

### 4.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Esôfago / Estômago / Intestinos / Pâncreas / Fígado / Vesícula biliar e Vias biliares / Reto;
- Outros tumores avançados de pele;
- Partes moles suspeitos de sarcoma;
- Linfonodomegalias inguinais, axilares e retroperitoneais;
- Neoplasias do peritônio.

### 4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**

Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo;

História de câncer em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico.

- **Exame físico:**

Descrever as alterações do exame físico.

- **Exames complementares:**

Descrever o(s) resultado(s) da(s) Endoscopia Digestiva Alta e/ou Colonoscopia e/ou Ultrassonografia e/ou Tomografia Computadorizada;

Descrever o(s) resultado(s) da(s) colonoscopia ou anatomopatológico, se realizados, com data;

Descrever o(s) resultado(s) da(s) pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;

Descrever o(s) resultado(s) de outro(s) exame(s) de imagem, se realizado(s), com data;

Ressonância Magnética e/ou Retossigmoidoscopia e/ou Biópsia (se disponível); e/ou encaminhamento com forte suspeita das neoplasias acima.

### 4.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 4.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, "URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS".





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 5. CONSULTA EM ONCOLOGIA – ORTOPEDIA

### 5.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Suspeita de tumores ósseos, lesões ósseas suspeitas de neoplasia primária ou secundária.

### 5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**

Descrever presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo.

- **Exame físico:**

Descrever alterações de exame físico;

- **Exames complementares:**

Descrever data(s) e resultado(s) de Raio-X e/ou TC e/ou RNM (incluir a localização e tamanho da massa).

### 5.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 5.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 6. CONSULTA EM ONCOLOGIA – CABEÇA E PESCOÇO

### 6.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Linfonodomegalias cervicais;
- Nódulos e tumores na laringe ou faringe;
- Suspeita de neoplasia;
- Laringe; Traquéia; Faringe; Cordas Vocais; Face; Região cervical; Couro cabeludo; Parótida; Tireóide;
- Nódulos de tireóide TIRADS III com características de malignidade, IV e V.

### 6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**  
Descrever presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo.
- **Exame físico**  
Descrever alterações de exame físico.
- **Exames complementares**  
Descrever data e resultado(s) da Videolaringoscopia e/ou Ultrassonografia e/ou Biópsia (se disponível) e/ou Tomografia Computadorizada.

### 6.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 6.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.



## 7. CONSULTA EM ONCOLOGIA – CIRURGIA TORÁCICA

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

- Nódulo sólido menor que 6 mm, em pessoa com alto risco para câncer de pulmão (Quadro 4);
- Nódulo sólido maior ou igual a 6 mm e menor que 8 mm, independentemente do risco para câncer de pulmão (Quadro 4).

### 7.2. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Massas ou nódulos pulmonares evidenciados em raio-x de tórax ou tomografia computadorizada associados;
- Lesões pulmonares, mediastinais e de parede torácica com suspeita de neoplasia maligna;
- Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm);
- Nódulo sólido ou subsólido<sup>1</sup> em pessoa com alterações clínicas sugestivas de malignidade<sup>2</sup>, independentemente do tamanho
- Diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna pulmonar.

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

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

### 7.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**  
Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo;  
Tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em anos-maço);  
exposição ocupacional (sim ou não). Se sim, qual;  
História prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;  
História familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco.
- **Exame físico:**  
Descrever alterações de exame físico.
- **Exames complementares:**  
Descrever data e resultado de raio-x de tórax e/ou tomografia computadorizada e/ou biópsia (se disponíveis).  
Descrever resultado de exame(s) de imagem(s) de tórax com descrição de tamanho, localização, características da lesão e presença e tipo de calcificação, com data;  
Resultado de outros exames de imagem de tórax prévios quando disponíveis, com data.

### 7.4. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 7.5. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Lesão mediastinal ou pulmonar com sinais ameaçadores à vida:
  - Dispnéia grave;
  - Síndrome de veia cava superior;
  - Pulso paradoxal;
  - Hemoptise maciça (> 150 ml em 24h);
  - Pneumotórax;
  - Derrame pleural volumoso (> 1/3 do hemitórax);
- Tumor de Pancoast;
- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 8. TRIAGEM E CONSULTA EM CÂNCER DE BOCA

### 8.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Suspeita de neoplasia em Úvula / Palatos (mole e duro) / Lábios / Língua / Bochecha / Gengiva.

### 8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**

Descrever presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo;

Especificar delimitação do tumor.

- **Exame físico:**

Descrever alterações do exame físico.

- **Exames complementares**

Não há necessidade de biópsia.

### 8.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 8.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 9. CONSULTA EM ONCOLOGIA – CIRURGIA PLÁSTICA (APENAS LESÕES DE PELE)

### 9.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Lesão de pele com suspeita clínica de neoplasia ou que necessite de biópsia;
- Pacientes que já tenham realizado biópsia.

### 9.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**  
Descrição completa da lesão de pele.
- **Exame físico:**  
Descrever as alterações de exame físico.
- **Exames complementares:**  
Não se aplica.

