

Sumário

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS OFERTAS DE CUIDADOS INTEGRADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: ONCOLOGIA.....	6
Protocolo 1 – Câncer de mama: avaliação inicial	7
Protocolo 2 – Câncer de mama: progressão da avaliação diagnóstica (nível I e nível II).....	8
Protocolo 3 – Câncer de colo uterino: investigação inicial	9
Protocolo 4 – Câncer de colo uterino: progressão da avaliação diagnóstica e terapêutica (nível I e nível II)	11
Protocolo 5 – Câncer de próstata.....	12
Protocolo 6 – Câncer colorretal	13
Protocolo 7 – Câncer gástrico	14
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICES – MATERIAIS COMPLEMENTARES	17

Protocolo de acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada: Oncologia

Este protocolo é uma ferramenta para apoiar a organização do acesso às Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs), como estratégia complementar aos materiais do Ministério da Saúde (MS). Neste material, serão apresentados os exames e procedimentos disponibilizados (os obrigatórios e os não obrigatórios), suas respectivas periodicidades e os critérios de elegibilidade, de acordo com a legislação vigente. Alterações futuras na lista de exames poderão ser necessárias, conforme novas portarias.

As OCIs integram o escopo do Programa Agora tem Especialistas, instituído pelo MS, com o objetivo de ampliar e de qualificar o acesso à atenção especializada, reduzindo o tempo de espera e favorecendo o diagnóstico oportuno e a definição de condutas terapêuticas.

O princípio das OCIs é que o paciente consiga realizar, no mesmo serviço e em até 30 dias, atendimento inicial, avaliação, diagnóstico e conduta. Em oncologia, há ainda previsão de retorno em até 60 dias para acompanhamento.

As orientações fornecidas neste documento estão fundamentadas nas seguintes normativas:

- **Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024**, que institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sua operacionalização regulamentada pela Portaria SAES/MS Nº 1.640, de 7 de maio de 2024.
- **Portaria Saes/MS nº 1.640, de 7 de maio de 2024**, que regulamenta a operacionalização do referido programa.
- **Portaria Saes/MS nº 1.824, de 11 de junho de 2024**, que inclui, na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais no SUS, no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, OCI em oncologia.
- **Portaria Saes/MS nº 2.331, de 10 de dezembro de 2024**, que inclui, exclui, altera atributos e compatibilidades de procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS e estabelece os procedimentos obrigatórios por OCI.

Por meio deste documento, reguladores, serviços executantes e profissionais de saúde solicitantes poderão fazer o uso racional dos recursos, qualificando a fila de espera e a comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Em situações justificadas, nas quais seja necessária a quebra da periodicidade recomendada para a oferta de OCI, será necessária avaliação da regulação para obtenção de autorização prévia.

Protocolo 1 – Câncer de mama: avaliação inicial

Exames obrigatórios: mamografia diagnóstica.

Exames não obrigatórios: ultrassonografia mamária.

Critérios para realização e repetição dos exames: a escolha do exame diagnóstico inicial diante de nódulo mamário palpável deve considerar a idade da pessoa e a suspeição clínica. Em pessoas designadas mulheres ao nascimento, com menos de 30 anos e sem sinais de alta suspeita de malignidade, recomenda-se observação e reavaliação após um ciclo menstrual. Persistindo o nódulo, indica-se ultrassonografia mamária, com complementação por mamografia diagnóstica se o exame for normal (BI-RADS 1) e houver persistência da lesão. Já se a idade for igual ou maior que 30 anos, a mamografia diagnóstica é o exame inicial, devendo a ultrassonografia ser utilizada como método complementar quando a mamografia não esclarecer o achado clínico ou mostrar alterações não claramente benignas. A periodicidade de repetição do exame depende do resultado do exame anterior ([Quadro 1](#)).

