

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: ONCOLOGIA ADULTO	6
Mudanças da nova versão.....	7
Protocolo 1 – Neoplasia de mama.....	8
Protocolo 2 – Neoplasia de próstata	10
Protocolo 3 – Neoplasia de pulmão	12
Protocolo 4 – Neoplasia de cólon e reto.....	14
Protocolo 5 – Neoplasia hematológica	16
Protocolo 6 – Neoplasia óssea.....	19
Protocolo 7 – Neoplasia de pele.....	20
Protocolo 8 – Neoplasia de endométrio.....	23
Protocolo 9 – Neoplasia do colo uterino	25
Protocolo 10 – Neoplasia do sistema nervoso central.....	27
Protocolo 11 – Neoplasia de cabeça e pescoço	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES – MATERIAIS COMPLEMENTARES.....	37

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Oncologia adulto

Os Protocolos de oncologia adulto foram publicados como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade oncologia adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contemplados nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem esses recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Os pacientes com critérios para encaminhamento devem ser atendidos nas agendas oncológicas, respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia. É nesse local de atenção que se confirma o diagnóstico e se determina a extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento e os cuidados necessários de acordo com as rotinas e condutas estabelecidas nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Pacientes com alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, com ou sem alterações morfológicas, por trauma ou patologias do aparelho locomotor congênitas ou adquiridas têm indicação de encaminhamento à reabilitação física, a despeito de encaminhamento concomitante à oncologia.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do profissional assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, documentos pertinentes com informações clínicas sobre o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 4 de março de 2021.

Última revisão em 28 de maio de 2025.

Protocolo 1 – Neoplasia de mama

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de mama: nódulo palpável, endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; descarga papilar sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha” unilateral espontânea; retração ou distorção mamilar nova ou recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia da mama:

- Achados no exame físico altamente sugestivos de neoplasia da mama ([Quadro 1](#)).
- Achados em exame de imagem com BI-RADS categorias 4 ou 5 ([Quadro 2](#)).
- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia maligna da mama (BI-RADS 6 - [Quadro 2](#)).
- Suspeita ou diagnóstico de doença de Paget mamária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Paciente com neoplasia maligna de mama avançada, com metástase(s) à distância.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para mastologia:

- Nódulo palpável **sem** características de alta suspeita de neoplasia de mama ([Quadro 1](#)) nas seguintes condições:
 - em mulher ou homem com alto risco para câncer de mama ([Quadro 3](#)); ou
 - em mulher com menos de 30 anos e ecografia mostrando lesão sólida ≥ 2 cm; ou
 - em mulher com menos de 30 anos e nódulo persistente por mais de um ciclo menstrual, com exame de imagem negativo (lesão não visualizada); ou
 - em mulher com 30 anos ou mais e nódulo persistente por mais de um ciclo menstrual, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita; ou
 - em mulher na pós-menopausa, com surgimento recente de nódulo, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita; ou
 - em homem com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral.
- Paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 ([Quadro 2](#)) e aumento de tamanho do nódulo durante o acompanhamento.
- Paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 ([Quadro 2](#)) com indicação precisa de terapia de reposição hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia.
- Paciente com hiperplasia ductal atípica (HDA) ou hiperplasia lobular atípica (HLA).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para genética:

- Paciente com história pessoal ou familiar de risco elevado para câncer familiar de mama e ovário ([Quadro 4](#)), com indicação de aconselhamento genético e possível testagem genética.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia plástica reconstrução de mama:

- Pacientes com diagnóstico de neoplasia de mama que sofreram mastectomia total ou parcial da mama em decorrência do tratamento do câncer, que desejam a reconstrução mamária¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Anexar laudo(s) de exame(s) de imagem realizado(s), principalmente mamografia e ecografia mamária, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.
3. História pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descrever 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.

¹ A reconstrução mamária após cirurgia para tratamento de neoplasia de mama deve ser realizada preferencialmente no serviço original onde a paciente realizou o tratamento do câncer, devendo ser agendada como retorno dentro do serviço. Quando a reconstrução no centro de tratamento original não for possível, a paciente poderá ser encaminhada para outro serviço de cirurgia plástica.

Protocolo 2 – Neoplasia de próstata

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de próstata: alterações do jato urinário, obstrução urinária e hematúria. Dores ósseas, emagrecimento e caquexia são mais frequentes na doença avançada.

Atenção: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA de pacientes que estão em uso dessa medicação há pelo menos 3-6 meses devem ser multiplicados por 2. Considera-se suspeita de neoplasia de próstata em indivíduos que fazem uso contínuo dessa classe e apresentam elevação do PSA em mais de 0,5 ng/mL em qualquer intervalo de tempo.

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

- Suspeita clínica ou diagnóstico de câncer de próstata associado a complicações agudas (obstrução urinária, 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]).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia urologia:

- Suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/mL, na ausência de condições que causam elevação do PSA¹.
- Suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (nódulo, endurecimento ou assimetria).
- Paciente em qualquer idade e uma medida de PSA total $\geq$ a 10 ng/mL, na ausência de condições que causam elevação do PSA¹.
- Paciente menor de 70 anos e 2 medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/mL, na ausência de condições que causam elevação do PSA¹.
- Paciente com 70 a 75 anos e 2 medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/mL, na ausência de condições que causam elevação do PSA¹, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.
- Diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna da próstata.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Pacientes com neoplasia maligna de próstata avançada, com metástase(s) à distância.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo, se realizado).
2. Uso de finasterida (sim ou não). Se sim, especifique tempo de uso.

¹ Se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite, repetir exame após 6 a 8 semanas do tratamento; se elevação por biópsia prostática recente, repetir PSA após 6 semanas; porém, se elevação por retenção urinária ou instrumentação uretral, repetir PSA em 2 semanas. Não há indicação de tratar prostatite em pacientes assintomáticos e com PSA elevado.

3. Anexar resultado de biópsia prostática, com data, ou descrever na íntegra os seus resultados (se realizada).
4. Resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descrever 2 exames com intervalo mínimo de um mês).
5. Resultado de EQU/EAS/urina tipo 1, com data.

Protocolo 3 – Neoplasia de pulmão

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de pulmão: hemoptise, dispneia, tosse, rouquidão, dor torácica, infecções pulmonares de repetição, baqueteamento digital, linfadenopatia supraclavicular ou cervical baixa persistente, fadiga e perda de peso.

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

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

- Lesão intratorácica que apresente um dos critérios: dispneia grave, síndrome de veia cava superior, pulso paradoxal, hemoptise maciça (> 150 mL em 24h), pneumotórax, derrame pleural volumoso (se tempo de evolução desconhecido).

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia torácica:

- Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm).
- Nódulo pulmonar em pessoa com alterações clínicas sugestivas de malignidade¹, independentemente do tamanho.
- Diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna pulmonar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Paciente com neoplasia maligna de pulmão avançada, com metástase(s) à distância.
- Nódulos pulmonares com características suspeitas de metástases ([Quadro 5](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica:

- Atelectasia lobar e/ou segmentar.
- Derrame pleural sem etiologia definida.
- Nódulo sólido maior que 8 mm, independentemente do risco pessoal para câncer de pulmão ([Quadro 5](#)).
- Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem (aumento ≥ 2 mm - [Quadro 5](#)).
- Nódulo pulmonar com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC na APS ([Quadro 5](#)).

¹ Alterações clínicas sugestivas de malignidade: hemoptise, perda ponderal, linfonomegalia supraclavicular, cervical baixa ou mediastinal, derrame pleural.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em anos-maço).
3. Exposição ocupacional (sim ou não). Se sim, descrever atividade e anos de trabalho na atividade.
4. História prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica.
5. História familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco.
6. Anexar laudo(s) de exame(s) de imagem de tórax, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados (tamanho, localização, características da lesão e presença e tipo de calcificação), com data (se realizado).
7. Anexar laudo(s) de outro(s) exame(s) de imagem de tórax prévio(s), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, quando disponíveis, com data.

