



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 382/2026/ASPAR/MS

Brasília, 22 de maio de 2026.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Carlos Veras

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 406/2026

Assunto: Informações sobre os dados epidemiológicos, estratégias de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal no Brasil.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 122/2026, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente a o **Requerimento de Informação nº 406/2026**, de autoria da **Deputada Federal Rogéria Santos (REPUBLIC/BA)**, por meio do qual são requisitadas *informações sobre os dados epidemiológicos, estratégias de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal no Brasil*, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, por meio de Despacho (0055425437), validado pelo Secretário através de Despacho (0055436603).
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde**, em 22/05/2026, às 18:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **005553562** e o código CRC **709D8574**.

Referência: Processo nº 25000.059798/2026-74

SEI nº 005553562

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

DESPACHO

SAES/CORISC/SAES/GAB/SAES/MS

Brasília, 18 de maio de 2026.

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se do Ofício 1ªSec/RI/E/nº 122 (0054888304), o qual se refere ao Requerimento de Informação - RIC nº 406/2026 (0054888304), oriundo da Câmara dos Deputados, de autoria do **Deputada Rogéria Santos (Republicanos/RJ)**, o qual solicita informações ao Ministério da Saúde, acerca dos dados epidemiológicos, estratégias de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal no Brasil.

2. ANÁLISE

2.1. Os cânceres de cólon e reto iniciam-se no intestino grosso, podendo ocorrer em qualquer segmento do cólon ou do reto, imediatamente antes do ânus. É uma doença heterogênea e multifatorial, que se desenvolve predominantemente a partir de mutações genéticas em lesões benignas, como pólipos adenomatosos e serrilhados. O tipo histológico adenocarcinoma corresponde a mais de 90% dos casos diagnosticados.

2.2. De acordo com os dados do SIH-SUS e SIA-SUS, observou-se um crescimento nos procedimentos relacionados ao tratamento do câncer colorretal no SUS entre 2022 e 2025. As **cirurgias apresentaram aumento de 29% no período, atingindo um pico de 11,4% em 2024**. O **número de quimioterapias realizadas cresceu 24%**, destacando-se um acréscimo de 13,3% em 2024; essa taxa desacelerou para 2% em 2025. No tocante à **radioterapia, houve elevação de 11% ao longo do período analisado**. Esses resultados evidenciam a ampliação do acesso aos tratamentos oncológicos na rede pública de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Produção de cirurgia, quimioterapia e radioterapia associados ao câncer colorretal. Brasil, 2022 a 2025.

ANO	Cirurgia		Quimioterapia		Radioterapia	
	Total de procedimentos	Variação anual	Total de procedimentos	Variação anual	Total de procedimentos	Variação anual
2022	33.882	-	186.210	-	6.262	-
2023	36.684	8,3%	200.350	7,6%	6.449	3,0%
2024	40.884	11,4%	226.971	13,3%	6.811	5,6%
2025	43.757	7,0%	231.496	2,0%	6.945	2,0%

Nota: Câncer de colorretal baseado no códigos, segundo CID-10: C18, C19 e C20.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)

2.3. **Dados epidemiológicos**

2.4. Informa-se que de acordo com a Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil – 2026-2028 (Instituto Nacional de Câncer, 2026), publicada pelo INCA, o número estimado de casos novos de cânceres de cólon e reto para o Brasil, **para cada ano do triênio de 2026 a 2028, é de 53.810 casos, com risco estimado de 25,11 casos por 100 mil habitantes**. Desse total, são estimados 26.270 casos entre os homens e 27.540 casos entre as mulheres. Esses valores correspondem aos riscos estimados de 25,16 casos novos a cada 100 mil homens e de 25,07 a cada 100 mil mulheres. Em 2024 ocorreram 25.371 óbitos por esse câncer, dentre eles, 12.856 (50,7%) em homens e 12.515 (49,3%) em mulheres. Em 2023 ocorreram 23.953 óbitos por cânceres de cólon e reto. Entre os homens, foram registrados 12.094 óbitos (11,71 por 100 mil homens), e, entre as mulheres, 11.859 óbitos (10,94 por 100 mil mulheres) (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

2.5. Mundialmente, os cânceres de cólon e reto são o terceiro mais incidente, com aproximadamente 1,9 milhão de casos novos estimados em 2022, representando 9,6% de todos os cânceres. Entre os homens, ocuparam a terceira posição, com 10,4% dos casos de câncer, e, entre as mulheres, também foram o terceiro mais incidente, correspondendo a 8,9% dos cânceres (Bray et al., 2024). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, os cânceres de cólon e reto ocupam a terceira posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil. As maiores taxas de incidência são observadas nas regiões Sul e Sudeste para homens e mulheres.

2.6. **Diagnóstico, rastreamento e prevenção**

2.7. Os principais fatores de risco são os comportamentais, como tabagismo, sedentarismo, excesso de gordura corporal, consumo de bebidas alcoólicas, consumo elevado de carne vermelha e carnes processadas, além do baixo consumo de alimentos ricos em fibras, como cereais integrais, leguminosas, frutas e vegetais. Outros fatores incluem condições genéticas ou hereditárias, como doença inflamatória intestinal crônica e histórico pessoal ou familiar de pólipos adenomatosos ou câncer colorretal, além de exposições ocupacionais a radiações ionizantes.

2.8. A história natural da doença possibilita a sua detecção precoce, uma vez que a maioria dos casos evolui a partir de lesões benignas (pólipos adenomatosos), o que amplia as chances de prevenção e tratamento eficaz. Por isso, é fundamental reconhecer precocemente os principais sinais e sintomas do câncer de colorretal, garantindo que as pessoas com suspeita da doença tenham acesso rápido à investigação diagnóstica e ao tratamento nas fases iniciais.

2.9. Indivíduos com histórico familiar de câncer de colorretal ou com doenças inflamatórias intestinais podem ser indicados para uma avaliação clínica individualizada e início do rastreio em idades mais precoces.

2.10. O Ministério da Saúde está tramitando internamente a criação do procedimento de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes - Teste FIT - para rastreamento do CCR na população entre 50 e 75 anos.

2.11. O câncer colorretal possui alto potencial de prevenção primária por meio de ações voltadas para hábitos de vida saudáveis. Em 2023, foi instituído um Grupo de Trabalho (Portaria MS/GM nº 1.929, de 23 de novembro de 2023) para o **enfrentamento dos cânceres de cólon e reto, com o objetivo de fortalecer a prevenção, a detecção precoce e o tratamento dessa doença no Brasil**. O GT é coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e é composto pelo Departamento de Câncer (DECAN), da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e a Coordenação Geral de Prevenção às Condições Crônicas na Atenção

Primária à Saúde do Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGCOC/DEPROS/SAPS) do Ministério da Saúde (MS).

2.12. O Grupo trabalha com diferentes ações para a organização do rastreamento do câncer colorretal no país, desde a elaboração das Diretrizes de rastreamento, organização da Rede de Assistência à Saúde (RAS), definição de fluxos, qualificação dos profissionais da APS e responsáveis pela realização da colonoscopia e monitoramento das ações no Sistema Único de Saúde (SUS).

2.13. **Alguns produtos do GT CCR são:**

2.14. - Elaboração de relatório de impacto orçamentário do rastreamento do câncer colorretal no SUS.

2.15. - Elaboração do Relatório de Recomendação das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer Colorretal.

2.16. - Realização de Painel de Especialistas para consolidação das recomendações sobre o rastreamento do câncer colorretal no SUS.

2.17. - Finalização e envio do Relatório de Recomendação das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer Colorretal para a avaliação da CONITEC, com apreciação em plenária no dia 06 de março de 2026. Em abril, a CONITEC abriu consulta pública para contribuições no documento das Diretrizes Brasileiras do Rastreamento do Câncer de Cólon e Reto (CCR). A próxima reunião do GT será realizada no dia 10 de junho de 2026.

2.18. - Definição dos indicadores para o monitoramento e avaliação do programa de rastreamento organizado.

2.19. - Elaboração de lista de variáveis que serão necessárias para o sistema de informação (para avaliação e monitoramento do programa).

2.20. - Articulação com o DATASUS para o planejamento do sistema de informação.

2.21. - Pesquisa de testes FIT qualitativos e quantitativos para rastreamento aprovados pela Anvisa e seus respectivos preços.

2.22. - Estruturação de plano preliminar de capacitação, incluindo curso para colonoscopistas.

2.23. - Realização de reuniões técnicas com apoio internacional, incluindo a IARC, o Erasmus MC Cancer Institute (Países Baixos) e o Ministério da Saúde da Argentina.

2.24. - Realização de reuniões com a Universidade de São Paulo (USP) e Hospital de Barretos para compreender o processo de implantação do rastreamento do câncer colorretal nessas localidades.

2.25. - Avanço das ações de comunicação relacionadas à implementação do rastreamento (estruturação de um plano de implementação e material para a população).

2.26. - Elaboração de uma publicação para apoiar os gestores na implementação do Programa de rastreamento do CCR (em desenvolvimento).

2.27. Além deste GT, a Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA elaborou um folder sobre prevenção e detecção precoce do câncer colorretal para a população. Outros materiais sobre câncer colorretal estão sendo elaborados como: cartilha para a população geral e cartilha para a população elegível para o rastreamento.

2.28. Informamos que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) junto a outras áreas técnicas do Ministério da Saúde elaborou o Manual de Diagnóstico Precoce (Alta Suspeição) em Oncologia para a Atenção Primária à Saúde. O objetivo dessa publicação foi otimizar o diagnóstico precoce do câncer, apoiando a tomada de decisão dos profissionais da APS no encaminhamento de pessoas com sinais e sintomas relacionados aos cânceres mais frequentes na população brasileira, assim como às Secretarias de Saúde na organização dos fluxos de regulação assistencial na área da oncologia.

2.29. A versão preliminar está disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/manual-de-diagnostico-precoce-em-oncologia-para-a-aps.pdf/view>

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, considera-se atendido o solicitado no Requerimento de Informação nº 406/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Ronny Peterson Cabral Filho**, **Coordenador(a) Setorial de Gestão de Riscos e Integridade**, em 18/05/2026, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055425437** e o código CRC **2A4612A6**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

DESPACHO

SAES/CORISC/SAES/GAB/SAES/MS

Brasília, 18 de maio de 2026.

ENCAMINHE-SE à Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR/MS, para conhecimento e providências, informando que estou de acordo com o conteúdo do Despacho (0055425437), elaborado pela Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade (CORISC/SAES), em ratificação das informações apresentadas pelas áreas técnicas desta Secretaria.

CARLOS AMILCAR SALGADO
Secretário Adjunto de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Amilcar Salgado**, **Secretário(a) Adjunto(a) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**, em 18/05/2026, às 21:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055436603** e o código CRC **4C207C59**.