### 9.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 9.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.

## 10. CONSULTA EM ONCOLOGIA – UROLOGIA

### 10.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematuria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/ml;
- Suspeita clínica de neoplasia de pênis; bexiga; uretra; ureter, suprarrenal; testículo; rim;
- Suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- Paciente em qualquer idade e uma medida de PSA total  $\geq$  a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite (se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite aguda, repetir PSA após um mês do tratamento);
- Diagnóstico histopatológico de neoplasia prostática.

### 10.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**  
Descrever sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);  
Uso de finasterida (sim ou não). Se sim, especifique tempo de uso.
- **Exame físico:**  
Descrever as alterações do exame físico;



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Exames complementares**

Anexar resultado de biópsia prostática, com data, ou descrever na íntegra os seus resultados, se realizada;

Descrever o resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/ml em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);

Descrever o resultado de EQU/EAS/Urina tipo 1, com data;

Descrever resultado(s) de exame(s) de Ultrassonografia e/ou Tomografia e/ou Ressonância (para casos de bexiga, testículo, suprarrenal, ureter e rim).

### 10.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 10.4. Condições clínicas devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita clínica ou diagnóstico de câncer de próstata associado a complicações agudas:

Obstrução urinária;

Hematúria volumosa com coágulos;

Hidronefrose bilateral;

Sinais e sintomas de acometimento da coluna vertebral (perda progressiva da força e alteração de sensibilidade de membros inferiores, anestesia em sela, alterações no controle dos esfíncteres, suspeita de fratura óssea).

Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.



## 11. CONSULTA EM ONCOLOGIA – HEMATOLOGIA

### 11.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com neoplasias hematológicas (malignas), tais como leucemias agudas, leucemias crônicas, mieloma múltiplo, linfomas de Hodgkin e linfomas não Hodgkin;
- Linfonodomegalia e/ou esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- Linfonodomegalia associada a Sintomas B:  
Perda de peso inexplicável superior a 10% do seu peso corporal original durante os seis meses antes do diagnóstico;  
Febre inexplicável com temperaturas acima de 38°C;  
Sudorese noturna.
- Linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;
- Diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunohistoquímico de leucemia, linfoma ou doença linfoproliferativa;
- Leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:  
Leucocitose persistente às custas de linfócitos ( $> 4.000$  linfócitos/mm<sup>3</sup> e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (linfoproliferação crônica);  
Leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de processo infeccioso ou uso de medicamento que justifique;
- Quadro clínico sugestivo de gamopatia monoclonal (ex. mieloma múltiplo):  
Anemia;  
Hipercalcemia;  
Perda de função renal;  
Fraturas patológicas;  
Alteração monoclonal identificada na eletroforese de proteínas séricas.
- Pacientes com distúrbios mieloproliferativos crônicos (policitemia vera, trombocitemia essencial e mielofibrose).

### 11.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**  
Descrever sinais e sintomas (descrever sintomas B, tempo de evolução, história de manifestações hemorrágicas ou trombóticas);  
Descrever os medicamentos em uso.
- **Exame físico:**  
Se presença de linfonodomegalias, descrever as características (tamanho, consistência, fixação a planos profundos) e localização dos linfonodos;  
Descrever palpação abdominal, presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SINAIS DE ALARME NA ANAMNESE E AO EXAME FÍSICO
Sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional)
Sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva)
Fadiga generalizada
Fraqueza
Palidez
Infecções recorrentes
Esplenomegalia
Linfadenopatia
Bicito/pancitopenia

Quadro 3. Sinais de Alarme na Anamnese e ao Exame Físico.

- **Exames complementares**

Descrever resultado(s) de hemograma completo (descrever microscopia, se presente) e número de plaquetas, com data (se citopenias ou leucocitose persistentes, sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de um mês entre os exames);

Descrever resultado(s) dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica ou alterações observadas no hemograma;

Descrever resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias de citopenias em pessoas sem critérios de gravidade: anti-HCV, HBsAg, anti-HIV (ou testes rápidos), TGO/TGP, creatinina, albumina, GGT, TAP/PTTK, TSH, vitamina B12, ácido fólico, LDH e ácido úrico;

### 11.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica. Justificativa legal: Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013, Art. 3º.

### 11.4. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamentos ao serviço de urgência e emergência:

- Citopenias ou leucocitose ou presença de blastos e sinais de alarme para neoplasias hematológicas - suspeita de leucemias agudas;
- Bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:  
Hemoglobina < 7 g/dl; e/ou  
Neutrófilos < 500 células/mm<sup>3</sup>; e/ou  
Plaquetas < 50 mil células/mm<sup>3</sup>;



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Citopenias graves em pessoas com linfonomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo;
- Neutropenia febril ( $< 1500$  neutrófilos/mm<sup>3</sup>);
- Sinais ou sintomas de leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos ou priapismo em pessoas com hiperleucocitose<sup>1</sup>) ou leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm<sup>3</sup>;
- Suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner) em pessoa com massas linfonodais grandes;
- Trombocitopenia crítica ( $< 20.000$  plaquetas/mm<sup>3</sup>).
- Vide item nº 12 do Protocolo, “URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS”.

<sup>1</sup> Hiperleucocitose: leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm<sup>3</sup>.