Protocolo 4 – Neoplasia de cólon e reto

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de cólon e reto: dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento involuntário, massa abdominal palpável em topografia colônica ou retal, sangramento retal não atribuível à doença orificial, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível.

Condições clínicas que indicam a necessidade de colonoscopia na APS:

- Hematoquezia persistente não atribuível a doença orificial.
- Hematoquezia em paciente acima de 50 anos.
- Hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal.
- Episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior.
- Anemia por deficiência de ferro (hemoglobina < 13 g/dL em homens ou < 12 g/dL em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS.
- Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de cólon e reto.
- Acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia ([Quadro 6](#)).
- Rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou polipose adenomatosa familiar ([Quadro 7](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia proctologia:

- Diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cólon;
- Massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem.
- Lesão clinicamente suspeita de neoplasia maligna de cólon em colonoscopia (não pedunculada, com depressão, margens irregulares, áreas ulceradas, lesão estenosante).
- Suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Paciente com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS.
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([Quadro 6](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Paciente com neoplasia maligna colorretal avançada, com metástase(s) à distância.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo ou proctologia:

- Necessidade de reversão de ileostomia ou colostomia¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal).
2. Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever hemoglobina, VCM, ferritina e índice de saturação de transferrina).
3. Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data.
4. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).
5. Anexar laudo de colonoscopia e/ou anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados com data (se realizado).
6. História de câncer colorretal em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico.

¹ O fechamento deve ser adiado até que a resolução da condição subjacente ocorra, o estado de saúde do paciente esteja recuperado e a necessidade de desvio do trânsito intestinal não exista mais. O serviço que realizou a cirurgia inicial é preferencialmente o indicado para reversão da ileostomia ou da colostomia. Pacientes com ileostomias ou colostomias sem vínculo com a instituição que realizou a cirurgia inicial podem ser encaminhados para referência atual conforme CIB vigente.

Protocolo 5 – Neoplasia hematológica

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica: Citopenias diversas e presença de sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, dor óssea, prurido, esplenomegalia ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo.

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

- Bicitopenia/pancitopenia graves, como:
 - hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50.000/mm³.
- Citopenia grave (quaisquer dos critérios acima) ou leucocitose ou presença de blastos em paciente com manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica.
- Citopenia grave¹ em pessoa com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo.
- Neutropenia febril (temperatura axilar ≥ 37,8°C e < 1.500 neutrófilos/mm³).
- Hiperleucocitose (leucócitos > 100.000 células/mm³), exceto em pacientes com diagnóstico já estabelecido de leucemia linfocítica crônica.
- Leucocitose e presença de sintomas sugestivos de leucostase (sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo).
- 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 nova e isolada < 20.000 plaquetas/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia hematologia:

- Linfonodomegalia/esplenomegalia com citopenias associadas, sem indicação de internação/emergência e não relacionadas a processo infeccioso agudo.
- Linfonodomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional).
- Linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo.
- Diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imuno-histoquímico de neoplasia hematológica.
- Leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:
 - leucocitose persistente às custas de linfocitose absoluta (> 4.000 linfócitos/mm³, com inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos na contagem diferencial do leucograma), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (sugestivas de linfoproliferação crônica); ou
 - leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de causas secundárias, como processo infeccioso ou uso de medicamentos; ou
 - monocitose persistente (> 1.000 células/mm³), na ausência de causas secundárias como infecções, uso de corticostereoides, malignidade, pós-esplenectomia, doenças autoimunes e vasculites.

- Quadro clínico sugestivo de gamopatia monoclonal (ex. mieloma múltiplo): anemia, hipercalcemia, perda de função renal, fraturas patológicas e/ou alteração monoclonal identificada na eletroforese de proteínas séricas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para hematologia:

- Citopenias (anemia, leucopenia, trombocitopenia), sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS ([Figura 1](#), [Figura 2](#), [Figura 3](#), [Quadro 8](#) e [Quadro 9](#)).
- Policitemia¹ persistente em 2 hemogramas realizados com intervalo de 1 mês, após exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, uso de hormônios androgênicos, neoplasias) na APS.
- Trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia por deficiência de ferro, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS.
- Esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou cirurgia geral - [Figura 4](#):

- Linfonodomegalia supraclavicular.
- Linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderida a tecidos profundos, endurecida, massa de linfonodos fusionados).
- Linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente por mais de 4 semanas sem causa definida após investigação na APS ([Quadro 10](#) e [Figura 4](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever sintomas B, tempo de evolução, história de manifestações hemorrágicas ou trombóticas; exame físico, incluindo descrição de palpação abdominal, presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes).
2. Resultado de hemograma completo (descrever microscopia, se presente) e número de plaquetas, com data (se citopenias ou leucocitose persistentes, sem critérios de gravidade, descrever 2 resultados de hemograma e plaquetas com diferença de 2 a 4 semanas (com exceção de hiperleucocitose ou outros sinais de gravidade)).
3. Se linfonodomegalias, descrever as características (tamanho, consistência, fixação a planos profundos) e localização dos linfonodos.
4. Resultado dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica ou alterações observadas no hemograma ([Quadro 10](#) e [Figura 4](#)).

¹ Policitemia é definida como aumento da concentração periférica de hemoglobina e/ou do hematócrito:

- em mulheres - hemoglobina > 16,0 g/dL e/ou hematócrito > 48%;
- em homens - hemoglobina > 16,5 g/dL e/ou hematócrito > 49%.

5. Resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias de citopenias em pessoas sem critérios de gravidade. Na ausência de suspeita clínica para direcionar investigação, descrever: testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou HBsAg, anti-HCV, anti-HIV), aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), creatinina, albumina, GGT, tempo de protrombina, TSH, vitamina B12, ácido fólico, velocidade de hemossedimentação e LDH.
6. Anexar laudo de exames citológico, histopatológico e/ou imuno-histoquímico, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados).
7. Medicamentos em uso (revisar [Quadro 8](#) e [Quadro 9](#)).

Protocolo 6 – Neoplasia óssea

Manifestações clínicas suspeitas de tumores ósseos: dor óssea localizada, com duração de várias semanas, agravada pelo exercício e piora à noite; presença de tumefação de tecidos moles adjacentes, massa firmemente aderida ao osso e dolorosa à palpação.

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

- Suspeita de fratura óssea patológica, especialmente se houver sinais de comprometimento neurológico ou vascular, se suspeita de fratura de fêmur ou sintomas compatíveis com lesão medular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia tumores ósseos:

- Suspeita ou diagnóstico de neoplasia maligna primária de sítio osteoarticular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Implantes ósseos compatíveis com metástases de neoplasia de sítio primário não-ostearticular (se houver fratura patológica, encaminhar também para ortopedia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Suspeita ou diagnóstico de neoplasia primária benigna de sítio osteoarticular.
- Fratura patológica por metástases de neoplasia de sítio primário não-ostearticular, após avaliação em serviço de urgência/emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. História atual ou prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, descrever.
3. Anexar laudo de exame de imagem da alteração compatível com tumor ósseo, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data (se realizado).
4. Anexar resultado de outros exames complementares pertinentes, como exames de imagem e resultado de anatomopatológico realizado na investigação de possíveis sítios primários (quando indicado).

Protocolo 7 – Neoplasia de pele

Manifestações clínicas suspeitas de melanoma: Lesão melanocítica com: sinal do “patinho feio” (lesão pigmentada com padrão diferente das outras); ou um ou mais critérios da regra do ABCDE (A. assimetria; B. bordas irregulares; C. cores variadas (pelo menos duas cores diferentes na lesão); D. diâmetro maior que 6 mm; E. evolução - alteração recente de tamanho, forma, cor, aparência).