Referência: Processo nº 25000.059798/2026-74

SEI nº 0055436603



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 122

A Sua Excelência o Senhor
ALEXANDRE PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

(datado eletronicamente)

Senhor Ministro,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência, anexo, o inteiro teor do seguinte Requerimento de Informação:

Proposição	Autoria
Requerimento de Informação nº 170/2026	Dep. Cabo Gilberto Silva
Requerimento de Informação nº 182/2026	Dep. Júnior Mano
Requerimento de Informação nº 186/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 187/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 233/2026	Dep. Julia Zanatta
Requerimento de Informação nº 242/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 243/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 245/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 253/2026	Dep. Alex Manente
Requerimento de Informação nº 261/2026	Dep. Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 264/2026	Dep. Dr. Frederico
Requerimento de Informação nº 275/2026	Dep. Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 277/2026	Dep. Sidney Leite
Requerimento de Informação nº 280/2026	Dep. Julia Zanatta
Requerimento de Informação nº 281/2026	Dep. Euclides Pettersen
Requerimento de Informação nº 286/2026	Dep. Zé Vitor
Requerimento de Informação nº 295/2026	Dep. Messias Donato
Requerimento de Informação nº 298/2026	Dep. Helio Lopes
Requerimento de Informação nº 301/2026	Dep. Cabo Gilberto Silva

Nota – Na existência de requerimentos de diferentes autorias, deve ser encaminhado um ofício de resposta para cada autor/a da proposição.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Requerimento de Informação nº 308/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 328/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 334/2026	Dep. Comissão de Saúde
Requerimento de Informação nº 339/2026	Dep. Caroline de Toni
Requerimento de Informação nº 341/2026	Dep. Roberto Monteiro Pai
Requerimento de Informação nº 343/2026	Dep. Roberto Monteiro Pai
Requerimento de Informação nº 356/2026	Dep. Sanderson
Requerimento de Informação nº 361/2026	Dep. Duda Salabert
Requerimento de Informação nº 362/2026	Dep. Marangoni
Requerimento de Informação nº 366/2026	Dep. Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 375/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 390/2026	Dep. Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 403/2026	Dep. Adriana Ventura
Requerimento de Informação nº 406/2026	Dep. Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 407/2026	Dep. Felipe Carreras

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, que a resposta esteja acompanhada de cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou de documento equivalente, nos termos do art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação). Em caso de outra hipótese legal de sigilo, solicito que seja informado o correspondente dispositivo legal que a fundamenta. Em todos os casos, os documentos sigilosos devem estar acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com a indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado CARLOS VERAS
Primeiro-Secretário

Nota – Na existência de requerimentos de diferentes autorias, deve ser encaminhado um ofício de resposta para cada autor/a da proposição.



Documento assinado por:
24/04/2026 12:13 - Dep. CARLOS VERAS
Selo digital de segurança: 2026-TWXX-SGUB-ILOJ-USQO

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº 2026

(Da Sra. Rogéria Santos)

Requer que sejam solicitadas informações ao Ministério da Saúde, acerca dos dados epidemiológicos, estratégias de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal no Brasil.

Senhor Presidente,

Requeiro a V. Ex^a, com base no art. 50 da Constituição Federal, e na forma dos arts. 115 e 116 do Regimento Interno que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas informações a Exmo. Sr. Ministro do Ministério da Saúde, acerca dos dados epidemiológicos, estratégias de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal no Brasil.

JUSTIFICAÇÃO

Recentes alertas da comunidade médica têm destacado que os sintomas do câncer colorretal vão além da presença de sangue nas fezes, abrangendo sinais frequentemente negligenciados pela população, como alteração persistente do hábito intestinal, dor abdominal recorrente, anemia inexplicada, fadiga contínua e perda de peso sem causa aparente.

Reportagem publicada pelo jornal O Globo em 03 de março de 2026, reforça preocupação crescente no meio científico quanto ao aumento da incidência do câncer colorretal em faixas etárias mais jovens, fenômeno já observado internacionalmente e que demanda monitoramento atento das autoridades sanitárias brasileiras. Trata-se de uma doença que, quando diagnosticada precocemente, apresenta elevadas taxas de cura, mas que, em



estágios avançados, impõe tratamentos mais agressivos, maior custo ao sistema de saúde e piores desfechos clínicos.¹

De acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer colorretal figura entre os mais incidentes no Brasil, estando entre as principais causas de morte por câncer. Ainda assim, persistem desafios estruturais no acesso a exames diagnósticos, especialmente colonoscopia, bem como desigualdades regionais na oferta de serviços especializados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ampliação das estratégias de rastreamento e o fortalecimento das ações de conscientização acerca dos sintomas atípicos mostram-se medidas essenciais para a redução da mortalidade e dos custos assistenciais. Ademais, a ausência de informações consolidadas sobre cobertura de exames, tempo de espera, execução orçamentária e planejamento estratégico dificulta o adequado exercício da função fiscalizatória do Parlamento e a formulação de políticas públicas eficazes.

Diante da relevância do tema para a saúde pública nacional e do dever constitucional de fiscalização dos atos do Poder Executivo, faz-se necessária a obtenção de informações detalhadas e atualizadas do Ministério da Saúde acerca das ações de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e planejamento orçamentário relacionados ao câncer colorretal.

Pelo exposto, solicito o apoio dos nobres pares para a aprovação deste Requerimento.

Sala das Sessões, em ___ de _____ de 2026.

ROGÉRIA SANTOS
Deputada Federal

¹ <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2026/03/03/nao-importa-a-sua-idade-nao-ignore-esses-sintomas-do-cancer-de-intestino-que-vao-alem-do-sangue-nas-fezes-alertam-cirurgioes.ghtml>



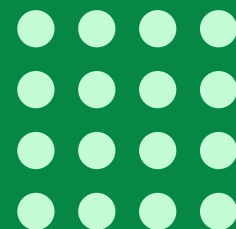
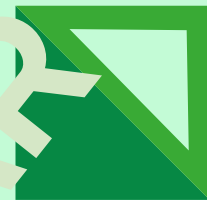
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual de
Diagnóstico Precoce
(Alta Suspeição)
em Oncologia para a
Atenção Primária à Saúde



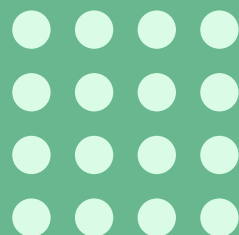
Brasília - DF

2025



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento de Atenção ao Câncer
Coordenação-Geral de Prevenção e
Controle do Câncer



Manual de
Diagnóstico Precoce
(Alta Suspeição)
em Oncologia para a
Atenção Primária à Saúde



VERSÃO PRELIMINAR

Brasília - DF

2025

2025 Ministério da Saúde.



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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – 100 exemplares

Ministro de Estado da Saúde:
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Atenção Especializada à Saúde:
Mozart Julio Tabosa Sales

Equipe elaboradora

Departamento de Atenção ao Câncer (DECAN)
Diretor: José Barreto Campello Carvalheira
Coordenação-Geral de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN)
Coordenação: Eduardo David Gomes de Sousa
DIDEPRE/CONPREV/INCA
Coordenação-Geral de Condições Crônicas – CGCOC/
SAPS/DEPROS/SAPS

Autores das sínteses

Adriana Atty
Aline Leal G. Creder Lopes
Caroline Madalena Ribeiro
Claudia Maria de Jesus Oliveira
Danielle Nogueira Ramos
Elizabeth Alves de Jesus
Fernando Maia
Gabriela Castellace
Gisah Guilgen
Iuri Santana

Liliane Cristina Rodrigues Augusto
Marcelo Dalla
Patricia Sampaio Chueiri
Rogério Luz Coelho
Sonia Aziz
Autores da metodologia
Patricia Sampaio Chueiri
Danielle Nogueira Ramos
Raphael Chança

Colaboradores pontuais

Daniela Oliveira Melo (orientação metodológica e revisão na consulta pública)
Airtton Stein (orientação metodológica e revisão na consulta pública)
Victor Hugo Fonseca de Jesus (revisão de artigos, fase I)
Raphael Chança (busca de documentos e apoio metodológico)

Coordenação do grupo de trabalho

Patricia Sampaio Chueiri
Revisão técnica do documento
José Barreto Campello Carvalheira
Aline Lima Xavier
Renata Oliveira Maciel dos Santos

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção ao Câncer.
Manual de Diagnóstico Precoce (Alta Suspeição) em Oncologia para a Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção ao Câncer – Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2025.

xxx p.: il.

ISBN xxx-xx-xxx-xxxx-x

1. Oncologia. 2. Diagnóstico Precoce. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0559

Título para indexação:

Manual of cold chain management of Brazilian Immunization Program



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Sobre as responsabilidades dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde	7
1.2 Sobre o público de interesse e os objetivos do manual	8
1.3 Sobre a metodologia	9
1.4 Sobre a organização do manual e das recomendações	9
2 ASSISTÊNCIA À PESSOA COM SUSPEITA DE CÂNCER	12
3 RECOMENDAÇÕES POR TOPOGRAFIA	14
3.1 Recomendações para câncer de cabeça e pescoço	14
3.1.1 Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres de cabeça e pescoço	14
3.1.2 Orientações específicas para o câncer de tireoide	17
3.2 Recomendações para cânceres no aparelho ginecológico	20
3.2.1 Recomendações para câncer de ovário	20
3.2.2 Recomendações para câncer de colo do útero	22
3.2.3 Recomendações para câncer do endométrio	25
3.3 Recomendações para as principais doenças linfoproliferativas (cânceres hematológicos)	28
3.4 Recomendações para câncer de mama	32
3.5 Recomendações para cânceres urológicos	36
3.5.1 Orientações específicas para os cânceres renais e de bexiga (2-6)	36
3.5.2 Orientações específicas para o câncer de próstata	38
3.5.3 Orientações específicas para o câncer de testículo	40
3.6 Recomendações para câncer osteomuscular	44
3.7 Recomendações para o câncer de pele	47
3.8 Recomendações para cânceres torácicos	54
3.9 Recomendações para câncer com sítio primário desconhecido (indeterminado)	59
3.10 Recomendações para Câncer do Sistema Nervoso Central (SNC)	62
3.11 Recomendações para cânceres de trato gastrointestinal alto	64
3.11.1 Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de pâncreas	64
3.11.2 Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de Esôfago, Estômago e Transição Esofagogástrica	67
3.11.3 Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de Câncer de Fígado e Vias biliares	69
3.12 Recomendação para Tumores do Trato Gastrointestinal (TGI) baixo (câncer de cólon, reto e canal anal)	70
3.13 Sobre os tumores neuroendócrinos	77
Apêndices	79



APRESENTAÇÃO

Prezados Profissionais da Assistência e da Gestão,

O acesso ao tratamento oncológico em tempo oportuno e o cuidado integral à pessoa com câncer têm sido um desafio para Sistema Único de Saúde (SUS). Este manual é parte das estratégias do Ministério da Saúde para otimizar o diagnóstico precoce do câncer, e tem como objetivo apoiar a tomada de decisão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no encaminhamento de pessoas com sinais e sintomas relacionados aos cânceres mais frequentes na população brasileira, assim como apoiar às Secretarias de Saúde na organização dos fluxos de regulação assistencial na área da oncologia.