## 12. URGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

### 12.1. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

#### 12.1.1. Hipercalemia Secundária ao Tumor ou Hipercalemia da Malignidade:

Definida como a hipercalemia (cálcio total > 10.5 mg/dL) em pacientes com condições oncológicas predisponentes;

Ocorre em 10% a 20% dos pacientes oncológicos durante a evolução da doença;

A ocorrência de hipercalemia é um sinal de mau prognóstico, com mortalidade de cerca de 50% em um mês. As principais causas são:

Secreção de Proteína Relacionada ao Paratormônio - PTHrP (80%);

Metástases osteolíticas (20%);

Secreção de Paratormônio - PTH (ex: hiperparatireoidismo primário, reposição de cálcio, uso de diuréticos tiazídicos).

**Quadro clínico:** A maior parte dos pacientes com hipercalemia da malignidade são assintomáticos. O quadro clínico depende também da velocidade de instalação, gravidade da hipercalemia, função cognitiva prévia, idade, função renal e uso concomitante de sedativos.

**Os sinais e sintomas mais comuns são:** Náuseas e vômitos; confusão mental; rebaixamento do nível de consciência (obnubilação, torpor ou coma); constipação intestinal; poliúria e desidratação, podendo ocorrer lesão renal aguda pré-renal; hiporexia; e dor abdominal.

**Neoplasias que mais comumente causam hipercalemia da malignidade:** mama; pulmão; mieloma múltiplo; e carcinomas espinocelulares em geral.

#### 12.1.2. Síndrome de Lise Tumoral (SLT):

A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica, caracterizada por uma condição clínica decorrente da excessiva liberação de conteúdos intracelulares (eletrólitos e produtos do metabolismo dos ácidos nucleicos) na circulação sistêmica, secundária à lise maciça de células tumorais, espontânea ou causada pelo tratamento oncológico (em geral, relacionada ao início de terapia citotóxica antitumoral).

Conseqüentemente, surgem anormalidades metabólicas potencialmente fatais, como: hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperuricemia e acidose metabólica. Esses distúrbios eletrolíticos e metabólicos podem produzir efeitos clínicos tóxicos, incluindo insuficiência renal, arritmias cardíacas, convulsões e morte por falência múltipla de órgãos.

Então, diante do exposto, torna-se crucial o reconhecimento precoce e o manejo adequado da SLT, uma vez que estratégias de prevenção e tratamento podem reduzir significativamente a morbimortalidade desta síndrome.

**Quadro clínico:** Náuseas, vômitos, astenia; lesão renal aguda; arritmias secundárias à hipercalemia e à hipocalcemia; convulsões e tetania (secundárias à hipocalcemia); calcificação ectópica; síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).



A incidência da SLT varia amplamente conforme o tipo de neoplasia, da terapia citotóxica usada e da adoção de adequada estratégia preventiva.

Aparece em geral, após o início do tratamento com agentes citotóxicos, principalmente com a quimioterapia. No entanto, também pode ocorrer espontaneamente na ausência de tratamento em tumores com grande volume celular.

Tipicamente está associada à malignidades hematológicas agressivas, devido à grande carga tumoral e à rápida lise celular com o tratamento antitumoral, particularmente linfomas não-Hodking de alto grau e leucemias linfocíticas agudas. Entretanto, a SLT pode ocorrer com outros tipos de tumores com alta taxa de proliferação, grande carga tumoral ou alta sensibilidade à terapia citotóxica. Na realidade, cada vez mais a SLT tem sido relatada em pacientes com tipos de câncer que raramente apresentavam esta complicação, como mieloma múltiplo, melanoma, carcinoma endometrial e hepatocarcinoma. Acredita-se que isto se deve ao aumento da disponibilidade da terapia citotóxica e ausência da utilização da profilaxia para a síndrome.

### 12.1.3. Neutropenia Febril:

A neutropenia é uma manifestação comum de defeitos da medula óssea associados à redução de eritrócitos e plaquetas, tendo como possíveis causas as anemia aplásica, leucemia, mielodisplasia, anemia megaloblástica, os tratamentos quimioterápicos, dentre outras.

Estima-se que 10% a 50% dos pacientes com tumores sólidos, e mais de 80% dos portadores de neoplasias hematológicas, desenvolverão febre em pelo menos um episódio de neutropenia ao longo do tratamento quimioterápico.

**Quadro Clínico e Anamnese:** Caracterizado pela pobreza de sinais e sintomas, devendo ser obtida anamnese detalhada das características da febre, dor, sintomas cutâneos, respiratórios, geniturinários, orofaríngeos e gastrointestinais;

O paciente neutropênico recebe o diagnóstico de neutropenia febril quando sua temperatura oral for  $> 38.3^{\circ}\text{C}$  (medida única) ou  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  por mais de 1h. Como a temperatura oral é 3 a 4 décimos maior do que axilar, podemos aceitar como limiar de febre uma temperatura axilar  $> 37,8^{\circ}\text{C}$  para o diagnóstico. Contudo, mesmo na ausência de febre, alguns pacientes neutropênicos devem ser abordados como se estivessem com neutropenia febril, desde que existam indícios clínicos de infecção (ex.: dispnéia, hipotensão arterial, hipotermia etc.), demandando o imediato início de antibioticoterapia empírica.