As especialidades mais indicadas para o tratamento de lesões de pele benignas, malignas e suspeitas com necessidade de tratamento cirúrgico estão resumidas no [Quadro 11](#). Atentar para as ofertas regionais, especialmente casos com necessidade de cirurgias ambulatoriais, realização de biópsia e cirurgia geral de média complexidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia tumores de pele:

- Melanoma confirmado em anatomopatológico, se necessária investigação de linfonodo sentinela ([Quadro 12](#)).
- Melanoma confirmado em anatomopatológico, sem indicação de investigação de linfonodo sentinela ([Quadro 12](#)), se ampliação de margens não puder ser realizada na APS ou na Dermatologia ([Quadro 11](#)).
- Suspeita clínica de melanoma.
- Tumores com suspeita de câncer de pele não melanoma¹, localizados em:
 - tronco e membros: maiores do que 2 cm; ou
 - face e pescoço: maiores do que 1 cm; ou
 - em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações).
- Diagnóstico de câncer de pele não melanoma, confirmado em anatomopatológico, com indicação de remoção cirúrgica¹.
- Diagnóstico de câncer de pele não melanoma, confirmado em anatomopatológico, com necessidade de radioterapia adjuvante ou investigação de disseminação linfonodal, quando indicada por dermatologista.
- Metástase cutânea.
- Suspeita ou diagnóstico de tumores de pele agressivos (ex: dermatofibrossarcoma protuberans, carcinoma de Merkel).
- Tumores irremovíveis com indicação de cirurgia higiênica (infecções recorrentes com odor fétido, sangramento, dor, piora funcional importante, necrose extensa).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia de cabeça e pescoço:

- Resultado de biópsia (anatomopatológico) com evidência de lesão neoplásica maligna.
- Alta suspeita clínica de lesão bucal maligna – carcinoma espinocelular, melanoma, linfoma ou neoplasias malignas de glândulas salivares ([Quadro 13](#)) sem disponibilidade de biópsia (anatomopatológico).

¹ Pacientes com neoplasia maligna de pele não melanoma - carcinoma espinocelular *in situ* (Doença de Bowen) ou carcinoma basocelular - que foram tratados cirurgicamente e apresentam margens livres ao exame anatomopatológico, mesmo que descritas como exíguas, não apresentam indicação de encaminhamento oncológico. Recomenda-se que esses casos mantenham acompanhamento médico na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Paciente com melanoma avançado, com metástase(s) à distância.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- Nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm.
- Dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm.
- Seguimento clínico de melanoma prévio.
- Pacientes com alto risco para desenvolver melanoma ([Quadro 14](#)).
- Lesões suspeitas de câncer de pele não melanoma ou diagnóstico de neoplasia de pele não melanoma¹ pequenas (até 2 cm em tronco e membros, ou até 1 cm em face e pescoço), com indicação de remoção cirúrgica.
- Lesões com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose).
- Tumores de unhas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para estomatologia:

- Desordens potencialmente malignas ([Quadro 16](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia plástica:

- Lesões suspeitas de câncer de pele não melanoma localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações) ou lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto, quando não abordadas em agenda de oncologia cirurgia pele.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:

- Lesões palpebrais malignas¹ ou suspeitas de malignidade, quando não abordadas em agenda de oncologia cirurgia pele.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Descrição do quadro clínico:
 - a. localização;
 - b. tamanho em cm;
 - c. características (assimetria, bordas, cores, crescimento);
 - d. ulceração (sim/não);
 - e. tempo de evolução.
2. Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descrever.
3. Anexar fotografias da lesão;

¹ Pacientes com neoplasia maligna de pele não melanoma - carcinoma espinocelular *in situ* (Doença de Bowen) ou carcinoma basocelular - que foram tratados cirurgicamente e apresentam margens livres ao exame anatomopatológico, mesmo que descritas como exíguas, não apresentam indicação de encaminhamento oncológico. Recomenda-se que esses casos mantenham acompanhamento médico na APS.

4. Anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados (se biópsia incisional ou excisional, resultado e informação sobre margens cirúrgicas), com data (se realizado);
5. Apresenta alto risco para desenvolver melanoma (sim ou não). Se sim, descrever os fatores ([Quadro 14](#)).

Protocolo 8 – Neoplasia de endométrio

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de endométrio: sangramento uterino anormal, sangramento pós-menopausa; em estágios avançados pode associar-se dor pélvica, distensão abdominal, alteração das funções eliminatórias.

Atenção: não está indicado solicitar ecografia transvaginal como exame de rotina ou para rastreamento de câncer de endométrio.

Condições clínicas que indicam a necessidade de ecografia transvaginal:

- Paciente na menopausa com sangramento uterino anormal.
- Paciente na menacme com sangramento uterino anormal de provável causa estrutural (sangramento intenso, intermenstrual ou pós-coital, presença de dor pélvica ou sensação de pressão abdominal, útero aumentado de volume, massa pélvica) ou falha do tratamento clínico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia ginecologia:

- Neoplasia de endométrio evidenciada em biópsia.
- Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia ginecologia (preferencialmente) ou ginecologia:

- Mulher na menopausa com sangramento uterino anormal e:
 - espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada em ecografia pélvica transvaginal; ou
 - endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo em ecografia pélvica transvaginal; ou
 - sintoma persistente, independente da espessura endometrial. Ou
- Mulher na menopausa sem sangramento uterino anormal com espessura endometrial maior que 11 mm evidenciada em ecografia pélvica transvaginal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Mulher na menopausa sem sangramento uterino anormal com:
 - espessura endometrial maior que 5,0 mm e menor ou igual a 11 mm evidenciada em ecografia pélvica transvaginal e fatores de risco para câncer de endométrio¹; ou
 - endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo em ecografia pélvica transvaginal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever exame especular).
2. Paciente está na menopausa (sim ou não).
3. Peso, altura e IMC.

¹ Fatores de risco para câncer de endométrio: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno, tumor secretor de estrogênio, Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo), Síndrome de Cowden, história familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon.

4. Comorbidades (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose.
5. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
6. Anexar resultado de biópsia de endométrio, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).

Protocolo 9 – Neoplasia do colo uterino

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia do colo uterino: a neoplasia do colo uterino em estágio precoce é frequentemente assintomática, ressaltando a importância do rastreamento para o diagnóstico. Quando sintomático, os sintomas comuns são: sangramento vaginal anormal, intenso ou irregular, especialmente após relações sexuais, entre os ciclos menstruais ou na menopausa; corrimento vaginal anormal, com odor fétido ou coloração incomum; dor durante as relações sexuais; dor pélvica ou dor lombar persistente.

As condutas sugeridas a partir do resultado dos resultados do exame citopatológico estão descritas no [Quadro 17](#).

Nota: Considerando a incorporação do exame molecular DNA-HPV para rastreamento do câncer de colo uterino em 2025 (Nota técnica nº 1/2024-Inca/Didepre/Inca/Conprev/Inca/Saes/MS) e a atualização em curso das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, informamos que este protocolo será atualizado em breve, conforme as condutas pertinentes.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou oncologia ginecologia:

Resultado de um exame citopatológico (CP) do colo uterino com:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H).
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC).
- Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau).
- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL).
- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão;
- 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).

Resultado de dois CP consecutivos (conforme intervalo indicado) com:

- ASC-US.
- LSIL.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia ginecologia:

- Lesão suspeita (como tumores ou úlceras) ao exame especular.
- Resultado de biópsia de colo com:
 - neoplasia invasora (carcinoma epidermoide/adenocarcinoma); ou
 - carcinoma microinvasor; ou
 - NIC 2/3.
- Resultado de CP com:
 - carcinoma epidermoide invasor; ou
 - adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal).
3. Paciente é imunossuprimida (sim ou não).
4. Anexar resultado(s) do(s) último(s) CP, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.
5. Anexar resultado de colposcopia, com data (se realizada).
6. Anexar resultado de biópsia de colo do útero, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).

Protocolo 10 – Neoplasia do sistema nervoso central

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasias malignas cerebrais: sinais e sintomas neurológicos generalizados (cefaleia, convulsões, náuseas e vômitos, rebaixamento do nível de consciência, disfunção neurocognitiva) e/ou focais (convulsões, fraqueza, perda sensorial, afasia, disfunção visual espacial).