A sua construção foi inspirada no documento do Sistema de Saúde Inglês - Suspected cancer: recognition and referral – e nos protocolos de regulação ambulatorial do serviço de telessaúde - TelessaúdeRS da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A metodologia utilizada na sua elaboração buscou compilar as melhores evidências científicas disponíveis e contou com um grupo de trabalho formado por profissionais com experiência no cuidado da atenção primária à saúde e da atenção especializada oncológica.

Este manual está organizado em três partes. A primeira faz uma introdução da abordagem das responsabilidades dos diferentes serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e apresenta resumidamente a metodologia utilizada. A segunda traz pontos essenciais para o cuidado da pessoa com alta suspeição de câncer na APS. E a terceira reúne recomendações sobre os principais sinais e sintomas por topografia (ex.: pele, mama, sistema nervoso central).

Esperamos que ele seja de grande utilidade na prática diária das equipes de saúde do SUS e que o resultado da sua implantação venha por meio da mudança de práticas assistenciais e de gestão, para ao fim melhorarmos os indicadores de estadiamento, de morbimortalidade e de qualidade de vida das pessoas com câncer.



1 INTRODUÇÃO

No Brasil o câncer é a segunda causa de morte, tornando-se, recentemente, a principal causa de morte em algumas cidades com maior nível socioeconômico, ultrapassando as doenças cardiovasculares (1).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e a Rede de Prevenção e Controle do Câncer têm o objetivo de garantir o cuidado integral, reduzir a incidência e a mortalidade prematura por câncer, bem como melhorar a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com a doença. Por isso, o diagnóstico precoce é essencial, e os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) têm papel decisivo, por serem os primeiros a identificar sinais de alerta.

Há alguns anos, o País vem implantando políticas públicas para superar os desafios relacionados às diferentes linhas de cuidado na área da oncologia. Do ponto de vista legislativo, avançamos com a aprovação de duas leis que colocam prazos bem estabelecidos em relação ao diagnóstico (30 dias) e ao início do tratamento (60 dias) das pessoas com câncer (2, 3). O governo brasileiro vem implantando diferentes políticas públicas para superar os desafios relacionados à área da oncologia, as mais recentes delas são o Programa Mais Especialista e as Ofertas de Cuidado Integrado (OCI) (4), que fazem parte da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). Essas iniciativas têm por objetivo ampliar e qualificar o acesso à Atenção Especializada em Saúde, garantindo a realização ágil de exames diagnósticos e consultas especializadas, a partir do encaminhamento da APS.

As Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) em oncologia reúnem procedimentos e tecnologias para assegurar um atendimento eficaz, alinhado aos Protocolos de Acesso à Oncologia, possibilitando a conclusão das diferentes etapas das linhas de cuidado. Essa estratégia apoia estados e municípios no cumprimento de atenção aos tipos de câncer mais incidentes na população.

Este manual reflete o compromisso do Ministério da Saúde em fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce do câncer na população adulta. Mais do que um guia técnico, ele busca valorizar essas iniciativas, ampliar a capacidade tecnológica na atenção secundária e oferecer uma base sólida para orientar profissionais de saúde e gestores na implementação de práticas mais qualificadas e resolutivas.



1.1 Sobre as responsabilidades dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como principais pilares para o cuidado na área da oncologia as ações de prevenção, detecção precoce, confirmação diagnóstica, garantia de acesso ao tratamento e cuidados paliativos (5).

A detecção precoce do câncer tem como objetivo identificar a doença mais precocemente na premissa de garantir melhores chances de cura, melhor sobrevida e prognóstico. Essa estratégia engloba dois tipos de intervenções: o rastreamento, cujo foco são pessoas assintomáticas, e quando feito de forma organizada tem maior impacto na mortalidade e maior qualidade e segurança no cuidado, e o diagnóstico precoce que tem como objetivo identificar pessoas com sinais e sintomas de câncer em estágios iniciais, alta suspeição (5).

Nas linhas de cuidado em oncologia, independentemente do tipo de câncer, espera-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) - principal porta de entrada do SUS e coordenadora do cuidado - desempenhe um papel fundamental no diagnóstico precoce, assumindo as seguintes responsabilidades

- 1) Realizar suspeita diagnóstica
- 2) Oferecer acolhimento inicial do paciente
- 3) Solicitar os exames complementares, sempre que necessário e disponíveis
- 4) Encaminhar de forma qualificada e em tempo oportuno para investigação e confirmação diagnóstica e
- 5) Acompanhar o paciente ao longo do cuidado e após a alta do serviço especializado.
- 6) Coordenar o cuidado, assegurando fácil acesso ao paciente, inclusive em situações de intercorrências de qualquer natureza

Dos serviços de regulação assistencial espera-se a organização dos fluxos para o acesso tempestivo do paciente com suspeita de câncer aos exames necessários e ao serviço especializado. As secretarias de saúde devem possibilitar fluxos prioritários e linhas de cuidado bem definidas para os casos de suspeita de câncer e monitorar indicadores destes fluxos e linhas.

Quanto ao serviço especializado, espera-se que este assuma as seguintes responsabilidades:

- 1) Confirmar o diagnóstico
- 2) Realizar o estadiamento da doença
- 3) Prover o tratamento adequado ou, quando necessário, encaminhar o paciente para o local mais apropriado para o tratamento, mantendo um cuidado compartilhado com o serviço especializado e com a APS
- 4) Garantir a contrarreferência do paciente, fornecendo à APS todas as informações necessárias para continuidade e compartilhamento do tratamento

A equipe de APS deve receber informações periódicas sobre o tratamento da pessoa com câncer, enquanto ela está no serviço especializado. Essa ação é essencial para que a equipe possa apoiar o paciente nas intercorrências e consiga fazer a coordenação do cuidado. Além disso, é importante que o serviço especializado comunique ausências ou outras dificuldades na adesão ao tratamento à equipe de APS, possibilitando ações que busquem retomar o cuidado e melhorar a adesão, conforme o desejo do paciente, e à integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde.



Nos casos em que o diagnóstico de câncer não se confirma, a atenção especializada deve avaliar a necessidade de referenciamento para outro serviço especializado para continuidade da investigação ou de retorno para APS, compartilhando o cuidado com os demais serviços.

Sobre os serviços de teleoncologia/telemedicina, estes devem estar integrados nas linhas de cuidado dos diferentes tipos de câncer sempre que disponíveis, e podem assumir diferentes responsabilidades nas linhas de cuidado. Como por exemplo:

- 1) Apoiar a discussão de casos para serviços de APS, principalmente nos casos não contemplados em diretrizes clínicas
- 2) Apoiar o diagnóstico
- 3) Contribuir para a melhoria do sistema de referência e contrarreferência
- 4) Fortalecer a coordenação do cuidado e a comunicação entre os serviços de saúde
- 5) Facilitar o apoio entre diferentes serviços especializados

É importante lembrar que as responsabilidades pelas ações do Sistema Único de Saúde (SUS) são tripartite, e que a integração dessas ações de todos os níveis de gestão é primordial para o cuidado da pessoa com câncer. E que além das ações de assistência é essencial que cada instância, dentro do seu escopo de atuação, elabore ações de educação permanente que apoiem a implementação e uso prático deste material pelos diferentes profissionais envolvidos nas linhas de cuidado da oncologia.

1.2 Sobre o público de interesse e os objetivos do manual

As projeções relacionadas à incidência de câncer no mundo preveem um aumento substancial de casos até 2040, em torno de 46%(6). E a transição demográfica que o Brasil vive coloca uma camada a mais de complexidade para o cuidado na APS (7).

Apesar da alta morbimortalidade por câncer, uma equipe da APS irá se deparar ao longo de um ano com poucos casos dos tipos de câncer mais comuns (8). Neste contexto, a principal atribuição dos profissionais de nível superior na APS é diferenciar os pacientes cujos sinais e sintomas devem ser rapidamente relacionados a casos de alta suspeição de câncer, distinguindo-os daqueles que, apesar de apresentarem manifestações semelhantes, não configuram casos oncológicos (8). Em algumas situações, pode ser necessário um breve período de observação clínica; contudo, a persistência ou o agravamento dos sintomas deve servir como um importante sinal de alerta para a equipe responsável (8).

Portanto, este manual é destinado a profissionais de nível superior das equipes de APS, prioritariamente médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Espera-se que este manual apoie os profissionais no reconhecimento de sinais e sintomas de alta suspeição que demandam referência rápida ao serviço especializado, diferenciando estas pessoas daquelas que devem ser cuidadas e acompanhadas na APS e não requerem um encaminhamento urgente.

O manual também pode ser usado por profissionais responsáveis pela gestão dos fluxos assistenciais (por exemplo, profissionais dos serviços de regulação) no nível municipal, estadual e até nacional, para auxiliar na organização do contexto local, respeitando as diferentes realidades do País. Ele também pode ser usado por pacientes e familiares e pelo controle social, nos seus papéis democráticos e legais de supervisão, avaliação e cobrança dos setores



públicos e do SUS para melhoria constante da qualidade da atenção à saúde da população.

A finalidade desta publicação é uma mudança na prática assistencial que torne o encaminhamento mais ágil, qualifique o cuidado e que otimize o uso dos recursos do sistema de saúde, para mudar os indicadores atuais de estadiamento avançado ao diagnóstico, baixa sobrevida e alta mortalidade.

1.3 Sobre a metodologia

O manual foi escrito por um grupo multiprofissional que buscou produzir um documento baseado nas melhores evidências disponíveis e que fosse de uso fácil (prático)(9). Um bibliotecário conduziu uma revisão sistemática em diferentes bases de dados, com foco em artigos científicos, diretrizes, guias e protocolos de alta suspeição e outros documentos que abordassem a temática. E outros membros do grupo fizeram buscas em literatura cinzenta e em documentos oficiais e de referência do Ministério da Saúde, Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde.

Após a leitura inicial e identificação dos documentos pertinentes ao tema, os documentos foram analisados em duplas acerca da qualidade metodológica, utilizando a ferramenta AGREEE II (10), e da pertinência do conteúdo para a APS. Nos casos em que houve discordância na avaliação, foram realizadas reuniões de consenso, e quando a discordância permaneceu um terceiro revisor foi acionado. Por fim, foi elaborada a síntese e escrita das recomendações aqui sugeridas. Após a escrita da versão inicial do texto, o manual foi submetido a contribuição de representantes do Conass e do Conasems, e a validação por sociedades científicas e acadêmicos previamente à sua publicação.

Toda a metodologia está detalhadamente descrita no Apêndice A deste documento. A revisão deste material será feita periodicamente mantendo o rigor metodológico utilizado nesta versão.

1.4 Sobre a organização do manual e das suas recomendações

No próximo capítulo, há um texto breve sobre o cuidado da pessoa com suspeita de câncer na APS. Nos capítulos subsequentes são abordadas especificamente as recomendações relacionadas aos sinais e sintomas de alta suspeição. Estes são organizados a partir da topografia (ex.: mama, trato gastrointestinal, hematológico).