Condições que indicam encaminhamento:

- Qualquer nódulo mamário em pessoas com 50 anos ou mais ou após a menopausa.
- Nódulo mamário em pessoas designadas mulheres ao nascimento com 30 anos ou mais na menacme, que persiste por mais de um ciclo menstrual.
- Nódulo palpável, endurecido, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas.
- Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes, na ausência de causa infecciosa ou inflamatória conhecida.
- Descarga papilar suspeita: sanguínea, serosanguínea ou cristalina “água de rocha”, unilateral, espontânea.
- Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção.
- Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à “casca de laranja”, retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica.
2. Caso tenha realizado exame de imagem previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, os seus resultados, com data.
3. História pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer.
4. História familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico.

Protocolo 2 – Câncer de mama: progressão da avaliação diagnóstica (nível I e nível II)

Procedimentos disponibilizados: punção mamária com agulha fina (nível I), punção por agulha grossa (nível II), citopatológico/anatomopatológico de mama.

Procedimentos não obrigatórios: biópsia/exérese de nódulo mamário.

Critérios para realização e repetição dos procedimentos: a repetição de uma punção mamária com agulha fina ou agulha grossa está indicada quando o resultado inicial é indeterminado ou não diagnóstico, especialmente, se há discordância entre os achados clínicos, radiológicos e citopatológicos. Isso inclui situações em que o laudo citológico é classificado como C1 (insatisfatório), C3 (atípico, provavelmente benigno) ou C4 (suspeito de malignidade), ou quando há discordância entre o resultado da biópsia e a imagem (por exemplo, lesão radiologicamente suspeita com resultado benigno na biópsia). Em casos de achados de hiperplasia atípica ou lesões de alto risco na punção por agulha grossa, como atipia ductal ou lobular, recomenda-se excisão cirúrgica ou nova biópsia devido ao risco significativo de subdiagnóstico de malignidade. A repetição também é indicada quando a primeira punção foi realizada sem orientação por imagem em lesões profundas, pois há maior chance de erro de amostragem. Nesse último caso, a biópsia guiada por ultrassom é preferível.

Condições que indicam encaminhamento:

- Progressão da avaliação da OCI Câncer de mama: avaliação inicial.
- Exame de imagem alterado (em pessoas sintomáticas ou assintomáticas) com resultado BI-RADS 4 ou 5 ([Quadro 1](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica.
2. Caso tenha realizado, cópia anexada de resultado de exame de imagem já realizado, preferencialmente (principalmente mamografia e ecografia mamária), ou descrever o laudo completo, com data (se realizado).
3. História pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer.
4. História familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico.

Protocolo 3 – Câncer de colo uterino: investigação inicial

Exames/procedimentos obrigatórios: biópsia e anatomopatológico do colo uterino.

Exame não obrigatório: colposcopia.

Critérios para realização e repetição dos exames: a repetição da biópsia de colo uterino está indicada quando há discordância entre achados citológicos, colposcópicos e histológicos, especialmente, se houverem lesões suspeitas ou resultados indeterminados, como persistência de HSIL citológico sem confirmação histológica NIC 2 ou NIC 3. Deve-se repetir a biópsia em casos de colposcopia insatisfatória, margens comprometidas após excisão, persistência de lesão ou citologia anormal durante o seguimento pós-tratamento, ou quando há suspeita de doença invasiva não confirmada. A realização de múltiplas biópsias dirigidas aumenta significativamente a detecção de lesões de alto grau (NIC 2 ou NIC 3), sendo recomendada quando múltiplas áreas acetobranças estão presentes ou quando há alta suspeita clínica (Brasil, 2025).

Condições que indicam encaminhamento:

- Resultado de DNA-HPV do colo do útero com:
 - Detecção de DNA-HPV oncogênico 16 e/ou 18.
 - Detecção de DNA-HPV oncogênico diferente dos tipos 16 e 18 E citologia reflexa¹ realizada na mesma amostra com resultado:
 - células atípicas de significado indeterminado, escamosas, glandulares ou de origem indefinida; ou
 - lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL); ou
 - lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL); ou
 - amostra insatisfatória².
 - Detecção de DNA-HPV oncogênico diferente dos tipos 16 e 18 E citologia reflexa¹ realizada na mesma amostra com resultado negativo para lesão intraepitelial ou malignidade, em PVHA e situações de imunodepressão ou imunossupressão³.
- Resultado de exame citopatológico do colo uterino com:
 - neoplasia (carcinomas epidermoide ou adenocarcinomas);
 - lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
 - lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;
 - atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);
 - atipias glandulares de significado indeterminado (AGC);
- Mulheres imunossuprimidas (HIV, transplantadas, com doença autoimune ou em uso de drogas imunossupressoras) com:
 - lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL); ou
 - células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico (ASC-US);
 - lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) persistentes (2 resultados com intervalos de 6 meses ou 1 ano).