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasias malignas da medula espinhal: dor (particularmente dor lombar inespecífica e sintomas radiculares) que piora à noite; outros sintomas dependem da localização e podem incluir: fraqueza motora progressiva, perda sensorial ou parestesia, disfunção autonômica, incluindo disfunção intestinal e da bexiga, deficiências na marcha e sintomas de compressão da medula espinhal.

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

- Suspeita de neoplasia com sintomas/sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia persistente acompanhada de vômitos, alteração no nível de consciência, fundo de olho com papiledema) e/ou sintomas neurológicos focais.
- Suspeita de neoplasia com sinais e sintomas de compressão medular ([Quadro 18](#)) e/ou síndrome de cauda equina ([Quadro 18](#)).
- Exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de hipertensão intracraniana (desvio da linha média, herniação subfalcina, uncal ou transtentorial), presença de hidrocefalia, compressão do tronco encefálico.
- Exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de compressão medular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou oncologia neurocirurgia:

- Paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de neoplasia, sem critérios para avaliação na urgência/emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes).
2. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

Protocolo 11 – Neoplasia de cabeça e pescoço

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de cabeça e pescoço: a doença é geralmente oligossintomática inicialmente, sendo de extrema importância o exame clínico da cavidade oral por parte de odontologistas, enfermeiros e médicos em pacientes tabagistas, etilistas ou com má saúde bucal. Quando sintomático, o paciente pode apresentar: dor, lesões que não cicatrizam, otalgia unilateral, disfagia persistente, perda de peso, linfonodomegalia ou massa cervical, disfonia, hemoptise.

Neoplasia em região de cabeça e pescoço inclui neoplasias de cavidade oral, lábio, faringe (nasofaringe, orofaringe, hipofaringe), laringe (laringe glótica e supraglótica), seio etmoidal, seio maxilar e também cânceres de glândulas salivares, melanoma de mucosa e cânceres primários ocultos em cabeça e pescoço. Os principais fatores de risco incluem: fumo ativo ou passivo e outras formas de tabaco (narguilé, cigarro eletrônico), consumo de álcool, infecção por HPV e exposição solar sem proteção (principalmente para câncer de lábio). Outros fatores têm sido descritos como contribuintes: higiene bucal deficiente e doença periodontal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia ou oncologia cirurgia de cabeça e pescoço (conforme pactuações regionais):

- Disfagia orofaríngea¹ em pessoa com sintomas e/ou sinais sugestivos de malignidade (emagrecimento, inapetência, vômito sanguinolento, odinofagia) ou com fatores de risco para neoplasia maligna de cabeça e pescoço.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou cirurgia geral:

- Linfonodomegalia cervical com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados).
- Linfonodomegalia cervical persistente (≥ 2 cm) após 4 semanas sem causa definida após investigação na APS ([Quadro 10](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia de cabeça e pescoço:

- Diagnóstico histopatológico de lesão neoplásica maligna em região de cabeça e pescoço.
- Suspeita de neoplasia de cabeça e pescoço por exame de imagem, quando biópsia indisponível.
- Alta suspeita clínica de lesão bucal maligna - carcinoma espinocelular, linfoma ou melanoma ([Quadro 13](#)).

¹ Disfagia orofaríngea: dificuldade para iniciar a deglutição de líquidos ou sólidos, podendo estar associada à tosse, engasgos, regurgitação nasal e sensação de resíduo alimentar na faringe. Paciente costuma apontar a sensação na região cervical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia bucomaxilofacial ou estomatologia:

- Lesão com crescimento rápido que necessite de biópsia para definição diagnóstica (na indisponibilidade de tratamento na APS ou Centro de Especialidades Odontológicas), com todos os critérios abaixo:
 - não associada a fatores irritativos, como trauma ou dentes necróticos;
 - que não apresenta característica clínica altamente sugestiva de neoplasia maligna ([Quadro 13](#));
 - que não regride após 14 dias de acompanhamento.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas com tempo de evolução.
2. Descrição do exame físico (característica da(s) lesão(ões) e características dos linfonodos, quando presentes). Anexar foto da lesão quando visível.
3. Fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo/etilismo).
4. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado).
5. Resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado).
6. Tratamentos prévios com posologia (se realizado).

Apêndices – Materiais complementares

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

Nódulo palpável, endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas.
Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes, na ausência de causa infecciosa ou inflamatória conhecida após investigação inicial na APS, mesmo com exame de imagem normal.
Descarga papilar suspeita: sanguínea, serossanguínea 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.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Brasil (2013) e Inca (2015).

Quadro 2 – Categorias de avaliação de BI-RADS

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

Fonte: D’orsi *et al.* (2013).

Quadro 3 – Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento

Risco para câncer de mama	Indicação de rastreamento com exame de imagem
Risco habitual	
Mulheres entre 50 e 69 anos	Oferecer mamografia (MMG) bienal.
Mulheres entre 40 e 49 anos e mulheres entre 70 e 74 anos	Considerar o rastreamento com MMG bienal, após fornecer informações sobre os possíveis benefícios e danos das evidências mais recentes, em uma decisão compartilhada.
Alto risco¹	
Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras.	Rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade. Considerar adicionar ressonância magnética mamária (RM) ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história familiar de: • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou • homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.	Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.	Rastreamento anual com mamografia a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada
Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor, carcinoma lobular <i>in situ</i> , hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal <i>in situ</i> .	Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico, principalmente naquelas que foram tratadas com cirurgia conservadora. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a RM não puder ser realizada.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Brasil (2013), Urban *et al.* (2023), Kerlikowske *et al.* (2024) e US Preventive Services Task Force *et al.* (2024).

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

Quadro 4 – Critérios para avaliação de risco genético para câncer de mama e/ou ovário

A. História pessoal de câncer de mama com qualquer uma das seguintes características: ● câncer de mama diagnosticado com idade ≤ 35 anos; ● câncer de mama triplo-negativo (receptores de estrógeno, progesterona e proteína HER-2) diagnosticado antes dos 60 anos; ● dois cânceres de mama primários¹; ● câncer de mama diagnosticado em homem; ● câncer de mama diagnosticado em qualquer idade, mais história familiar²: ■ ≥ 1 familiar com câncer de mama diagnosticado ≤ 50 anos; ou ■ ≥ 1 familiar com câncer de ovário; ou ■ ≥ 1 familiar com câncer de mama masculino; ou ■ ≥ 2 familiares com câncer de pâncreas ou câncer de próstata (Gleason ≥ 7); ou ■ ≥ 2 familiares com câncer de mama em qualquer idade.
B. História pessoal de câncer de ovário epitelial em qualquer idade.
C. História pessoal de câncer de pâncreas exócrino em qualquer idade.
D. História pessoal de câncer de próstata metastático em qualquer idade.
E. Ascendência judaica Ashkenazi e câncer de mama ou câncer de próstata de alto grau (Gleason ≥ 7).
F. Pessoa de qualquer idade com mutação deletéria em um gene de suscetibilidade ao câncer dentro da família ou encontrado em testes de tumores (Ex: BRCA 1/2).

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de National Comprehensive Cancer Network (2024), Carraro *et al.* (2013) e Peshkin e Isaacs (2024).

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

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

Quadro 5 – Periodicidade de seguimento de nódulo de pulmão incidental, com TC sem contraste na APS

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

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

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de MacMahon *et al.* (2017) e Gould *et al.* (2013), Wood *et al.* (2022), Pereira *et al.* (2024) e National Comprehensive Cancer Network (2023).

TC: tomografia computadorizada; PET/TC: tomografia computadorizada por emissão de pósitrons.

¹ **Pessoa de baixo risco:** pessoa mais jovem (< 50 anos), ausência de tabagismo, nódulo com margens regulares, localizado em área diferente do lobo superior.