Cada capítulo de recomendações inclui as seguintes seções: quadro clínico típico da alta suspeição, alterações de exames que levam a alta suspeição, fatores de risco que devem ampliar a atenção dos profissionais, ações mínimas esperadas da equipe de APS e como deve ser feito o encaminhamento (tempo, especialidade, informações essenciais que devem ser compartilhadas). As recomendações procuraram seguir este formato, porém alguns cânceres têm especificidades e cada subgrupo de trabalho fez pequenas modificações de acordo com essas necessidades.

Em relação aos exames que podem ser solicitados no caso de suspeita diagnóstica de um câncer, eles não devem atrasar o referenciamento do paciente, devem ser solicitados de acordo com o contexto de disponibilidade de cada município ou serviço de saúde, e devem respeitar os protocolos de regulações locais. O objetivo dos exames descritos nas orientações



é o diagnóstico e não o estadiamento, ação de responsabilidade do serviço especializado. Assim sentido, considerando o contexto atual da APS no País fica clara a necessidade do adensamento tecnológico e facilitação do acesso a exames para os que os profissionais da APS consigam colocar o manual em prática.

O manual deve ser usado para orientar o encaminhamento dos seus pacientes e está fundamentado em recomendações baseadas na síntese de evidências para o nível da APS. Em caso de dúvidas, recorra a diversas ferramentas de apoio à tomada de decisão para os profissionais de APS, como por exemplo a Ação Estratégica SUS Digital - Telessaúde que propicia a discussão de casos com médicos de família e especialistas focais e o acesso à Segunda Opinião Formativa (SOF), entre outras.

Nos casos que o paciente não está exatamente dentro dos critérios de encaminhamento, o profissional responsável pelo caso deve entrar em contato com o serviço de regulação do local, discutindo o caso, a urgência envolvida e a melhor conduta necessária para essas situações de exceção.

É importante ressaltar que nesta publicação, foram utilizados os termos mulher e homem nas recomendações que tratam de câncer relacionados ao sexo ao nascer, independentemente da orientação sexual, identidade de gênero e prática sexual (8). Entretanto, os profissionais devem estar atentos à forma como a pessoa se identifica, respeitando as preferências e identidade de gênero, especialmente quando quem busca cuidado já passou ou está em processo de transição.

A população transexual também tem risco de desenvolver diferentes tipos de câncer, independentemente do uso de hormonioterapia. É importante destacar que as recomendações, apesar de se basearem em estudos nos quais a população é majoritariamente composta por pessoas cisgênero, também se aplicam a transexuais, travestis, pessoas não-binárias, gênero fluido e pessoas intersexo. Portanto, no caso do câncer de próstata e dos cânceres ginecológicos, deve-se estar atento ao sexo designado ao nascer.

Outro ponto essencial é que a experiência com o câncer é única para cada indivíduo, podendo ser determinada por fatores genéticos, hormonais, ambientais, sociais e estilo de vida. No entanto, em que pese as características biológicas dos cânceres e, para além do impacto da doença, o impacto da assistência prestada influencia a qualidade e a acessibilidade ao cuidado integral à pessoa com câncer, na evolução da doença e na qualidade de vida desses indivíduos.

Dentre as pessoas em condição de vulnerabilidade, as negras têm maior incidência e mortalidade por câncer, influenciadas pelas dimensões do racismo interpessoal e institucional presentes na sociedade. Além das dificuldades que esta população tem no acesso aos serviços de saúde (11). Portanto, as equipes devem estar alertas para as manifestações do racismo no cuidado em saúde e moldar suas práticas de acordo com este contexto.

Referências

1 RACHE, B. et al. Transition towards cancer mortality predominance over cardiovascular disease mortality in Brazil, 2000–2019: a population-based study. *Lancet Reg. Health Am.*, v. 39, out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100904>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39430885/>. Acesso em: 17 nov. 2025.



2 BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 17 nov. 2025.

3 BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 17 nov. 2025.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html. Acesso em: 17 nov. 2025.

5 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Inca, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf. Acesso em: 17 nov. 2025.

6 Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow (version 1.1) [Internet]. 2024 [citado 6 de junho de 2025]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/tomorrow>

7 TRAVASSOS, G. F.; COELHO, A. B.; ARENDS-KUENNING, M. P. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. *Rebep*, v. 37, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0129>.

8. NHS Scotland (Escócia). Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer. [S. l.]: NHS Scotland, 2019. Disponível em: <http://www.gov.scot/publications/scottish-referral-guidelines-suspected-cancer-january-2019/>. Acesso em: 17 nov. 2025.

9 ALONSO-COELLO, P. et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*, v. 353, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2016>.

10 KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 5, 2014.

11 VIEIRA, A. Disparidade Racial na Assistência ao Câncer. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 69, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4519>.

2. ASSISTÊNCIA À PESSOA COM SUSPEITA DE CÂNCER

1 NHS Scotland (Escócia). Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer. [S. l.]: NHS Scotland, 2019. Disponível em: <http://www.gov.scot/publications/scottish-referral-guidelines-suspected-cancer-january-2019/>. Acesso em: 17 nov. 2025.

2 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (Reino Unido). Suspected cancer: recognition



2. ASSISTÊNCIA À PESSOA COM SUSPEITA DE CÂNCER

O uso deste manual pressupõe o julgamento clínico do profissional responsável pelo cuidado. Espera-se que as recomendações descritas aqui, associadas às necessidades, preferências e valores individuais de quem está buscando cuidado orientem a conduta profissional (1). Além disso, é importante estar atento a exames com resultados falsos positivos e negativos, bem como a necessidade de avaliação criteriosa destes achados, considerando-se sinais e sintomas da pessoa que busca cuidado (2).

Não deixe de compartilhar a suspeita diagnóstica com a pessoa e, caso ela permita, com os familiares também, lembrando de zelar pelo sigilo profissional. Procure explicar os possíveis diagnósticos, incluindo benignos e malignos, de acordo com as necessidades e expectativas de orientações de cada pessoa (2).

Caso o encaminhamento seja direto para um serviço especializado em oncologia deixe isso claro e explique que isso não significa a confirmação do diagnóstico. Elucide outras hipóteses possíveis e o porquê está iniciando pela investigação de câncer (2). Compartilhe a decisão em relação às diferentes opções sobre o encaminhamento e solicitações de exames, incluindo a discussão sobre os tempos de espera e os riscos e benefícios das escolhas, e os riscos de escolher não fazer nada (2).

Espera-se que as informações dadas às pessoas com alta suspeição de câncer incluam (2):

- o local do encaminhamento e tipo de serviço
- como serão informados sobre a data de agendamento da consulta/procedimento no serviço especializado
- se poderão levar acompanhante no serviço especializado
- qual o tempo médio de espera para o exame, ou para chegar ao serviço ou para saber o seu diagnóstico
- o que esperar do serviço especializado
- qual é o processo diagnóstico esperado para o caso e quais os exames são solicitados mais frequentemente
- onde e como buscar mais informações seguras sobre a suspeita diagnóstica
- com quem devem falar caso não recebam informações e confirmação do encaminhamento e em quanto tempo
- outras informações para suporte da pessoa e familiares

É importante que o profissional esteja atento a diferentes necessidades em relação a habilidades de compreensão, linguagem e cultura. Se possível, saiba indicar redes de suporte e apoio a pessoas que estão vivendo esse momento de diagnóstico e depois de cuidado(2).

Caso necessário, marque um retorno breve e sempre oriente as pessoas sobre sinais e sintomas de piora e quando devem buscar novamente o cuidado enquanto esperam a consulta no serviço especializado (2). É essencial que a equipe de APS fique disponível durante este momento de



espera. Caso a pessoa precise de suporte diferente do habitual (ex.: uso de libras, tradução de idiomas) deixe isso claro no documento de referenciamento (2).

É fundamental que o profissional e a equipe garantam que os resultados dos exames solicitados sejam vistos em tempo oportuno (2). O profissional que fez a solicitação do exame ou do encaminhamento é o principal responsável pela ação de checar exames e acompanhar os encaminhamentos para serviço especializado (2), não importando a categoria profissional a que pertença. Caso seja identificado que o paciente perdeu o exame ou a consulta, é vital que a equipe faça busca ativa do caso, compreenda o que aconteceu, tomando de imediato as providências necessárias para retomar a assistência.

Referências

- 1 NHS Scotland (Escócia). **Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer**. [S. l.]: NHS Scotland, 2019. Disponível em: <http://www.gov.scot/publications/scottish-referral-guidelines-suspected-cancer-january-2019/>. Acesso em: 17 nov. 2025.
- 2 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CAR EXCELLENCE (Reino Unido). **Suspected cancer: recognition and referral**. Manchester: NICE, 2023. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 17 nov. 2025.

VERSÃO PRELIMINAR



3. RECOMENDAÇÕES POR TOPOGRAFIA

Nesta seção são abordadas recomendações por diferentes topografias para o reconhecimento dos sinais, sintomas e resultados de exames, para que os profissionais da APS possam identificar e encaminhar a pessoa com alta suspeição de câncer em tempo oportuno para o serviço especializado.

3.1 Recomendações para câncer de cabeça e pescoço

O câncer de cabeça e pescoço engloba um conjunto de cânceres que atingem diferentes regiões anatômicas, como: lábio, cavidade oral, faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe), laringe e tireoide. Neste capítulo, o câncer de tireoide foi abordado separadamente dos demais devido às particularidades dos seus sinais e sintomas.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral ocupa a oitava posição entre os tipos de câncer mais frequentes, já o câncer de tireoide ocupa a sétima posição e o câncer da laringe ocupa a 18ª posição (1).

3.1.1 Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres de cabeça e pescoço

O profissional da APS deve suspeitar desses tipos de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são os mais comuns (2–6):

- Ulcerações, lesões brancas e/ou vermelhas na mucosa oral, que não cicatrizam por mais de 2 semanas, ou
- Linfonomegalias cervicais/supraclaviculares persistentes e sem diagnóstico por mais de 3 semanas, ou
- Rouquidão persistente por mais de 3 semanas, ou mudança de voz ou
- Disfagia ou odinofagia persistentes por mais de 3 semanas, ou
- Sangramento oral ou epistaxe incomum ou persistente, ou
- Estridor, ou
- Outras características mais inespecíficas como: dormência ou formigamento da língua ou de outras áreas da boca ou da face e edema das mandíbulas, dificuldade de abertura da boca.

Resultados de exames para a alta suspeição

Paciente com laudo histopatológico de displasia epitelial severa da mucosa oral, desordem potencialmente maligna, deve ser acompanhado com maior frequência pela equipe de saúde bucal da APS ou encaminhado para estomatologia, pois essas lesões apresentam maior risco de malignização (7).

Achados de imagem com nódulos cervicais que não se justificam por outros motivos clínicos.



Fatores de risco que exigem maior atenção da equipe

O tabagismo e o consumo de álcool são os principais fatores de risco. Pacientes com diagnóstico anterior de câncer de cabeça e pescoço e carcinoma de esôfago ou submetido à radioterapia local também têm maior risco de desenvolver um tumor primário. Pacientes com carcinoma de cabeça e pescoço (CCP), relacionados ao tabagismo e álcool, têm risco significativamente aumentado de desenvolver um segundo tumor primário (STP) (8).