Segundo os guidelines atuais, neutropenia é uma contagem de neutrófilos menor que 500 cél/microL (ou  $< 500/\text{mm}^3$ ) ou menor que 1.000 cél/microL (ou  $< 1000/\text{mm}^3$ ) com previsão de queda para menos de 500 cél/microL (ou  $< 500/\text{mm}^3$ ) nas próximas 48h. Uma contagem menor que 100 cél/microL (ou  $< 100/\text{mm}^3$ ) é considerada “neutropenia profunda” para alguns autores.

### 12.1.4. Síndrome da Veia Cava Superior:

Conjunto de sinais e sintomas causados pela obstrução do fluxo da veia cava superior, que pode ser determinado por invasão tumoral, compressão extrínseca ou trombose.



Causas neoplásicas: na maior parte das vezes (até 90%) é determinada por neoplasias (tumores mais comuns causadores de SVCS: câncer de pulmão, linfoma não-Hodgkin, tumor germinativo de mediastino, timoma);

Causas não-neoplásicas mais comuns: mediastinite fibrosante, trombose relacionada à presença de dispositivos vasculares totalmente implantáveis.

Quadro clínico: a severidade do quadro clínico é dependente do grau e da velocidade de instalação da obstrução da veia cava superior, e os principais sinais e sintomas associados são:

Edema facial, tórax superior e de membros superiores;

Distensão de vasos venosos do pescoço e tórax superior com circulação colateral visível;

Pletora facial, dispnéia, tosse, estridor, síncope, cefaléia, tonturas, confusão, rouquidão, edema de vias aéreas superiores, edema cerebral.

### **12.1.5. Compressão Medular:**

A síndrome de compressão medular (SCM) é caracterizada pela compressão do espaço epidural por massa tumoral, geralmente extradural e de origem metastática. São abarcados por esse termo tanto o acometimento da medula espinhal propriamente dita quanto da cauda equina. Estima-se que ocorra em 2,5% a 5% dos pacientes com qualquer tipo de câncer.

A síndrome de compressão medular é considerada uma urgência oncológica, isso porque muitas de suas consequências, de curto a médio prazo, tornam-se potencialmente irreversíveis e o principal fator prognóstico do paciente acometido é o seu status no momento de início do tratamento.

Os tumores cujos quadros usualmente correm com a SCM são os de mama (29%), pulmão (17%) e próstata (14%). Além desses, linfomas, tumores de células renais e mielomas múltiplos também são causas comuns da síndrome. Ademais, o acometimento da coluna vertebral por massas tumorais pode ser dado não por lesão única, mas por múltiplas, em 17% a 35% dos casos. Essas lesões se distribuem preferencialmente na porção torácica (59% a 78%), mas também acometem locais simultâneos (20% a 35%), porções lombossacra (16% a 33%) e cervical (4% a 15%).

Pode ser a manifestação inicial de uma neoplasia em até 20% dos pacientes.

O quadro clínico típico se dá com alterações sensoriais, motoras e autonômicas de níveis variáveis, as quais se mostram nas formas de fraqueza muscular, parestesia e, não raramente, acometimento esfinteriano.

Além disso, a quase totalidade dos pacientes refere dor no momento do diagnóstico, sendo essa a principal queixa (95% dos pacientes).

### **12.1.6. Hipertensão Intracraniana:**

A hipertensão intracraniana (HIC), é uma condição neurológica associada ao aumento da pressão intracraniana (PIC), notadamente quando a pressão líquórica é superior a 15 mmHg (Carlotti, 1998). O aumento da PIC pode ter diversas causas, desde não oncológicas ou relacionadas à história natural de algumas neoplasias malignas.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Causas oncológicas são associadas à hipertensão intracraniana (HIC), quadro mais frequente em pacientes com tumores de sistema nervoso central (SNC) e em pacientes metastáticos com tumores primários de mama, pulmão, melanoma ou decorrente de infiltração de linfomas ou leucemias. HIC é considerada uma urgência oncológica e como tal deve ser precocemente diagnosticada e tratada. Pode estar associada a gliomas, tumores do plexo coróide, carcinomatose meníngea, metástases de tumores sólidos ou infiltração por neoplasias onco-hematológicas, além de ser manifestação de síndromes paraneoplásicas ou até do próprio tratamento oncológico.

Mecanismos compensatórios são desencadeados nos quadros iniciais, porém em estados avançados ocorre um desequilíbrio na dinâmica do fluxo liquórico que determina o desenvolvimento da HIC. O aumento da PIC está associado à elevada morbimortalidade por interferir no fluxo sanguíneo cerebral e causar herniações cerebrais à montante, requerendo assim tratamento adequado e célere (Pater, 2014; Barbosa, 2003).