² **Pessoa de alto risco:** idade elevada (≥ 50 anos), história atual ou prévia de tabagismo, exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel), história familiar de neoplasia pulmonar em parentes de primeiro grau (pais, filhos, irmãos), nódulo com margens irregulares ou espiculadas e localização no lobo superior.

³ 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.

Quadro 6 – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia

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

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

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

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

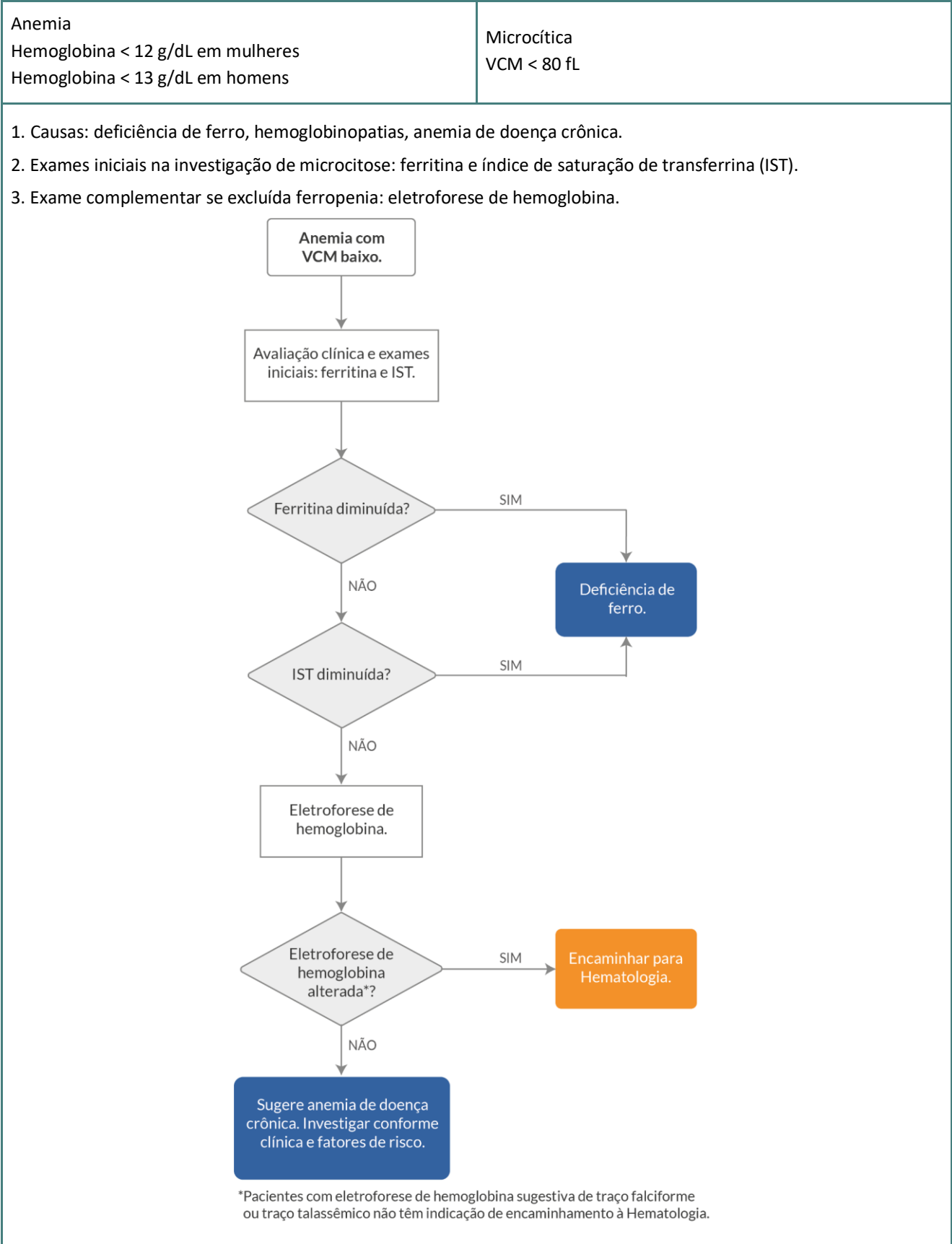
Quadro 7 – Rastreamento com colonoscopia em pessoa com risco aumentado de câncer colorretal

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	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.
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR		
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de polipose adenomatosa familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100).	A partir dos 10 anos 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 (2025), adaptado de Monahan *et al.* (2020) e Dominitz *et al.* (2024).

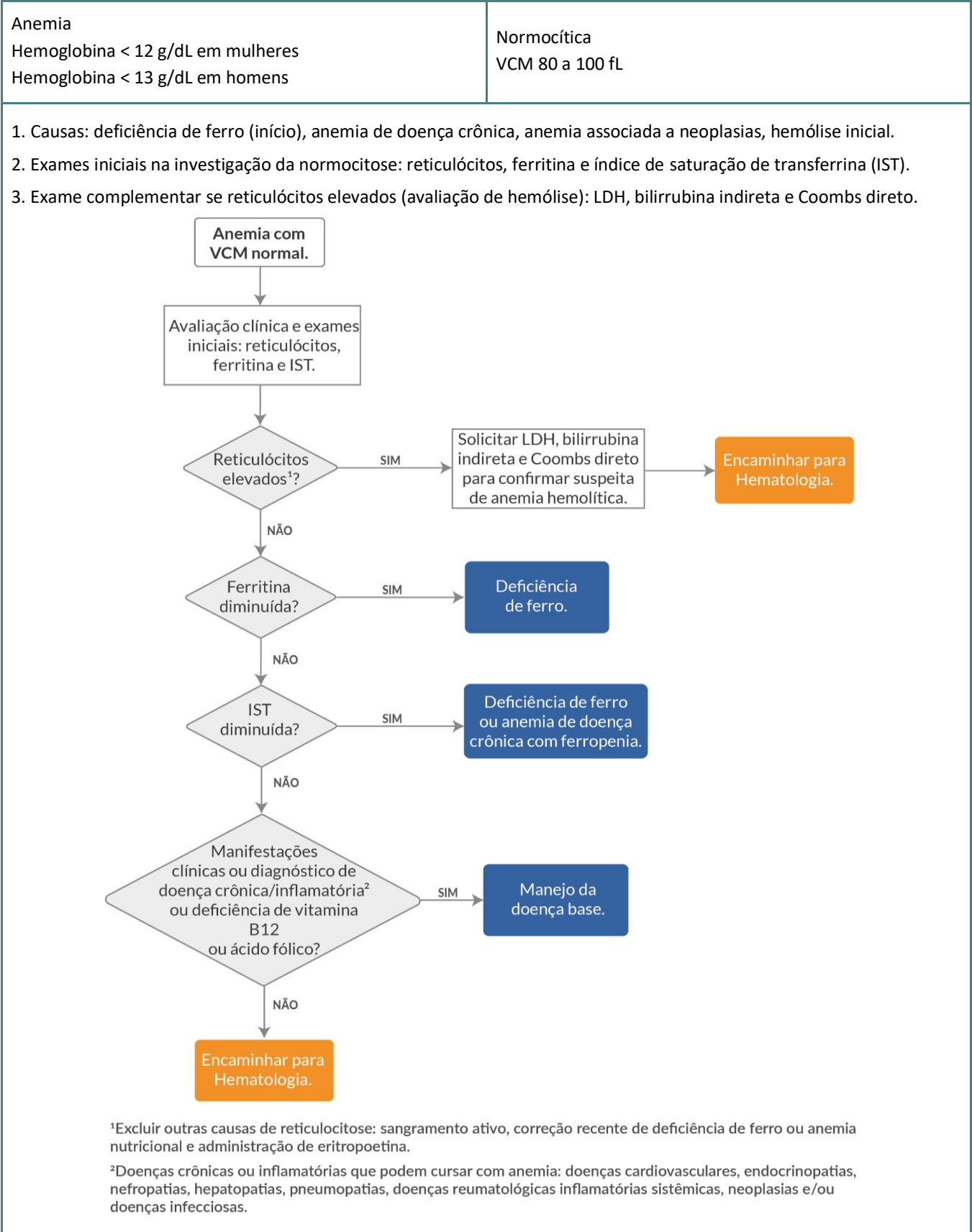
Observação: atualmente, não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas sem risco aumentado de câncer colorretal (Inca, 2021). As orientações sobre a idade para iniciar e a frequência do rastreamento variam de acordo com recomendações de organizações profissionais internacionais.