Além disso, em geral, estes tipos de cânceres acometem com mais frequência pessoas acima dos 40 anos, do sexo masculino, classe socioeconômica baixa e que frequentam pouco a APS (5).

Indivíduos com alterações orais classificadas como distúrbios potencialmente malignos, como eritroplasias, leucoplasias, eritroleucoplasias, leucoplasia verrucosa proliferativa, fibrose submucosa oral, líquen plano, queratose actínica, lúpus eritematoso, disqueratose congênita, exposição ao HPV apresentam maior risco de desenvolver câncer da cavidade oral (6,7).

Pacientes com câncer de garganta associado ao HPV podem apresentar um perfil epidemiológico diverso, podendo ser mais jovens e nunca terem fumado. Atualmente há um aumento de casos de câncer de boca em mulheres que nunca fumaram ou beberam (9,10).

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer:

Realizar anamnese ampla e exame clínico da boca com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais (2–5).

- Em caso de dúvidas sobre alterações encontradas no exame clínico da boca realizado por profissional médico ou enfermeiro, é importante considerar uma interconsulta com o dentista da APS ou o uso de estratégias de telemedicina.

Solicitar exames:

- Em caso de adenomegalia cervical persistente solicitar ultrassonografia de pescoço com doppler. O encaminhamento ao especialista não deve estar condicionado ao resultado do exame e deve ser feito em paralelo.
- Em caso de nódulos cervicais solicitar punção aspirativa guiada por Ultrassonografia, caso a equipe de APS tenha acesso, porém a solicitação do exame não deve atrasar o acesso ao especialista (6).

Realizar a biópsia (cirurgião-dentista) de lesões em lábio ou cavidade oral de lesões compatíveis com leucoplasia, eritroplasia ou ulcerações que não cicatrizam em 15 dias, quando descartados outros diagnósticos. Quando não houver profissional capacitado na APS deve-se realizar o encaminhamento imediato para centro de especialidades odontológicas (CEO) ou unidade de referência para o diagnóstico (2,5).

Encaminhamento oportuno:

- Na presença de lesões ou massas ulcerativas que são inicialmente tratadas como infecções ou sangramento nasal, se estas não forem resolvidas ou melhorarem drasticamente após 3 semanas de terapia, é necessário encaminhar para avaliação especializada no tempo adequado(2)



- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (11), ideal em até 15 dias (3,4).

Especialidade adequada para o encaminhamento:

Para dentistas estomatologistas ou Cirurgia buco-maxilo-facial (6):

- Ulcerações que não cicatrizam em 15 dias
- Lesões compatíveis com leucoplasia (lesões brancas), eritroplasia (lesões vermelhas)
- Qualquer outra desordem potencialmente maligna, quando o profissional da APS não for capacitado para realização de biópsia (3,5)

Para o otorrinolaringologista:

- Rouquidão persistente por mais de 3 semanas (12)
- Sangramento oral ou epistaxe incomum/persistente (2)
- Disfagia ou odinofagia persistentes por mais de 3 semanas (2)

Cirurgia de Cabeça e Pescoço:

- Linfonodomegalias cervicais/supraclaviculares persistentes e sem diagnóstico por mais de 3 semanas (2)

Cirurgia de Cabeça e Pescoço ou Otorrinolaringologista:

- Lesões suspeitas em mucosa de cavidade oral, língua, tonsilas, orofaringe persistentes e sem diagnóstico por mais de 3 semanas (2)

Oncologia clínica:

- Diagnóstico firmado de câncer e sinais de doença avançada regional (linfonodos) ou à distância (metástases)

Para emergência quando houver estridor (3)

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data do início dos sintomas
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis



- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

3.1.2 Orientações específicas para o câncer de tireoide

O câncer de tireoide é o sétimo tipo de câncer mais frequente no Brasil, com risco estimado de 2,3 casos novos a cada 100 mil homens e 12,8 a cada 100 mil mulheres em cada ano do triênio 2023-2025 (1). Ele é mais incidente em mulheres e em locais com alto IDH (1). Embora não haja evidências científicas de que o rastreamento para esse tipo de câncer seja efetivo, sua incidência tem aumentado em função do sobrediagnóstico, particularmente após a introdução e a disseminação da ultrassonografia (13). O sobrediagnóstico tem seus aspectos de relevância não só para o indivíduo e o sistema de saúde, mas também relacionados a saúde planetária (14), vector-borne diseases, and numerous negative impacts on patients' physical and mental health. Excesso de testes e de diagnósticos, contribuem para as mudanças climáticas por meio de emissões e resíduos desnecessários e devem ser alvo de intervenções.

Quadro clínico típico para a alta suspeição

O profissional da APS deve suspeitar deste tipo de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, mais comuns (3,15):

- Nódulo tireoidiano único que aumenta de tamanho
- Nódulo com crescimento rápido, ou endurecido ou com fixação a estruturas adjacentes
- Inchaço/edema na região da tireoide acompanhada de um ou mais dos seguintes fatores: história de irradiação na região do pescoço, história familiar de tumor endócrino, rouquidão sem explicação, linfadenopatia cervical

Resultados de exames para a alta suspeição (16)

Pacientes com resultado de ultrassom de tireoide cuja classificação de *Thyroid Imaging Reporting and Data System* (TiRADS) for 4 ou 5 devem realizar punção por agulha fina se houver acesso, caso não haja acesso, devem ser encaminhados para serviço de atenção especializada.

Pacientes com resultado resultados de PAAF de tireoide:

- Bethesda III: Encaminhar para endócrino ou repetir PAAF se acesso
- Bethesda \geq IV: Encaminhar para endócrino e/ou cirurgia de cabeça-e-pescoço

Obs.: Em caso de Bethesda I (amostra não diagnóstica), é necessário repetir a PAAF preferencialmente guiada por ultrassonografia.

Fatores de risco que exigem maior a atenção da equipe (16):

- aumento da idade
- história pessoal ou familiar de doença da tireoide ou câncer
- radiação ambiental, irradiação ou radioterapia em baixas doses (principalmente na infância)



de cabeça ou pescoço

- taxa de crescimento da massa do pescoço
- dor anterior no pescoço, disfonia, disfagia ou dispneia
- sintomas de hiper ou hipotireoidismo
- uso de medicamentos ou suplementos contendo iodo
- nódulo de tireoide associado à história familiar de câncer de tireoide e/ou mutação no RET e/ou associação com feocromocitoma, hiperparatireoidismo, líquen amiloide cutâneo e/ou achados típicos ao exame físico, como a aparência marfanoide e neuromas de mucosa.

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer

Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais:

Solicitar exames:

- Solicitar ultrassonografia de tireoide para todos os pacientes com nódulos tireoidianos clinicamente palpáveis (16) ou em casos de aumento do volume da tireoide e/ou presença de adenomegalias cervicais
- Nesses casos o referenciamento ao especialista não está condicionado à realização do exame, podendo ser feito em paralelo a depender do quadro clínico
- Se o médico tiver acesso ao exame de imagem e optar por acompanhar os nódulos, deve fazê-lo seguindo as recomendações segundo referência *Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules* (16)
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (11)

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Endocrinologia
- Cirurgia de cabeça e pescoço (6)

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis



- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

Referências:

1. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1º de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Guideline Resource Unit. Diagnostic Workup and Staging of Head and Neck Cancer. Alberta Health Services; 2019.
3. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Healthier Scotland - Scottish Government; 2019. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>
4. NICE. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. NICE; 2023 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
5. Silva IN de CJAG da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021.
6. Optimal care pathway for people with head and neck cancer.pdf.
7. Oral cancer prevention IARC Hand BOOK.pdf.
8. Herranz González-Botas J, Varela Vázquez P, Vázquez Barro C. Second Primary Tumours in Head and Neck Cancer. Acta Otorrinolaringologica (English Edition). maio de 2016;67(3):123–9.
9. Lechner M, Liu J, Masterson L, Fenton TR. HPV-associated oropharyngeal cancer: epidemiology, molecular biology and clinical management. Nat Rev Clin Oncol. maio de 2022;19(5):306–27.
10. Tran Q, Maddineni S, Arnaud EH, Divi V, Megwalu UC, Topf MC, et al. Oral cavity cancer in young, non-smoking, and non-drinking patients: A contemporary review. Critical Reviews in Oncology/Hematology. outubro de 2023;190:104112.
11. BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019 [Internet]. LEI Nº 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm
12. Guideline Resource Unit. Laryngeal Cancer. Alberta Health Services; 2022.
13. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. N Engl J Med. 18 de agosto de 2016;375(7):614–7.
14. Ali KJ, Ehsan S, Tran A, Haugstetter M, Singh H. Diagnostic Excellence in the Context of Climate Change: A Review. The American Journal of Medicine. novembro de 2024;137(11):1035–41.
15. Maia AL, Siqueira DR, Kulcsar MAV, Tincani AJ, Mazeto GMFS, Maciel LMZ. Diagnóstico, tratamento e seguimento do carcinoma medular de tireoide: recomendações do Departamento



de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arq Bras Endocrinol Metab. outubro de 2014;58(7):667–700.

16. Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedus L, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update Appendix. Endocrine Practice [Internet]. maio de 2016 [citado 19 de janeiro de 2025];22(Suppl 1). Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1530891X20429544>

3.2 Recomendações para cânceres no aparelho ginecológico

Os cânceres ginecológicos incluem os órgãos do aparelho reprodutor feminino. Neste manual serão tratados os três tipos mais incidentes: câncer de ovário, colo do útero e endométrio. O câncer de ovário ocupa a 19ª posição entre os tipos mais frequentes de câncer, já o câncer do colo do útero ocupa a sexta posição e o câncer de corpo do útero (mais comumente o endométrio) ocupa a 17ª posição (1).

As recomendações são apresentadas separadamente pois estes tipos de câncer possuem especificidades em suas causas, sinais, sintomas e métodos diagnósticos.

3.2.1 Recomendações para câncer de ovário

Este câncer afeta pessoas com ovários, principalmente após os 50 anos de idade, podendo ocorrer também em pessoas mais jovens (2). pessoas com ovários, especialmente após os 50 anos de idade, mas pode ocorrer em pessoas mais jovens (2). Os sintomas costumam ser vagos e inespecíficos, muitas vezes confundidos com condições benignas. Entre os diagnósticos diferenciais destacam-se os cistos ovarianos benignos, a endometriose e algumas doenças gastrointestinais (3).

Quadro clínico típico para a alta suspeição

O profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas (2–5):

- Distensão abdominal
- Aumento da circunferência abdominal, mesmo sem ganho de peso
- Dor abdominal e pélvica persistente ou recorrente mais de 3 vezes por semana
- Sintomas gastrointestinais, como indigestão, náuseas ou alteração no hábito intestinal (diarreia ou constipação)
- Saciedade precoce ou perda de apetite inexplicável
- Perda de peso involuntário
 - **Atenção:** considera-se que a perda ponderal com importância clínica se esta exceder 5% do peso corporal ou 5 kg durante 6 meses.