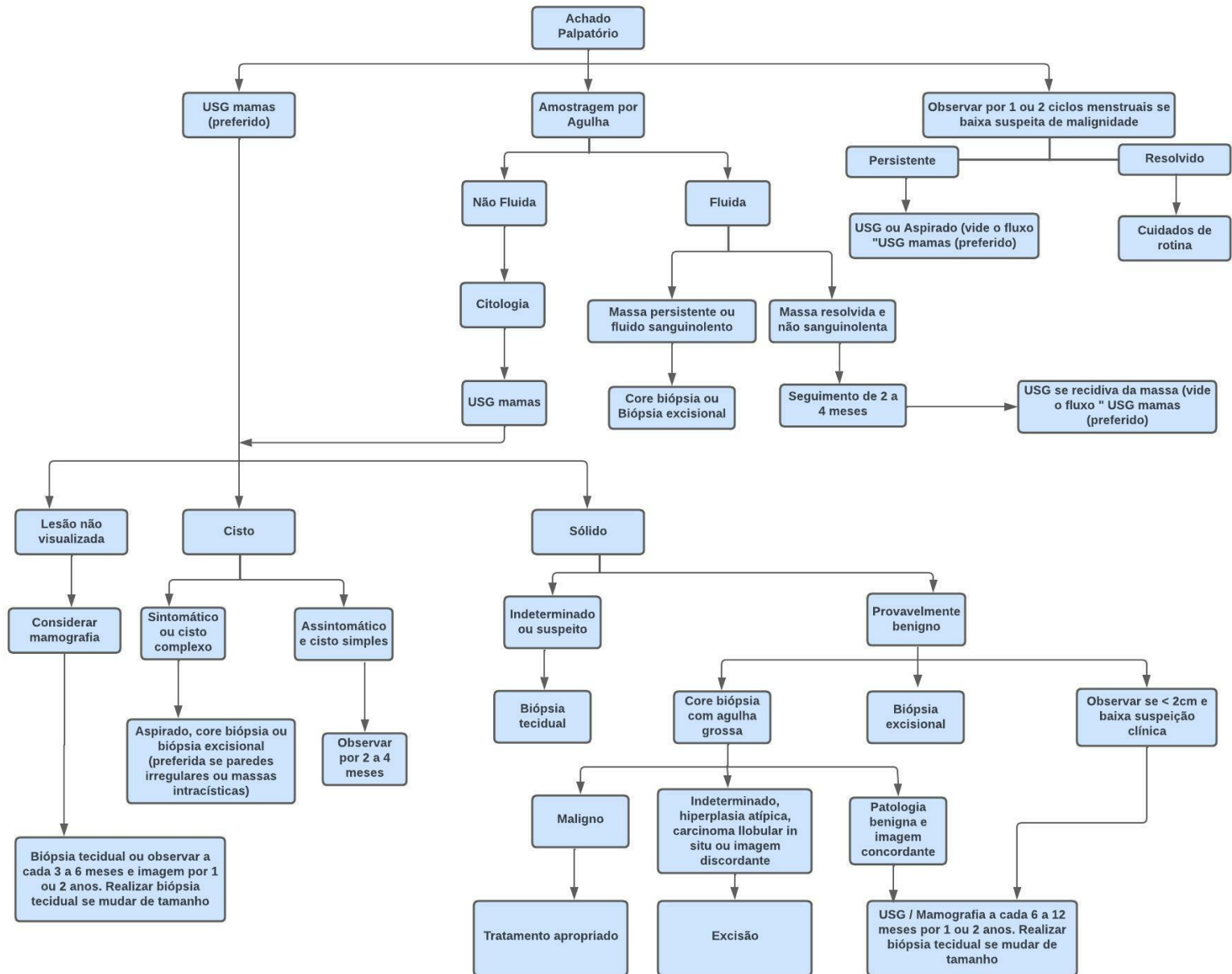




# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 13. CONTEÚDO DE APOIO PARA ENCAMINHAMENTO ÀS ESPECIALIDADES NÃO ONCOLÓGICAS

### 13.1. Algoritmo diagnóstico para achados anormais palpáveis na mama em mulheres menores de 30 anos de idade:



Fonte: Adaptada de Esserman L, et al. Current Oncology Reports 2000; 2:572. - UpToDate 2021.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 13.2. Periodicidade de Seguimento do Nódulo de Pulmão Incidental, com Tomografia Computadorizada (TC) sem contraste na Atenção Primária à Saúde (APS):

<b>Nódulo Sólido</b>			
	<b>&lt; 6 mm</b>	<b>Entre 6 e 8 mm</b>	<b>&lt; 8 mm</b>
<b>Único</b>			
<b>Pessoa de baixo risco<sup>1</sup></b>	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação)	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e considerar entre 18 e 24 meses	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica
<b>Pessoa de alto risco<sup>1</sup></b>	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e entre 18 e 24 meses	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica
<b>Múltiplos<sup>2</sup></b>			
<b>Pessoa de baixo risco<sup>1</sup></b>	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação)	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses
<b>Pessoa de alto risco<sup>1</sup></b>	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses
<b>Nódulo subsólido<sup>3</sup></b>			
	<b>&lt; 6 mm</b>	<b>≥ 6 mm</b>	
<b>Único</b>			
<b>Vidro fosco</b>	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação)	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e a cada 2 anos até completar 5 anos de seguimento	
<b>Parcialmente sólido</b>	Não é necessário seguimento (benigno ou infecção/inflamação)	TC no diagnóstico e entre 6 e 12 meses. Se persistente/estável e o componente sólido for < 6 mm, TC anual até completar 5 anos de seguimento.	