Figura 1 – Investigação de anemia microcítica



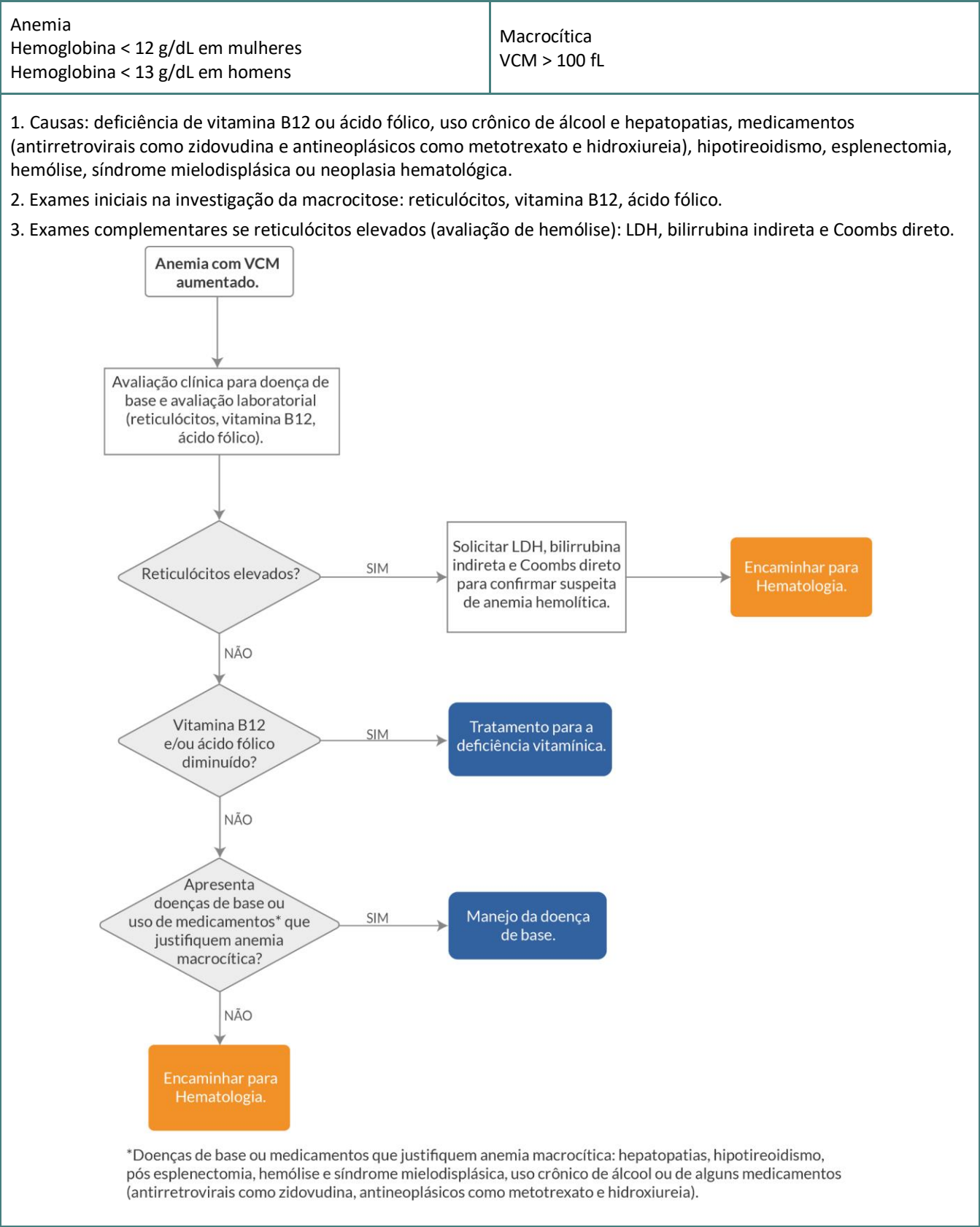
Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Rizk, Fedorowicz e Aird (2024) e BMJ Publishing Group (2024).

Figura 2 – Investigação de anemia normocítica



Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Auerbach e DeLoughery (2024).

Figura 3 – Investigação de anemia macrocítica



Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Duncan *et al.* (2022) e Failace e Fernandes (2015).

Quadro 8 – Causas e investigação de leucopenia secundária

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

Fonte: TelessaúdeRS (2024), adaptado de Berliner (2024).

Quadro 9 – Causas e investigação de trombocitopenias secundárias

Causas	Investigação
Infecções agudas e crônicas (como COVID-19, dengue, chikungunya, zika, febre maculosa, rubéola, varicela, parvovírus, Epstein-Barr, <i>Helicobacter pylori</i> , citomegalovírus, malária, leishmaniose visceral, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose)	Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Caso haja diagnóstico de infecção aguda, reavaliar contagem plaquetária após 4 semanas da resolução do quadro agudo. Na ausência de suspeita clínica específica, solicitar testes rápidos para hepatite B, hepatite C e HIV (ou HBsAg, anti-HCV e anti-HIV).
Doença hepática crônica	Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia. Complementar investigação com: testes rápidos para hepatite B e hepatite C (ou HBsAg e anti-HCV), AST/TGO, ALT/TGP, albumina, GGT, tempo de protrombina e ecografia abdominal.
Doenças reumatológicas (como Lúpus, síndrome antifosfolípideo e artrite reumatoide)	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN ou FR.
Deficiência de nutrientes	Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição), história de cirurgia bariátrica ou doença disabsortiva. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12 e ácido fólico.
Medicamentos	Investigar uso de medicamentos como: anti-inflamatórios, paracetamol, sinvastatina, diuréticos, antibióticos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, dexametasona, tuberculostáticos, ondansetrona, cetirizina, mirtazapina, oseltamivir, estrogênio, heparina, biológicos e antineoplásicos.
Dieta	Bebidas com quinino; chás de ervas, como bardana; suco de cranberry; nozes; tahine.
Vacinas	COVID-19, influenza e vacinas de vírus vivo atenuado (febre amarela, herpes zoster, poliomielite oral, tríplice e tetra viral).
Gestação	Pode ocorrer plaquetopenia transitória por hemodiluição. Atentar para o grau de plaquetopenia e sintomas associados, como insuficiência renal, hipertensão, anemia hemolítica e síndrome HELLP.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Nagalla *et al.* (2024), Arnold e Cuker (2024), Goldman e Schafer (2022) e Provan *et al.* (2015).