- Sintomas urinários (urgência ou frequência aumentada), quando presentes, podem refletir a compressão de estruturas pélvicas
- Presença de ascite no exame clínico e ou massa abdominal ou pélvica (desde que não haja história de hepatopatia ou não seja claramente miomas uterinos)

Resultados de exames para a alta suspeição

Resultados de ultrassom transvaginal indicam maior risco para câncer de ovário quando descrevem (6):

- massa anexial sólida, independentemente do tamanho
- massa anexial cística com aspecto complexo (multilocular, septação espessa, conteúdo misto, projeções papilares)
- massa anexial compatível com teratoma/cisto dermoide com fatores de risco para malignidade (idade >45 anos, tamanho > 10 cm ou crescimento rápido)
- massa anexial em mulher com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança de hábito intestinal)
- massa anexial que cursa com ascite.

Fatores de risco que exigem maior atenção da equipe (3,4):

- idade maior que 50 anos:
- tabagismo
- obesidade
- nuliparidade ou primeiro filho após os 35 anos
- menopausa tardia após 55 anos
- menarca precoce antes dos 12 anos
- mutações genéticas em BRCA1/BRCA2 ou nos genes relacionados com a síndrome de Lynch (MLH1, MSH2/MSH6)
- história familiar de câncer de ovário, mama ou cólon em parentes de primeiro ou segundo grau
- descendente de judeus Ashkenazi

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (4,6):

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais ou sintomas
- Realizar exame ginecológico completo
- Solicitar ultrassom transvaginal
- Solicitar exames laboratoriais:



- Hemograma completo, coagulograma e análises bioquímicas (função hepática, renal, glicemia, VHS, PCR, sódio, potássio e cálcio)
- Solicitar CA-125 após resultado de ultrassom transvaginal que demonstre risco de câncer (se disponível)
- Se a alta suspeição for em mulheres < 45 anos, e se for disponível, solicitar ovário alfafetoproteína (AFP), a beta-HCG e a lactato desidrogenase (LDH), marcadores para tumores germinativos do ovário (7–9)
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.
- Ofertar cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado.

Encaminhamento

Tempo: o acesso aos especialistas deve ser de no máximo 30 dias (10), ideal seria de até 15 dias (4).

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Ginecologia oncológica
- Cirurgia oncológica
- Oncologia clínica, nos casos que já tenham biópsia com laudo confirmando o câncer.

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data do início, e informação se a paciente está no climatério/menopausa
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ultrassom transvaginal, Ca-125 e biópsia, se realizados)
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

3.2.2 Recomendações para câncer de colo do útero

A infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Os tipos 16 e 18 são responsáveis pela maioria dos casos (11). A doença afeta pessoas com colo do útero e atividade sexual, especialmente entre os 30 e os 50 anos. É importante diferenciar o câncer do colo do útero de outras condições com apresentação semelhante, como infecções sexualmente transmissíveis, pólipos cervicais e câncer endometrial (12).

Quadro clínico típico para a alta suspeição no câncer de colo do útero

O profissional da APS deve suspeitar desse câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas,



que são mais comuns (11–14):

- Sangramento pós-coito
- Sangramento entre as menstruações
- Sangramento após a menopausa
- Dispareunia
- Corrimento vaginal sanguinolento ou com odor fétido

Sintomas do câncer avançado:

- Dor pélvica e lombar
- Fadiga extrema
- Insuficiência renal
- Dores e edema de membros inferiores

Resultados de exames para a alta suspeição (6,14):

- Exame especular com alterações macroscópicas sugestivas de câncer do colo do útero, como tumorações ou úlceras
- Exame citopatológico com carcinoma epidermoide invasor ou adenocarcinoma in situ ou invasor
- Biópsia com resultado de neoplasia microinvasora ou neoplasia invasora
- Lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero identificadas por biópsia (resultado NIC 2 ou NIC 3) e não tratadas

Fatores de risco que exigem maior a atenção da equipe (11,13):

- Idade precoce de início da atividade sexual (15)
- infecção por HPV (principalmente 16 e 18)
- tabagismo
- histórico de lesões precursoras do câncer
- multiparidade
- uso prolongado de contraceptivos
- infecção pelo HIV, imunossupressão ou imunocomprometimento
- histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis, como herpes genital e clamídia, que podem facilitar a infecção por HPV.

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (6,11):

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais



- Realizar exame ginecológico completo (especular, toque)
 - Encaminhar para colposcopia com biópsia ou para ginecologia oncológica se existe lesão macroscópica
- Coletar citopatológico ou teste de detecção do DNA-HPV, conforme disponibilidade local. Atenção, na alta suspeição (presença de lesão macroscópica suspeita) não é necessário aguardar o resultado destes exames, para já realizar o encaminhamento para colposcopia com biópsia
- Na ausência de lesão macroscópica, encaminhar para colposcopia conforme resultado de citopatologia ou do teste de detecção do DNA-HPV, seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigentes
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso aos especialistas deve ser de no máximo 30 dias(10), ideal seria de até 15 dias (11).

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Ginecologia Oncológica
- Cirurgia oncológica
- Oncologia clínica (caso já tenha biópsia com laudo confirmando o câncer e ou estadiamento ou sinais clínicos sugestivos de doenças avançadas – localmente ou metastáticas)

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais e informação se a paciente está no climatério/menopausa)
- **Exames e avaliação:** Descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (resultado citopatologia e/ou teste de DNA-HPV, se realizados)
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

Atenção: diante da alta suspeição deste tipo de câncer, deve-se encaminhar para as linhas de cuidado organizadas, que incluem obrigatoriamente colposcopia e biópsia, usando os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>).



3.2.3 Recomendações para câncer do endométrio

O câncer de endométrio apresenta maior incidência entre pessoas com útero, especialmente aquelas com mais de 55 anos (16). O seu principal sintoma é o sangramento anormal, sendo fundamental no diagnóstico diferencial distinguir o câncer de endométrio de outras condições, como pólipos endometriais, hiperplasia endometrial, infecções sexualmente transmissíveis e câncer do colo do útero.

Mulheres negras têm maiores taxas de mortalidade por câncer endometrial do que mulheres brancas, apesar de terem um risco semelhante de desenvolver a doença. Essa disparidade é atribuída a vários fatores, incluindo diagnóstico tardio, acesso desigual aos cuidados de saúde, tratamento desigual (17).

Quadro clínico típico para a alta suspeição no câncer de endométrio

O profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (16,18):

- Paciente na menopausa com sangramento vaginal
- Paciente na menacme com sangramento uterino anormal (sangramento intenso, intermenstrual ou pós-coito)
- Corrimento vaginal sanguinolento ou com odor fétido, ou
- Dor pélvica e/ou dispareunia
- Dificuldade e/ou dor para urinar e/ou frequência aumentada
- Perda de peso sem outras explicações

Resultados de exames para a alta suspeição (6)

Resultado da ultrassonografia transvaginal:

Mulher na menopausa sem sangramento uterino anormal, porém com resultado de US transvaginal apresentando:

- Espessura endometrial maior que 5,0 mm e menor ou igual a 11 mm e fatores de risco para câncer de endométrio
- Endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo
- Espessura endometrial maior que 11 mm

Mulher na menopausa com sangramento uterino anormal e com resultado de US transvaginal apresentando:

- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm;
- Endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo



Fatores de risco que exigem maior a atenção da equipe (16,18):

- idade maior que 55 anos
- obesidade
- diabetes
- hiperplasia endometrial
- nuliparidade
- menopausa tardia após os 55 anos
- menarca precoce antes dos 12 anos
- anovulação crônica, como síndrome do ovário policístico
- reposição hormonal de estrogênio isoladamente
- uso de tamoxifeno na pós-menopausa
- histórico de tumor secretor de estrogênio
- histórico de Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo)
- história familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon em parentes de primeiro ou segundo grau e irradiação pélvica prévia

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (6,16)

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais
- Realizar exame ginecológico
- Solicitar ultrassom transvaginal (USTV)
- Solicitar exames laboratoriais: Hemograma completo, coagulograma e análises bioquímicas (função hepática, renal, glicemia, VHS, PCR, sódio, potássio e cálcio)
- Encaminhar para serviço de ginecologia para realizar biópsia endometrial (se disponível e conforme o resultado do USTV). Caso o acesso seja difícil, pode-se pular esta etapa encaminhar para serviço de oncologia se este for mais breve
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso aos especialistas deve ser de no máximo 30 dias(10), ideal seria de até 15 dias (18).

Especialidade adequada para o encaminhamento:



- Ginecologia oncológica
- Cirurgia oncológica
- Oncologia clínica (caso já tenha biópsia com laudo confirmando o câncer)

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início e informação se a paciente está no climatério/menopausa
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (laudo do USTV, laudo de biópsia de endométrio, se realizados)
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

Referências

1. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1o de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. NICE. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. NICE; 2023 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
3. Guia Clínica AUGÉ "Câncer de Ovario Epitelial.pdf.
4. Optimal care pathway for women with ovarian cancer.pdf.
5. Ovarian cancer: recognition and initial management. Ovarian cancer.
6. Protocolos de Regulação Ambulatorial - Ginecologia.pdf.
7. Al Harbi R, McNeish IA, El-Bahrawy M. Ovarian sex cord-stromal tumors: an update on clinical features, molecular changes, and management. International Journal of Gynecological Cancer. fevereiro de 2021;31(2):161–8.
8. Hanley KZ, Mosunjac MB. Practical Review of Ovarian Sex Cord–Stromal Tumors. Surgical Pathology Clinics. junho de 2019;12(2):587–620.
9. Ray-Coquard I, Morice P, Lorusso D, Prat J, Oaknin A, Pautier P, et al. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. outubro de 2018;29:iv1–18.
10. BRASIL. Presidência da República. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019 [Internet]. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm
11. Optimal care pathway for women with cervical cancer.pdf.
12. National Cervical Screening Program- Guidelines for the management of screen-detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal vaginal bleeding. pdf.



13. Vila-Abadal AM. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario.
14. Silva IN de CJAG da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021.
15. Mekonnen AG, Mittiku YM. Early-onset of sexual activity as a potential risk of cervical cancer in Africa: A review of literature. Linde DS, organizador. PLOS Glob Public Health. 22 de março de 2023;3(3):e0000941.
16. Genital Tract Cancers in Females- Endometrial Cancer .pdf.
17. Mukerji B, Baptiste C, Chen L, Tergas AI, Hou JY, Ananth CV, et al. Racial disparities in young women with endometrial cancer. Gynecologic Oncology. março de 2018;148(3):527–34.
18. Optimal care pathway for women with endometrial cancer.pdf.

3.3 Recomendações para as principais doenças linfoproliferativas (cânceres hematológicos)

Os cânceres hematológicos incluem as leucemias, linfomas e mielomas. Ocorrem com maior frequência em pessoas acima dos 60 anos, e os sintomas costumam ser inespecíficos (1). As leucemias têm origem na medula óssea e são classificadas de acordo com sua velocidade de progressão (agudas e crônicas) e tipo celular afetado (linfoide ou mieloide). Os linfomas afetam os linfócitos e são classificados em Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfoma não Hodgkin (LNH). O mieloma múltiplo é uma neoplasia maligna de plasmócitos provenientes da medula óssea. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o LNH ocupa a nona posição entre os tipos de câncer mais frequentes, a leucemia ocupa a décima posição e o LH ocupa a 20^a. posição (2).