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

		Se componente sólido $\geq 6$ mm ou crescer, tratar como altamente suspeito e encaminhar para Cirurgia Torácica.
<b>Múltiplos<sup>2</sup></b>	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Considerar TC em pacientes de alto risco entre 18 e 24 meses (usualmente benignos)	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Manejo subsequente baseado no nódulo mais suspeito

Quadro 4. Periodicidade de Seguimento do Nódulo de Pulmão Incidental, com Tomografia Computadorizada (TC) sem contraste na APS.

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

<sup>1</sup>**Pessoa de alto risco:** idade elevada, história atual ou prévia de tabagismo, exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel), história familiar de neoplasia pulmonar, nódulo com margens irregulares ou espiculadas e localização no lobo superior.

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

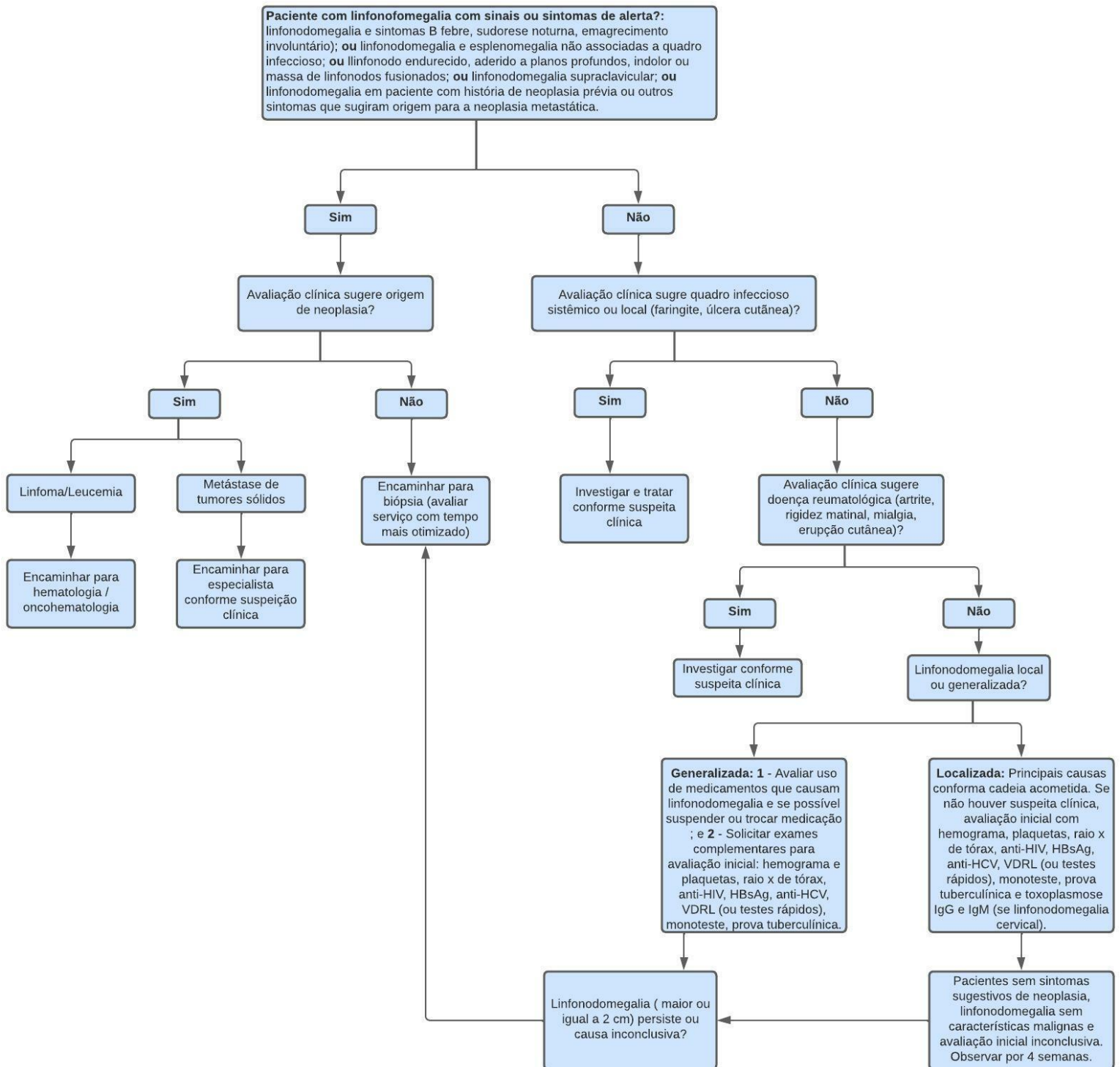
<sup>3</sup>São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido; e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).