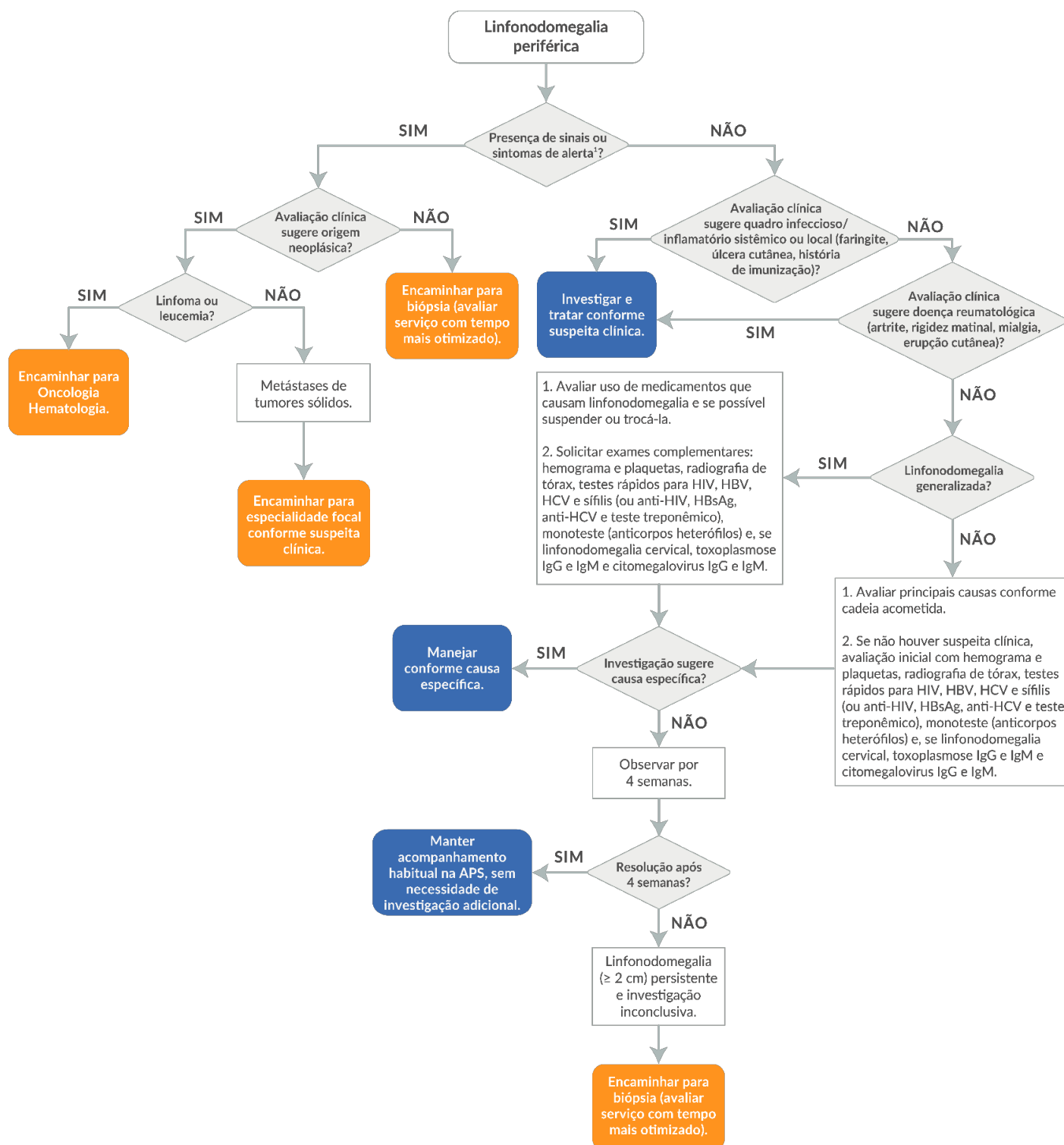
ALT/TGP: transaminase pirúvica; AST/TGO: transaminase oxalacética; FAN: fator antinuclear; FR: fator reumatoide; GGT: gama glutamil transferase; HELLP: hemólise, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia.

Quadro 10 – Investigação de linfonodomegalia periférica

Principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida		
Cadeia	Área de drenagem	Principais causas
Cervical	Couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço.	Infeções cutâneas, abscessos dentários, infecções de vias aéreas superiores, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), citomegalovírus, infecção por herpesvírus tipo 6, mononucleose, tuberculose, micobacterioses atípicas, HIV, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático cervical de tireoide, cabeça e pescoço).
Pré-auricular	Conjuntiva, canal auditivo e couro cabeludo anterior e temporal.	Conjuntivites (virais ou bacterianas), otite externa, infecções cutâneas locais.
Pós-auricular e suboccipital	Regiões parietal e temporal do couro cabeludo.	Infeções bacterianas e fúngicas do couro cabeludo, otite externa, rubéola.
Supraclavicular	Trato gastrointestinal, geniturinário e pulmões.	Neoplasia maligna metastática ou hematológica. Linfonodomegalia supraclavicular direita sugere neoplasia de mediastino, pulmões ou esôfago, enquanto à esquerda (nódulo de Virchow) sugere neoplasia intra-abdominal (estômago, vias biliares, pâncreas, rins, testículos, ovários, linfoma ou próstata).
Axilar	Membros superiores, mama e tórax.	Doença de arranhadura do gato, infecções cutâneas, reacional após prótese de silicone, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), carcinoma de mama metastático, melanoma metastático.
EpitrocLEAR	Ulna, antebraço e mão.	Infeções cutâneas de mãos e antebraços, sarcoidose, tularemia, sífilis, neoplasia hematológica.
Inguinal	Abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores.	Celulite, infecções sexualmente transmissíveis, neoplasia (hematológicas, cutâneas de membros inferiores e tronco e metastática de região perianal e vulva e colo uterino).
Avaliação clínica inicial		
• Tempo de evolução dos sintomas. • Características do linfonodo: tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas. • Se localizada (apenas uma cadeia acometida) ou generalizada (duas ou mais cadeias não contíguas acometidas). • Presença de sintomas B: perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre. • Presença de outros sintomas sugestivos de infecção local ou sistêmica (exemplo: faringite, infecção de vias aéreas superiores, ulceração cutânea). • Exame físico com evidência de esplenomegalia. • Exposição de risco para HIV, sífilis, hepatites. • História de neoplasia prévia, outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual ou fatores de riscos para neoplasia (exemplo: tabagismo, etilismo). • História epidemiológica local e histórico de viagens que possuam exposições de risco para infecções (exemplo: áreas endêmicas para doenças como leishmaniose, histórico de arranhadura de gato). • História de imunização recente contra COVID-19 ou com outro imunizante como dT, dTpa, BCG, tríplice viral ou raiva. • Uso de medicamentos: alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, etossuximida, hidralazina, lamotrigina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina, quinidina, sulfonamidas.		
Investigação complementar		
• Com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida. • Sem características de malignidade: investigação de acordo com a suspeita clínica. Se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico, solicitar: ▪ hemograma e plaquetas; ▪ radiografia de tórax; ▪ testes rápidos para HBV, HCV, HIV e sífilis (ou HBsAg, anti-HCV, anti-HIV e teste treponêmico para sífilis); ▪ monoteste (pesquisa de anticorpos heterófilos); ▪ se linfonodomegalia cervical: solicitar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.		

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

Figura 4 – Investigação de linfonodomegalia periférica



¹Sinais ou sintomas de alerta em paciente com linfonodomegalia:

- linfonodomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna, emagrecimento); ou
- linfonodomegalia e esplenomegalia não associadas a quadro infeccioso; ou
- linfonodo endurecido, aderido a planos profundos, indolor ou massa de linfonodos fusionados; ou
- linfonodomegalia supraclavicular; ou
- linfonodomegalia em paciente com história de neoplasia prévia ou outros sintomas que sugiram origem para neoplasia metastática.

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

Quadro 11 – Especialidades indicadas para tratamento de lesões de pele com necessidade de tratamento cirúrgico

	Lesões benignas (lipoma, cisto epidérmico/“sebáceo”, nevus)	Lesões com suspeita de malignidade (sem AP)	Lesões malignas (com AP)
Dermatologia	Até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial.	Até 2 cm no tronco e membros ou até 1 cm na face e pescoço.	Até 2 cm no tronco e membros ou até 1 cm na face e pescoço.
Cirurgia ambulatorial	Até 5 cm.	Especialidade não indicada.	Especialidade não indicada.
Cirurgia plástica	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista* ou cirurgia ambulatorial.	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações) ou lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto, quando não abordadas em agenda de oncologia cirurgia pele.	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações) ou lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto, quando não abordadas em agenda de oncologia cirurgia pele.
Cirurgia geral	> 5 cm.	Especialidade não indicada.	Especialidade não indicada.
Oncologia cirurgia pele	Especialidade não indicada.	Maiores do que 2 cm em tronco e membros, maiores que 1 cm em face e pescoço ou localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações).	Maiores do que 2 cm em tronco e membros, maiores que 1 cm em face e pescoço ou localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações).
Estomatologia	Lesões labiais ou em cavidade bucal, pequenas ou superficiais, com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica.	Especialidade não indicada.	Especialidade não indicada.
Oftalmologia	Lesões palpebrais benignas.	Lesões palpebrais suspeitas de câncer de pele não melanoma, quando não abordadas em agenda de oncologia cirurgia pele. Se suspeita de melanoma, encaminhar para referência regional de oncologia cirurgia pele.	Câncer de pele não melanoma localizado na pálpebra, quando não abordadas em agenda de oncologia cirurgia pele. Se melanoma, encaminhar para referência regional de oncologia cirurgia pele.