Quadro clínico típico para alta suspeição

O profissional da APS deve suspeitar destes tipos de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas:

- Leucemia: fadiga persistente (astenia, adinamia), perda de peso involuntária, palidez, febre sem explicação, hematomas, sangramentos ou petéquias sem explicação, infecções persistentes ou recorrentes, linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia, dor óssea, sudorese noturna. A fadiga e a vulnerabilidade a infecções são comuns aos cânceres hematológicos, porém são particularmente graves na leucemia aguda (1,3,4).
- Linfoma: presença de adenopatia indolor e persistente, maior que 1 cm, que não responde ao tratamento com antiinflamatórios ou antibióticos por mais de 30 dias. Linfadenopatia ou esplenomegalia sem explicação, especialmente se associadas à febre persistente, sudorese noturna, falta de ar, prurido que não cede com uso de antihistamínicos e perda de peso involuntária, sensação de massa abdominal. A dor nos linfonodos após o consumo de bebidas alcoólicas é um dos sintomas do Linfoma de Hodgkin (3,5,6).
- Mieloma: dor óssea persistente, particularmente nas costas, ou fraturas sem explicação (patológicas) em pessoas de mais de 60 anos, fadiga, perda de peso não intencional, confusão mental, perda progressiva e inexplicada da função renal, particularmente com proteinúria, anemia inexplicada e hipercalcemia, dor abdominal e aumento da sede (3,7).



Resultados de exames para a alta suspeição

A análise de parâmetros e padrões específicos no hemograma completo é fundamental para diferenciar leucemia, mieloma e linfoma.

Leucemia (1)

As leucemias agudas (mieloide e linfoide) geralmente se apresentam com alta contagem de leucócitos, mas este número pode ser normal ou diminuído. Frequentemente, independentemente da contagem de leucócitos, observa-se neutropenia e presença de células imaturas (blastos) no sangue periférico. A presença de blastos no esfregaço de sangue periférico é uma característica diagnóstica chave. Citopenias outras também são achados comuns, tais como anemia e/ou plaquetopenia. Portanto, citopenias não explicadas por doenças sistêmicas conhecidas, especialmente quando combinadas, devem levar à investigação de possível neoplasia do sangue, incluindo as leucemias agudas. A leucemia mieloide aguda (LMA) pode apresentar mieloblastos, enquanto a leucemia linfoblástica aguda (LLA) apresentará linfoblastos. Um exame de medula óssea é essencial para confirmação.

A leucemia mieloide crônica (LMC) se apresenta quase invariavelmente com leucocitose, com contagem de leucócitos frequentemente excedendo 18.000 cel/mm³ e alta porcentagem de neutrófilos. A presença de basofilia, eosinofilia e granulócitos imaturos, em vários estágios de maturação, também é indicativa. A leucemia linfocítica crônica (LLC) é caracterizada por alta contagem absoluta de linfócitos (> 5.000 cel/mm³) com linfócitos de aparência madura.

Linfoma (5)

Os linfomas não-Hodgkin (LNH) e o linfoma de Hodgkin, podem não apresentar alterações específicas no hemograma completo. No entanto, alguns linfomas podem causar leucocitose ou linfocitose, particularmente os LNH de evolução indolente. Por exemplo, o linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC) pode se apresentar com linfocitose similar à LLC, mas tipicamente envolve linfadenopatia e esplenomegalia. O diagnóstico frequentemente requer biópsia de linfonodo ou outros tecidos acometidos e imunofenotipagem do sangue periférico ou medula óssea.

Mieloma (3,4)

Geralmente não apresenta alterações significativas nos parâmetros do hemograma completo tão óbvias quanto as observadas nas leucemias. No entanto, a anemia e alteração da função renal são achados comuns. A presença de anemia com dor óssea ou anemia com sinais clínicos de doença renal devem sempre levantar suspeita. O diagnóstico depende da presença de proteína monoclonal no soro ou urina e exame de medula óssea mostrando plasmócitos clonais. O que podemos sempre observar são alterações nos critérios CRAB (Cálcio, Rins, Anemia, Bone - Osso):

- Nível de cálcio sérico 1 mg/dL ou mais acima do limite superior de normalidade ou maior que 11 mg/dL
- Clearance de creatinina menor que 40 mL/min ou creatinina sérica maior que 2 mg/dL



- Nível de hemoglobina 2 g/dL ou mais abaixo do limite da normalidade ou hemoglobina menor que 10 g/dL
- Uma ou mais lesões osteolíticas (radiografia óssea, TC ou PET/CT), ou ainda fratura patológica. Considera-se também mais de uma lesão óssea focal na ressonância magnética como alteração comum
- Eletroforese de proteínas com pico M (monoclonal) de paraproteína ou dosagem sérica anormal de cadeias leves de imunoglobulina (Kappa e Lambda) no sangue ou urina

Observação: infiltração medular de plasmócitos acima de 60% e relação das cadeias leves livres acima de 100 são critérios recentes indicativos do diagnóstico de Mieloma Múltiplo sintomático.

Fatores de risco que exigem maior a atenção da equipe

- Idade acima de 60 anos
- Anormalidades no hemograma sem explicação por outra doença sistêmica

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer

Realizar anamnese ampla, exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais, palpação de cadeias de linfonodos,

Solicitar exames:

- Na suspeita de leucemia: solicitar hemograma completo de urgência (48h) (3,4).
- Na suspeita de linfoma: solicitar hemograma e radiografia de tórax para pesquisar por adenopatias no mediastino e se houver acesso solicitar tomografia computadorizada de abdômen para identificar adenopatias no retroperitônio, hepatomegalia e/ou esplenomegalia de urgência (48h). Exame de imagem da região da cadeia de linfonodo aumentado (ultrassom ou tomografia) (6).
- Na suspeita de mieloma: solicitar hemograma completo, dosagem de cálcio e velocidade de hemossedimentação. Se houver leucopenia ou hipercalemia solicitar com urgência (48 horas) eletroforese de proteínas (EFP), imunofixação no sangue e urina e cadeias leves livres no sangue e proteinúria.
- Na suspeita de mieloma, em pessoas de mais de 60 anos, com dor óssea persistente, principalmente lombar ou com fratura sem explicação: solicitar hemograma completo, dosagem de cálcio e velocidade de hemossedimentação(8). Se houver leucopenia ou hipercalemia solicitar com urgência (48 horas) eletroforese de proteínas (EFP) e proteinúria. Solicitar eletroforese de proteínas no sangue, para avaliar para-proteína (7,8). E se houver disponibilidade solicitar no sangue medição de cadeias leves livres (no soro), caso este exame não esteja disponível pode solicitar presença de proteína de Bence-Jones na urina(8).
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.



- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado.

Encaminhamento

Tempo: o acesso aos especialistas deve ser em até 30 dias (9), idealmente em 1 semana (6,7)

Atenção: Nos casos graves recomenda-se 48h

- Na suspeita de mieloma se a viscosidade plasmática ou a velocidade de sedimentação de hemossedimentação forem consistentes
- Leucemias agudas é urgente para evitar mortalidade precoce, na medida em que a neutropenia grave e duradoura se associa a infecções graves potencialmente fatais

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Hematologia

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** Nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** Antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais)

Exames e avaliação: Descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis.

- Se linfonodomegalias, descrever as características (tamanho, consistência, fixação a planos profundos) e localização dos linfonodos

Tratamentos: Medicamentos em uso e terapias já realizadas

- O uso de esteroides pode ser necessário em algumas situações de urgência (por ex.: síndrome de veia cava e no caso de LLC ou Mieloma, não vai mascarar o diagnóstico)
- **Contatos:** Informações de contato do paciente e da equipe de APS

Referências

1. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Healthier Scotland - Scottish Government; 2019. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>
2. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1o de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
3. NICE. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. NICE; 2023 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
4. Guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de leucemias linfoblástica y mielóide en población mayor de 18 años.pdf.



5. Guia Clínica Linfoma en Personas de 15 años y más.pdf.
6. Optimal care pathway for people with low-grade lymphomas.pdf.
7. Optimal care pathway for people with multiple myeloma.pdf.
8. NICE. Suspected cancer: recognition and referral. 1o de maio de 2025; Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
9. BRASIL. Presidência da República. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019 [Internet]. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

3.4 Recomendações para câncer de mama

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e em todo o mundo. A incidência aumenta com a idade, sendo mais frequente a partir dos 50 anos, porém é importante enfatizar que também pode ocorrer em mulheres mais jovens, na pré-menopausa. Nesses casos o tumor costuma ter um comportamento mais agressivo. Quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o prognóstico e a chance de cura (1–3).

Raramente homens também podem ser acometidos, muitas vezes relacionado a síndromes hereditárias. Mulheres trans podem apresentar risco maior frente a uma população cisgênero masculina. Homens trans não mastectomizados devem ser considerados como risco semelhante a população de mulheres cisgênero(4–6).

Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de mama (3,7–13)

O profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns:

- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, em mulheres adultas de qualquer idade ou
- Nódulo mamário que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade ou
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral ou
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos ou pele em casca de laranja ou retração na pele da mama ou
- Presença de linfadenopatia axilar normalmente endurecida, podendo ser fixa ou móvel. Outras cadeias de linfonodos supra ou infra-clavicular também podem estar acometidas em doenças avançadas ou
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja ou vermelhidão ou
- Mudança no formato do mamilo (ex.: retração unilateral) ou
- Homens com tumoração palpável unilateral ou



- Mastite ou inflamação que não melhora depois de um curso adequado de antibiótico

Resultados de exames para a alta suspeição (7,10–12,14)

Mamografia com classificação BI-RADS 4 ou 5.

- Mamografia e/ou ecografia mamária com nódulo mamário suspeito (espiculado, irregular) e/ou
- Mamografia com calcificações suspeitas e/ou
- Mamografia com linfonodos apresentando aumento de tamanho, perda do hilo cortical e irregulares são altamente suspeitos

Fatores de risco que exigem mais a atenção da equipe para câncer de mama (2,3,7,14,15):

- Aumento da idade (um dos principais fatores de risco para o câncer de mama feminino).
- Antecedente pessoal de câncer de mama ou de lesão de alto risco (ex.: carcinoma lobular in situ, hiperplasia atípica)
- Antecedente familiar de câncer da mama ou ovário em parentes de primeiro ou segundo grau
- Antecedente familiar de câncer de mama ou ovário com diagnóstico de mutação germinativa BRCA1, BRCA2, PALB, BRIP e p53
- Exposição à radiação ionizante no tórax antes dos 30 anos
- Fatores relacionados a vida reprodutiva da mulher:
 - menarca precoce
 - nuliparidade
 - idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos
 - uso de anticoncepcionais orais
 - menopausa tardia e
 - terapia de reposição hormonal
- Alta densidade do tecido mamário
- Radioterapia de tórax antes dos 30 anos
- Obesidade
- Etilismo

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (2,3,8,11,12,16)

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais e sintomas



- Realizar exame clínico das mamas
- Solicitar exames*
 1. Hemograma completo e análises bioquímicas: função hepática e renal e glicemia
 2. US mamas se menor de 30 anos
 3. Mamografia diagnóstica e US mamas se ≥ 30 anos
 4. Biópsia do nódulo suspeito por Core Biópsia com agendamento que não ultrapasse 2-3 semanas *

*A solicitação dos exames não deve atrasar o acesso ao especialista, e deve ser feita de acordo com o contexto local. Caso o exame físico eleve muito a suspeição clínica os exames podem ser dispensados.