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



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 13.3. Investigação de Linfonomegalia Periférica:



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 13.4. Acompanhamento de Lesões Pré-Malignas Colorretais com Colonoscopia:

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

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção
<b>LESÕES ADENOMATOSAS</b>		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos	APS
≥1 adenoma ≥ 10 mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses	Atenção Especializada
<b>LESÕES NÃO ADENOMATOSAS</b>		
Pólipos hiperplásicos < 10 mm	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	10 anos	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 anos	Atenção Especializada
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos	Atenção Especializada

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

Quadro 5. Acompanhamento de Lesões Pré-Malignas Colorretais com Colonoscopia.

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



## 13.5. Rastreamento com Colonoscopia em Pessoas com Risco Aumentado de Câncer Colorretal:

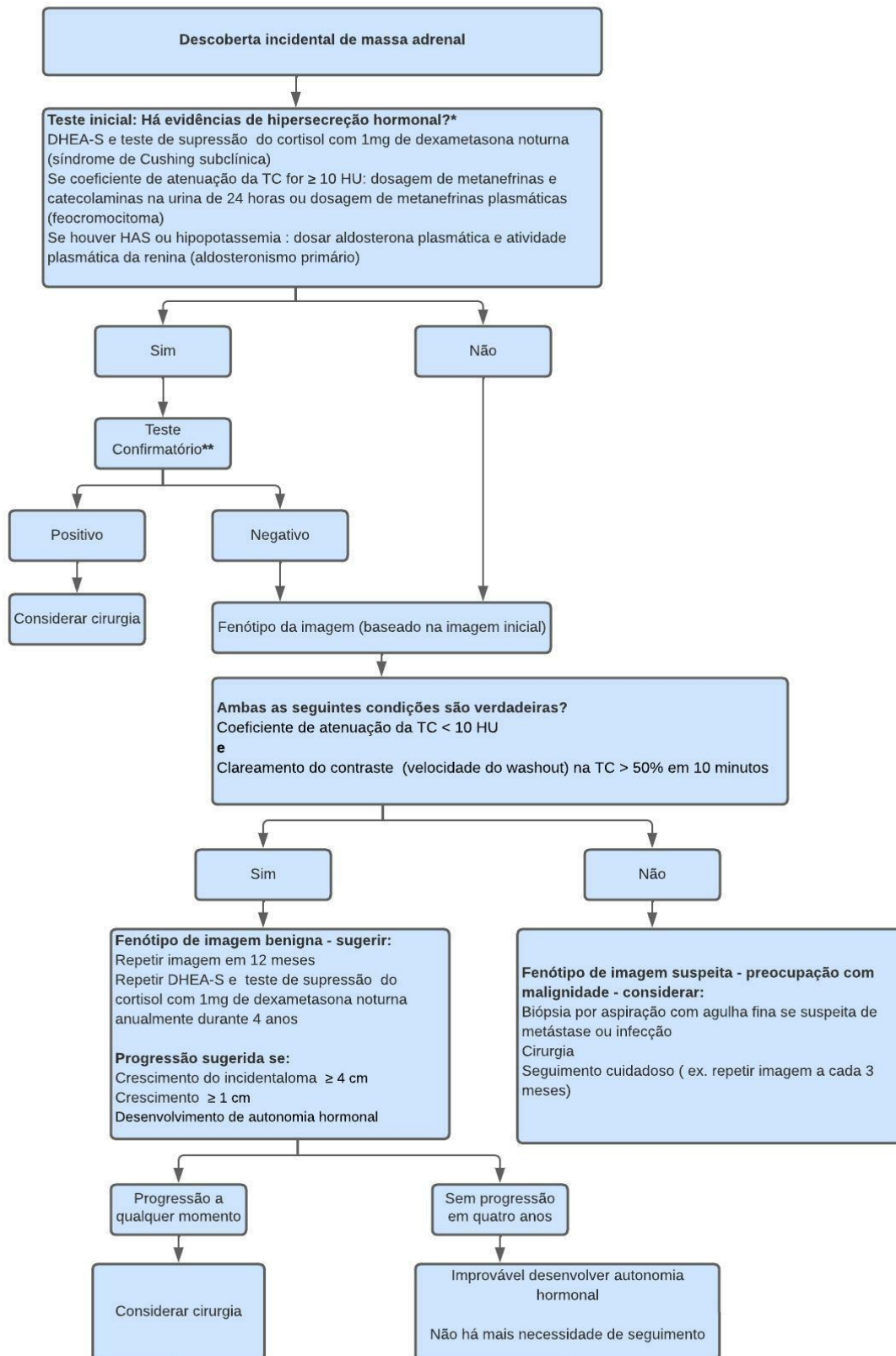
Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento
<b>CÂNCER COLORRETAL</b>	
≥ 60 anos de idade	Aos 50 anos de idade
< 60 anos de idade	Aos 40 anos de idade ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes)
Qualquer idade, se DOIS familiares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

Quadro 6. Rastreamento com Colonoscopia em Pessoa com Risco Aumentado de Câncer Colorretal

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

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

## 13.6. Abordagem ao Paciente com Incidentaloma Adrenal:



Fonte: UpToDate 2022.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

*DHEA-S: sulfato de dehidroepiandrosterona; TC: Tomografia Computadorizada; HU: Hounsfield units;*

\* O teste bioquímico inicial é para determinar se o incidentaloma é hormonalmente ativo. O teste é realizado para hipercortisolismo subclínico, feocromocitoma e aldosterinismo primário.