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

* Nevos intradérmicos nessas localizações, cistos epidérmicos pequenos em face e articulações.

Quadro 12 – Indicações de investigação de linfonodo sentinela após o diagnóstico histopatológico de melanoma

- Ausência de sinais clínicos de metástases regionais ou à distância, associado a qualquer um dos critérios abaixo:
 - índice de Breslow > 0,8 mm; OU
 - presença de ulceração; OU
 - presença de invasão linfovascular.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Brasil (2022).

* A presença de metástases à distância exclui a necessidade de investigação de linfonodo sentinela.

Quadro 13 – Lesões bucais com alta suspeita de malignidade

Suspeita clínica	Descrição da lesão
Carcinoma Espinocelular	Lesão ulcerada: • com bordas elevadas e/ou endurecidas não associadas a fatores traumáticos; • com bordas elevadas e/ou endurecidas e que não cicatriza no período de 14 dias após remoção de possíveis fatores traumáticos (próteses fraturadas/desgastadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento); • úlceras com mais de 1 cm de diâmetro, independente do tempo de duração. Lesão nodular: de superfície irregular ou lobulada, com ou sem ulceração, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação, e/ou linfonodomegalia cervical.
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétrica, com bordos irregulares, cor heterogênea, com crescimento e mudança de cor.
Linfoma	Lesão nodular ou tumefação difusa: • de superfície lisa ou irregular, geralmente indolor, com ou sem ulceração e/ ou linfonodomegalia, não associada a fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados); • principais localizações: tonsilas (assimetria); palato e rebordo alveolar; • frequentemente associada à infecção por HIV ou outras causas de imunossupressão; • sintomas constitucionais: febre, sudorese noturna ou perda de peso; • outros sintomas como fadiga e prurido.
Neoplasias malignas de glândulas salivares	Lesão nodular ou tumefação presente em glândula salivar maior ou menor: • malignidades da parótida: tumefações pré-auriculares fixas ou móveis que podem estar associadas a metástases linfonodais cervicais; pode ocorrer paralisia do nervo facial; • malignidades submandibulares: tumefações cervicais assintomáticas, frequentemente firmes, lobuladas, podem estar fixadas à pele ou a tecidos mais profundos; pode ocorrer paralisia do nervo lingual, do nervo hipoglosso ou do ramo mandibular marginal do nervo facial; • malignidades das glândulas sublinguais: tumefações assintomáticas e não ulceradas no assoalho da boca, embora cerca de 50% dos casos possam apresentar dor e dormência; • malignidades de glândulas salivares menores: tumefações submucosas ao longo do trato aerodigestivo superior, assintomáticas; ulcerações são menos frequentes; pode ocorrer estreitamento ocasional das vias aéreas superiores; até 50% dos tumores são localizados no palato; • metástases linfonodais em glândulas salivares: podem se apresentar como tumefações; geralmente provenientes de carcinoma espinocelular (incluindo o cutâneo), melanoma e linfoma.

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

Quadro 14 – Paciente com alto risco para melanoma

- Paciente com três ou mais dos critérios abaixo ou critérios E e F juntos:
- A. Fototipo I ou II ([Quadro 15](#)).
 - B. Efélides.
 - C. História de queimadura solar com formação de bolhas antes dos 20 anos.
 - D. História de bronzeamento artificial antes dos 35 anos.
 - E. Múltiplos nevos melanocíticos (> 50) ou pelo menos um nevo atípico (determinado por exame anatomopatológico).
 - F. Um familiar em primeiro grau ou dois ou mais familiares (independentemente do grau) com história de melanoma.

Fonte: TelessaúdeRS (2024), adaptado de Boniol *et al.* (2012), Wu *et al.* (2014), Geller e Swetter (2024).

Quadro 15 – Classificação de fototipos cutâneos (FTC)

FTC	Cor básica da pele	Resposta à exposição solar
I	Branco-pálida	Não se bronzeia, queima facilmente.
II	Branca	Bronzeia-se com dificuldade, queima facilmente.
III	Branca	Bronzeia-se facilmente, mas pode queimar-se inicialmente.
IV	Castanho-clara/oliva	Bronzeia-se facilmente, queima-se dificilmente.
V	Castanha	Bronzeia-se facilmente, geralmente não se queima.
VI	Negra	Escurece mais, não se queima.

Fonte: Goldsmith *et al.* (2012).

Quadro 16 – Desordens bucais potencialmente malignas

Suspeita clínica	Descrição da lesão
Leucoplasia	Mancha ou placa predominantemente branca, não removível à raspagem, não associada a trauma crônico (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento), que persiste após remoção do fator traumático e que só pode ser diagnosticada após a exclusão de outras doenças (por exemplo: candidíase, líquen plano, sífilis, estomatite nicotínica).
Eritroplasia	Mancha ou placa vermelha que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra condição (por exemplo: candidíase, glossite atrófica, glossite migratória benigna) e que persiste por mais de 14 dias.
Queilite actínica	Alterações na mucosa de transição do lábio (vermelhão do lábio) que levam à perda de nitidez do limite dermatomucoso, associadas a áreas de placa branca, úlceras, manchas acastanhadas, crostas, áreas descamativas, endurecimento e/ ou erosões (áreas avermelhadas).
Líquen plano	Lesões brancas e/ou vermelhas de apresentação usualmente múltipla, uni ou bilaterais, com ou sem sintomatologia dolorosa, podendo estar associadas a lesões na pele.
Leucoplasia verrucosa proliferativa	Placa branca, de propagação lenta que, inicialmente, pode ser única e homogênea, imitando a leucoplasia convencional. Com o tempo, há o desenvolvimento de lesões adicionais e/ou mais extensas, evoluindo com aspecto exófito e verrucoso e, ocasionalmente, um componente eritematoso também pode ser evidente. Leucoplasia de alto risco, potencialmente agressiva.

Fonte: TelessaúdeRS (2024), adaptado de Neville *et al.* (2021), Neville *et al.* (2023) e Muller e Tilakaratne (2022).

Quadro 17 – Conduta sugerida de acordo com resultado do exame citopatológico (CP) do colo do útero

Resultado			Recomendação	
Normal ou alterações celulares benignas			Seguir a rotina de rastreamento.	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos. Caso se mantenha essa atipia antes dos 25 anos, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos. A partir dos 25 anos, se a citologia se mantiver ASC-US ou de maior gravidade, encaminhar para colposcopia.
			Entre 25 e 29 anos	Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
		Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia (ginecologia).		
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
		Possivelmente não neoplásicas		
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos ou quando completar 25 anos. Caso se mantenha essa atipia, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos.
			≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.
			Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) ou HSIL não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).	
	Carcinoma epidermoide invasor		Encaminhar para a colposcopia (ginecologia/oncologia).	
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou Adenocarcinoma invasor			

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Brasil (2016) e Inca (2016).

Quadro 18 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

Compressão medular (cervical ou torácica):
Tetra ou paraparesia.
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão.
Espasticidade.
Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão.
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus).
Presença do sinal de Lhermitte.
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos membros superiores e, mais proeminentemente, na mão).
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra):
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica).
Anestesia em sela.
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

Fonte: TelessaúdeRS (2025).