¹ Citologia realizada na mesma amostra, independentemente de novo pedido profissional.

² Amostra cuja leitura esteja prejudicada por material acelular ou hipocelular (<10% da amostra), presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% da amostra).

³ Doença renal crônica, câncer ou em uso de corticoides e imunoterápicos para o tratamento de doenças autoimunes e transplantes de órgãos ou de medula óssea.

- Anormalidades ao exame ginecológico (especular ou toque vaginal) que sugiram clinicamente câncer e/ou impeçam a coleta do exame citopatológico do colo uterino⁴.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica.
2. Paciente é imunossuprimida (sim ou não).
3. Caso tenha realizado exames complementares (citopatológico, teste de DNA-HPV ou biópsia) previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, os seus resultados, com data.
4. Tratamento em uso ou já realizado.

⁴ As alterações ao exame ginecológico que **sugerem clinicamente câncer do colo do útero** incluem: lesão exofítica, ulceração, aspecto friável, massa cervical irregular ao toque vaginal e/ou sinais de necrose. Além disso, sangramento vaginal intenso (de origem não definida/tratável), presença de pólipos endocervicais volumosos, inflamação intensa, ou impossibilidade de visualização do colo uterino podem **impedir a coleta adequada do exame citopatológico**.

Protocolo 4 – Câncer de colo uterino: progressão da avaliação diagnóstica e terapêutica (nível I e nível II)

Exames/procedimentos obrigatórios: excisão tipo 1 (nível I) e tipo 2 (nível II) do colo uterino, exame anatomopatológico do colo uterino (peça cirúrgica). Veja o [Quadro 2](#) para as indicações de cada tipo de excisão.

Exames/procedimentos não obrigatórios: colposcopia.

CrITÉRIOS para repetição dos exames/procedimentos: se houver doença residual nas margens (principalmente endocervicais), uma nova excisão é sugerida para garantir remoção completa da lesão. Se as amostras endocervicais pós-procedimento evidenciarem doença residual, recomenda-se repetir excisão (ou considerar histerectomia se nova excisão não for viável); se o exame anatomopatológico da peça cirúrgica não permitir confirmação diagnóstica adequada (por exemplo, margens não identificáveis, fragmentação excessiva, ou discordância entre colposcopia e histologia), pode ser necessário repetir o exame ou a excisão.

Condições que indicam encaminhamento:

- Progressão da avaliação da OCI Câncer de colo uterino: investigação inicial em casos com resultado anatomopatológico de NIC 2 ou NIC 3 após biópsia.
- Pessoas com útero com os resultados de exames citopatológicos destacados a seguir, para a recomendação “Ver e Tratar”, considerando o resultado da colposcopia:
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL).
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão.
 - Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica;
2. Caso tenha realizado exame complementar previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, os seus resultados, com data.
3. Tratamento em uso ou já realizado.

Protocolo 5 – Câncer de próstata

Exames/procedimentos obrigatórios: ultrassonografia de próstata (transretal), biópsia de próstata, anatomopatológico (para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia).

Critérios para realização e repetição dos exames/procedimentos:

- **Ultrassonografia de próstata (transretal):** utilizada, principalmente, para guiar biópsia prostática em pacientes com suspeita de neoplasia de próstata, como naqueles com elevação confirmada do PSA (após exclusão de causas transitórias e repetição do teste) e/ou toque retal suspeito (endurecimento, nódulos ou assimetria). Indica-se a repetição desse exame quando houver persistência ou recorrência de elevação do PSA após biópsia negativa, achados clínicos novos (toque retal alterado, por exemplo), ou necessidade de reavaliação anatômica em protocolos de vigilância ativa em pacientes elegíveis (geralmente com câncer clinicamente localizado e de baixo risco) (Wei *et al.*, 2023; Li; Nalavenkata; Fainberg, 2025).
- **Biópsia prostática:** indicada para avaliação de elevação persistente do PSA após exclusão de causas transitórias (como prostatite, hiperplasia benigna, ejaculação recente ou exercício vigoroso), toque retal suspeito (endurecimento, nódulos ou assimetria), ou achados sugestivos em exames de imagem, especialmente lesão PI-RADS ≥ 3 em ressonância magnética. Recomenda-se repetir a biópsia diante da persistência de suspeita clínica após uma biópsia negativa, como um PSA persistentemente elevado ou em ascensão, achados suspeitos em ressonância magnética ou presença de lesões atípicas como ASAP ou AIP no exame anatomopatológico (recomenda-se nova biópsia em 3 a 6 meses); ou em protocolos de vigilância ativa (geralmente a cada 1 a 3 anos ou diante de progressão clínica, laboratorial ou radiológica) (Benway, 2024).

Condições que indicam encaminhamento:

- Suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/mL.
- Suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria).
- Paciente em qualquer idade e uma medida de PSA total ≥ 10 ng/mL, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite.
- Pacientes menores de 70 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/mL, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite.
- Pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/mL, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica.
2. Caso tenha realizado exame(s) complementar(es) previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o(s) seu(s) resultado(s), com data.
3. Tratamento em uso ou já realizado.

Protocolo 6 – Câncer colorretal

Exame obrigatório: colonoscopia.

Exames/procedimentos não obrigatórios: anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia.

Critérios para a repetição da colonoscopia: depende dos achados do exame inicial e do risco individual. Para mais informações sobre acompanhamento de paciente com pólipos colorretais, ver [Quadro 3](#). Em casos de preparo inadequado, a colonoscopia deve ser repetida em até 1 ano.

Condições que indicam encaminhamento:

- Hematoquezia persistente não atribuível à doença orifical.
- Hematoquezia em paciente acima de 50 anos.
- Episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior.
- Anemia ferropriva (hemoglobina < 13 g/dl em homens ou < 12 g/dl em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS.
- Sintomas ou sinais de alarme para neoplasia colorretal¹.
- Acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia.
- Rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou polipose adenomatosa familiar ([Quadro 4](#)).
- Massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica.
2. Caso tenha realizado exame de imagem ou colonoscopia previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o(s) seu(s) resultado(s) com data.
3. Tratamento em uso ou já realizado.

Protocolo 7 – Câncer gástrico

Exame disponibilizado: esofagogastroduodenoscopia.

Exames/procedimentos não obrigatórios: anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia.

Critérios para realização e repetição da esofagogastroduodenoscopia: o exame está indicado na presença de suspeita clínica de neoplasia gástrica, sinais de alarme do trato gastrointestinal superior, dispepsia em grupos etários ou contextos de maior risco, refratariedade ao tratamento clínico otimizado e para a avaliação e vigilância de condições pré-malignas, incluindo gastrite atrófica, metaplasia intestinal gástrica e displasia. A sua repetição é indicada, principalmente, para o acompanhamento de lesões pré-malignas que elevam o risco de desenvolver câncer gástrico, conforme apresentado na [Figura 1](#).

Condições que indicam encaminhamento:

- Dispepsia e sinais/sintomas sugestivos de neoplasia gástrica:
 - massa epigástrica; perda de peso involuntária; odinofagia; vômitos persistentes; dor em abdome superior; hematêmese; melena; e/ou
 - anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS.
- Disfagia esofágica após excluídas causas tratáveis na APS (como doença do refluxo gastroesofágico, disfagia induzida por medicamentos, esofagite infecciosa), ou persistente após tratamento voltado à condição clinicamente suspeita.
- Pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada.
- Dispepsia ou doença do refluxo gastroesofágico com sintomas não controlados com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas – [Quadro 5](#), além das medidas não farmacológicas).
- Vigilância endoscópica de pacientes com:
 - metaplasia intestinal gástrica focal (presente apenas no antro ou no corpo gástrico) e fatores de risco para neoplasia gástrica; ou
 - metaplasia intestinal gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico); ou
 - atrofia da mucosa gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas atuais que sugerem a condição clínica.
2. Caso tenha realizado exame(s) complementar(es) previamente, anexar laudo(s), preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o(s) seu(s) resultado(s), com data.
3. Tratamento em uso ou já realizado.