\*\* Se houver evidência de hipersecreção hormonal, um teste confirmatório adicional é realizado.

Incidentalomas adrenais constituem massas adrenais de 1 cm ou mais de diâmetro descobertas ao acaso durante exames de imagem para investigação de distúrbios não relacionados com patologias adrenais. A frequência tem aumentado devido à maior utilização de diferentes exames de imagem, assim tornando-se um problema clínico comum, sendo detectados em até cerca de 4% das tomografias computadorizadas (TC) abdominais.

A prevalência é maior em obesos, diabéticos e hipertensos (12% em hipertensos) e em idosos (10%). São mais frequentes no lado direito e em mulheres. A maioria são lesões benignas e não funcionantes, mas é importante a preocupação de se afastar malignidade e lesão funcionante, as quais requerem terapia.

Podem ser uni (maioria) ou bilaterais (10 a 15%). As principais causas são benignas (80%):

- Adenomas não funcionantes (43 -75%)
- Adenomas secretores de cortisol (incluso Cushing subclínico, mais frequente dos adenomas secretores de cortisol) (10-15%)
- Feocromocitomas (7-10%)
- Mielolipomas (6-8%) e cistos (5%)
- Carcinomas adrenais (4-11%), tuberculose (3,8%) e linfomas (3,8%)
- Lesões metastáticas (3-10%)
- Aldosteronomas (2-6%)
- Entre as massas adrenais bilaterais funcionantes: hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 21-hidroxilase, hiperplasia adrenal macronodular (síndrome de Cushing ACTH-dependente), hiperaldosteronismo primário e feocromocitomas.
- Entre as massas bilaterais não funcionantes: metástases, infecções (micoses, tuberculose), linfomas, hemorragia, amiloidose, adenomas, raros: carcinomas, mielolipomas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

ARNALDI G, Boscaro M. Adrenal incidentaloma. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2012 Aug; 26(4):405-19.

ARNOLD, D. M; CUKER, A. Approach to the adult with unexplained thrombocytopenia. Waltham (MA): UpToDate, 19 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-thrombocytopenia>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BERLINER, N. Approach to the adult with unexplained neutropenia. Waltham (MA): UpToDate, 21 Feb 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-neutropenia>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo de útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF, 17 dez. 2019. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria\\_1399\\_17dez2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_oncologia.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

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



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

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

DAVIDS, M. S. Approach to the adult with lymphocytosis or lymphocytopenia. Waltham (MA): UpToDate, 11 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-withlymphocytosis-or-lymphocytopenia>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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

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

ELMORE, J. G.; LEE, C. I. Screening for breast cancer: strategies and recommendations. Waltham (MA): UpToDate, 20 Oct. 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T361086>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FREEDLAND, S. Measurement of prostate-specific antigen. Waltham (MA): UpToDate, 4 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FREEDMAN, A. S.; FRIEDBERG, J. W.; ASTER, J. C. Clinical presentation and diagnosis of nonHodgkin lymphoma. Waltham (MA): UpToDate, 8 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-non-hodgkin-lymphoma>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FRUMOVITZ, M. Invasive cervical cancer: epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervicalcancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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

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

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





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

HOFFMAN, R. M. Screening for prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>. Acesso em: 23 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-docancer-do-colo-do-utero\\_2016.pdf](http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-docancer-do-colo-do-utero_2016.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final\\_2015.pdf](https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/livro_deteccao_precoce_final_2015.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

KATOFF, P. W.; TAPLIN, M-E.; SMITH, J. A. Clinical presentation and diagnosis of prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, 19 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinicalpresentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MACRAE, F. A. Overview of colon polyps. Waltham (MA): UpToDate, 18 fev. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-polyps>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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

MIDTHUN, D. E. Clinical manifestations of lung cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lung-cancer>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. London, 23 June 2015 [atual. 29 jan. 2021]. 87 f. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 23 jul. 2021.

PATEL, V. K. et al. A practical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules: part 1: radiologic characteristics and imaging modalities. CHEST, Chicago, v. 143, n. 3, p. 825–839, 2013. Doi 10.1378/chest.12-0960.

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

PESHKIN, B. N.; ISAACS, C. Genetic testing and management of individuals at risk of hereditary breast and ovarian cancer syndromes. Waltham (MA): UpToDate, 19 Feb. 2021. Disponível em:



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

<https://www.uptodate.com/contents/genetic-testing-and-management-of-individuals-at-risk-of-hereditary-breast-and-ovarian-cancer-syndromes>. Acesso em: 23 jul. 2021.

RAMSEY, S. D.; GRADY, W. M. Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer or advanced polyp. Waltham (MA): UpToDate, 7 Aug. 2020. Disponível em: 23 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 23 jul. 2021.

WEINBERGER, S. E.; MCDERMOTT, S. Diagnostic evaluation of the incidental pulmonary nodule. Waltham (MA): UpToDate, 9 Nov. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-the-incidental-pulmonary-nodule>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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