Apêndices – Materiais complementares

Quadro 1 – Categorias de avaliação BI-RADS

Categoria	Definição	Probabilidade de câncer	Conduta
0	Incompleta	Não aplicável	Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores.
1	Negativa	Essencialmente 0%	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.
2	Achado(s) benigno(s)	Essencialmente 0%	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.
3	Achado(s) provavelmente benigno(s)	Entre 0 e 2%	Seguimento de curto prazo (6 meses) ou acompanhamento periódico. Recomenda-se controle radiológico por 3 anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando a estabilidade da lesão, volta à rotina.
4	Achados suspeitos	Entre 2 e 95%	Avaliação por diagnóstico tecidual.
	4A baixa suspeita	Entre 2 e 10%	
	4B moderada suspeita	Entre 10 e 50%	
	4C alta suspeita	Entre 50 e 95%	
5	Achado(s) altamente sugestivo(s) de malignidade	Maior que 95%	Avaliação por diagnóstico tecidual.
6	Malignidade comprovada por biópsia	Não aplicável	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de D'orsi *et al.* (2013) e Zonderland e Smithuis (2013).

Quadro 2 – Critérios para definição do tipo de excisão em pacientes com alterações em colposcopia

Tipo de excisão	Critérios colposcópicos
Tipo 1 (nível I)	JEC está totalmente visível (ZT tipo 1), geralmente em lesões pequenas e superficiais. Envolve remoção limitada do tecido cervical (7–10 mm de profundidade).
Tipo 2 (nível II)	JEC não está totalmente visível, mas é parcialmente acessível (ZT tipo 2), exigindo remoção mais ampla do tecido cervical (10–15 mm de profundidade) para garantir que toda a ZT seja incluída no espécime.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Kyrgiou *et al.* (2022).

JEC: junção escamocolumnar; ZT: zona de transição.

Quadro 3 – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia

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

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Gupta *et al.* (2020), Hassan *et al.* (2020), Robson *et al.* (2025) e Macrae (2026).

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

Quadro 4 – Rastreamento com colonoscopia em pessoa com risco aumentado de câncer colorretal*

Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento	Frequência do rastreamento
CÂNCER COLORRETAL		
≥ 60 anos.	Entre 40 e 50 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 a 10 anos.
< 60 anos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
POLIOPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR		
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de polipose adenomatosa familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral, acima de 100).	A partir dos 10 anos de idade.	A cada 1 a 2 anos, com ajustes de acordo com o resultado de exames anteriores, idade e o tipo de mutação.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Monahan *et al.* (2020) e Dominitz *et al.* (2025).

*Atualmente, não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas sem risco aumentado de câncer colorretal (Inca, 2021). As orientações sobre a idade para iniciar e a frequência do rastreamento variam de acordo com recomendações de organizações profissionais internacionais. Em geral, não se recomenda o rastreio para adultos com menos de 10 anos de expectativa de vida, que, segundo algumas organizações, se enquadra em pessoas com 85 anos ou mais.

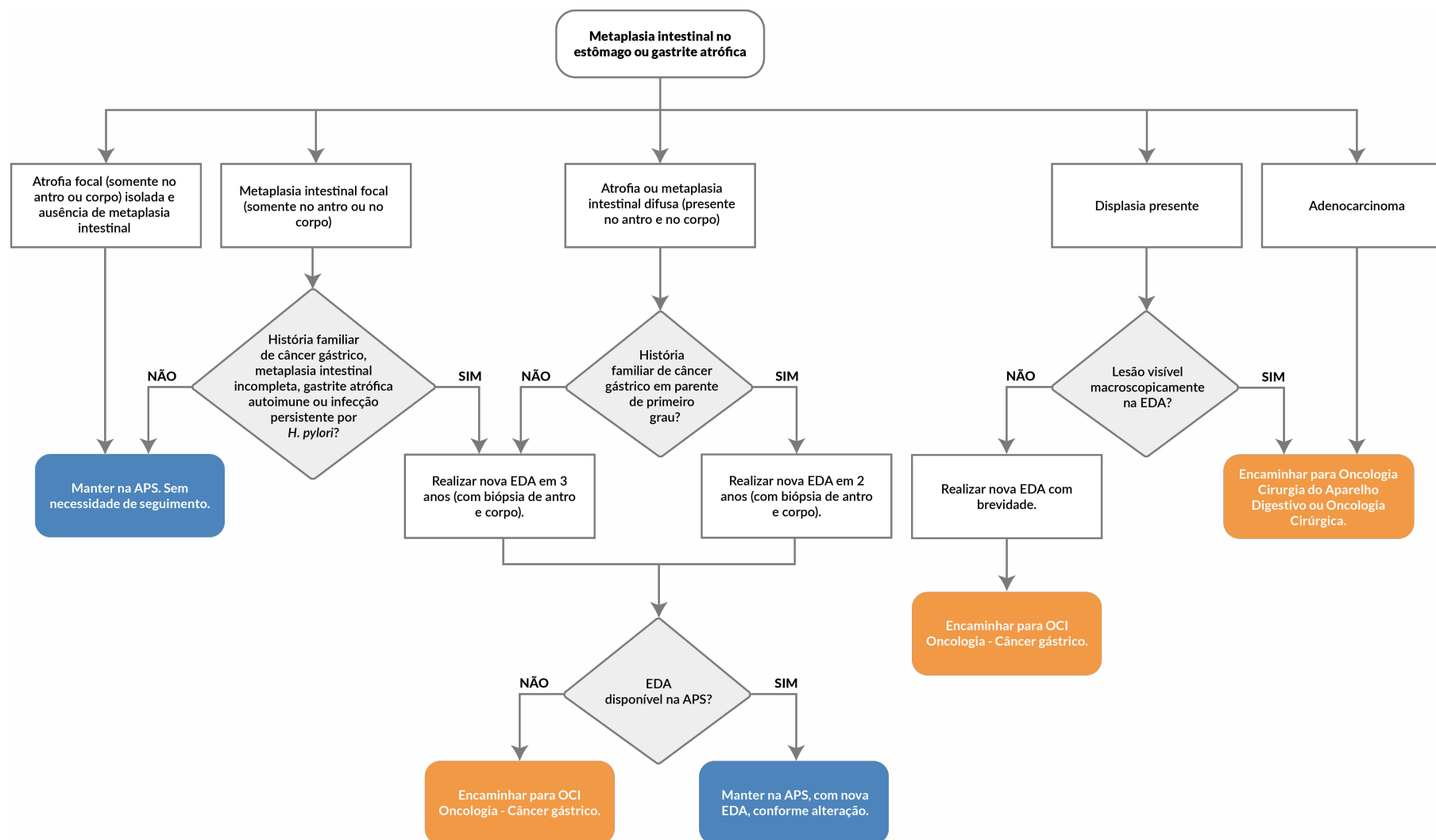
Quadro 5 – Doses orais padrão, alta e máxima de inibidores de bomba de prótons*

Medicamento	Dose padrão	Dose plena ou alta	Dose máxima
Omeprazol	20 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Pantoprazol	20 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Esomeprazol	20 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Lansoprazol	15 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	30 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	60 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Dexlansoprazol	30 mg, 1x/dia	30 mg, 1x/dia	60 mg, 1x/dia.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Piscocya e DeGeorge (2025).

*A escolha do inibidor de bomba de próton (IBP) depende da disponibilidade e tolerância de cada paciente. Não há evidência de superioridade de uma apresentação em relação à outra.

Figura 1 – Fluxograma de acompanhamento da metaplasia intestinal no estômago ou da gastrite atrófica



APS: Atenção Primária à Saúde; EDA: endoscopia digestiva alta.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Pimentel-Nunes *et al.* (2019) e Dinis-Ribeiro *et al.* (2025).