Atenção: diante da alta suspeição deste tipo de câncer, deve-se encaminhar para as linhas de cuidado organizadas, que incluem obrigatoriamente exames de imagem e biópsia, usando os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>).

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias, ideal em até 15 dias (3,12,17)

Especialidade adequada para o encaminhamento

- Mastologia
- Oncologia Clínica

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas e informação se a paciente está no climatério/menopausa
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: mamografia e resultados de biópsia)
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

Referências:

1. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção



precoce do câncer [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021. 72 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>

3. Migowski A, Silva GAE, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cad Saúde Pública [Internet]. 21 de junho de 2018 [citado 2 de abril de 2024];34(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600502&lng=pt&tlng=pt
4. De Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, Van Engelen K, Adank MA, Dreijerink KMA, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. BMJ. 14 de maio de 2019;l1652.
5. Gooren LJ, Van Trotsenburg MAA, Giltay EJ, Van Diest PJ. Breast Cancer Development in Transsexual Subjects Receiving Cross-Sex Hormone Treatment. The Journal of Sexual Medicine. 1o de dezembro de 2013;10(12):3129–34.
6. Brown GR, Jones KT. Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. Breast Cancer Res Treat. janeiro de 2015;149(1):191–8.
7. The investigation of a new breast symptom.pdf.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer; 2023.
9. Scottish Government. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Scottish Government; 2019 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>
10. NICE. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. NICE; 2023 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
11. NCCN Guidelines Breast Cancer Screening and Diagnosis.pdf.
12. Optimal care pathway for people with breast cancer.pdf.
13. Protocolos de encaminhamento para Mastologia.pdf.
14. Guias clínicas AUGÉ câncer de mama.pdf.
15. Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama [Internet]. [citado 2 de abril de 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/relatorio_ddt_carcionomademama_julho_2018.pdf
16. Hans W. Breast cancer in women: diagnosis, treatment and follow-up. 2013;
17. BRASIL. Presidência da República. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019 [Internet]. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm



3.5 Recomendações para cânceres urológicos

Os cânceres urológicos neste manual englobam as neoplasias de células renais, de bexiga, próstata, testículo e pênis. O câncer de próstata é o mais frequente em homens excetuando-se os cânceres de pele não melanoma (1). Já o câncer de bexiga ocupa a 12ª posição entre os tipos mais frequentes (1).

3.5.1 Orientações específicas para os cânceres renais e de bexiga (2–6)

A maioria dos pacientes são diagnosticados sem sintomas, de forma incidental. Em geral, os tumores renais são diagnosticados por ultrassonografia ou tomografias computadorizadas abdominais realizados por outras razões médicas (1). O profissional da APS deve suspeitar destes cânceres na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns:

Quadro clínico típico para a alta suspeição:

- Dor lombar ou em flanco ou abdominal
- Presença de massa abdominal palpável
- Sintomas urinários irritativos (como disúria e frequência aumentada)

Além disso, no carcinoma renal, sintomas como os abaixo podem ocorrer em estágios mais avançados:

- Perda de peso involuntária
- Febre de origem indeterminada

Resultados de exames para a alta suspeição (2,4,6)

- Hematúria macro ou microscópica sem outras causas (infecção urinária ou doença glomerular); ou hematúria persistente ou recorrente, sobretudo se idade \geq 45 anos
- Exames de imagem que tenham nódulo sólido sugestivo de malignidade em rim
- Exames de imagem que tenham cistos em rim com alterações sugestivas de malignidade (resultado de tomografia com classificação de Bosniak 3 ou 4)
- Exames de imagem que descrevam alterações em bexiga

Fatores de risco que exigem mais atenção da equipe para câncer de (4–6).

- Rim e de bexiga: histórico familiar
- Rim: condições genéticas, como a Síndrome de Von-hippel-Lindau, além de idade avançada, tabagismo, obesidade e doenças renais crônicas também são relevantes
- Bexiga: tabagismo, exposição ocupacional a carcinógenos, como aminas aromáticas, arsênico e radioterapia pélvica anterior



Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer:(4-6)

- Realizar anamnese ampla em busca de fatores de risco e outros sintomas
- Realizar exame físico geral e dirigido
- Aconselhamento sobre cessação do tabagismo
- Solicitar exames*
 - Exame simples de urina
 - Creatinina
 - PSA para homens
 - US de vias urinárias
 - US de abdômen
 - Cistoscopia
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

*A solicitação dos exames não deve atrasar o acesso ao especialista, e deve ser feita de acordo com o contexto local. Caso o exame físico eleve muito a suspeição clínicas os exames podem ser dispensados.

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (7)

Especialidade adequada para o encaminhamento

- Para emergência nos casos de retenção urinária aguda ou hematúria macroscópica acompanhada de coágulos (4)
- Para urologia
- Para oncologista clínico nos demais casos

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, início dos sintomas e tabagismo.
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: ultrassom, tomografia e cistoscopia).
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas.
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS.



3.5.2 Orientações específicas para o câncer de próstata

O câncer de próstata é o tipo de câncer mais incidente em homens, excluindo os tumores de pele não-melanoma, sendo considerado um câncer da terceira idade, por sua frequência aumentar significativamente a partir dos 65 anos (8). Ele requer uma abordagem cuidadosa desde a APS para garantir diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Quadro clínico típico para a alta suspeição

O quadro clínico do câncer de próstata frequentemente é silencioso em suas fases iniciais (2,3,9–14). O profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (2–4,9,12,13,15,16). Nesses casos, é importante sempre fazer diagnóstico diferencial com hiperplasia prostática benigna.

- dificuldade para urinar
- diminuição do jato urinário
- aumento da frequência urinária, especialmente noturna
- mudança no padrão urinário
- hematúria
- também deve-se dar importância à disfunção erétil
- toque retal suspeito (nódulo, endurecimento ou assimetria)

Em estágios mais avançados, pode haver (2,14,16):

- dor óssea (ex.: dor lombar)
- perda de peso
- caquexia
- cansaço

A presença desses sinais em homens, principalmente acima dos 50 anos, exige uma avaliação detalhada para suspeição de câncer de próstata

Resultados de exames para a alta suspeição

De um modo geral ter um exame de PSA elevado, especialmente acima de 4 ng/mL, mas o ideal é especificar os limites de PSA de acordo com a idade da pessoas com suspeita de câncer de próstata (Quadro 1) (3,4,16):

- O valor do exame não deve ser o único ponto de definição para o encaminhamento, portanto frente a uma suspeita clínica importante o valor do PSA torna-se menos relevante.
- Além disso, importante lembrar que infecções e inflamações da próstata também podem elevar o PSA e devem fazer parte do diagnóstico diferencial nestas situações.
- “Os inibidores da 5-alfa-redutase diminuem o valor do PSA. Para pacientes que usam esta medicação há pelo menos 3-6 meses o valor do PAS deve ser multiplicado 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” (2,4).

Quadro 1 – Limites de PSA por faixa etária (3)

Idade (anos)	Limiar do antígeno prostático específico (microgramas/litro)
Abaixo de 40	Use o julgamento clínico
40 a 49	Mais de 2,5
50 a 59	Mais de 3,5
60 a 69	Mais de 4,5
70 a 79	Mais de 6,5
Acima de 79	Use o julgamento clínico usando a expectativa de vida nesta avaliação

Fonte: Adaptado de NICE, (2023).

- Hematúria macroscópica (2,3,13–16)
- Diagnóstico histopatológico de neoplasia prostatica
- Exames de imagem que descrevam metástase óssea

Fatores de risco que exigem mais atenção da equipe (1,2,8):

- idade (aumento de risco a partir dos 50 anos)
- histórico familiar de câncer de próstata (especialmente em parentes de primeiro grau)
- cor negra, essa relação está mais bem estabelecida na América do Norte e Caribe
- obesidade
- portadores de mutações genéticas (ex. em BRCA 1 e 2)

Ações mínimas que a equipe de APS devem fazer(4,14)

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais e sintomas
- Realizar exame de toque retal
- Solicitar exames*:
 - PSA
 - Ultrassom de vias urinárias
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos



- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

*A solicitação dos exames não deve atrasar o acesso ao especialista, e deve ser feita de acordo com o contexto local. Caso o exame físico eleve muito a suspeição clínicas os exames podem ser dispensados.

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (7)

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- serviços de urgência e emergência, nos casos de retenção urinária
- urologia
- oncologia clínica

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico (incluindo o toque retal) e dos resultados dos exames realizados e dos exames solicitados (ex.: PSA)
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

ATENÇÃO: diante da alta suspeição deste tipo de câncer, deve-se encaminhar para as linhas de cuidado organizadas, que incluem obrigatoriamente exames de imagem e biopsia, usando os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>).

3.5.3 Orientações específicas para o câncer de testículo

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres de testículo

O profissional da APS deve suspeitar de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (2,3):

- Aumento sem dor do tamanho do testículo
- Mudança do formato ou da textura do testículo
- Alterações inflamatórias em testículos e/ou epidídimos que não respondem ao tratamento convencional



Resultados de exames para a alta suspeição

- Exames de imagem sugerindo nódulo ou massa suspeita em testículo

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer:

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais
- Solicitar*: ultrassom de testículos, dosagem de alfa-fetoproteína (AFP), beta-hormônio gonadotrófico coriônico humano(beta-HCG) e desidrogenase láctica (DHL)
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

*A solicitação dos exames não deve atrasar o acesso ao especialista, e deve ser feita de acordo com o contexto local e a urgência. Caso o exame físico eleve muito a suspeição clínicas os exames podem ser dispensados.

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (7), idealmente em uma semana.

Especialidades adequada para o encaminhamento:

- Urologia
- Oncologia clínica
- Cirurgia oncológica

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** Nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica: Antecedentes pessoais e familiares,** itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas
- **Exames e avaliação:** Descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis
- **Tratamentos:** Medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** Informações de contato do paciente e da equipe de APS

3.5.4 Orientações específicas para o câncer de pênis

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres de pênis

O profissional da APS deve suspeitar de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (2,3):



- Lesão ou massa em pênis após exclusão ou tratamento de IST
- Sintomas persistentes e sem explicação afetando a glândula ou a pele do prepúcio (balanite)
- Espessamento ou alteração da cor da pele
- Presença de líquido com mau cheiro sob o prepúcio
- Epididimite e/ou orquites que não respondem ao tratamento convencional
- Lesões penianas suspeitas associadas a linfonodomegalias inguinais

Resultados de exames para a alta suspeição

- Resultados de biópsia que descreve lesões suspeitas ou comprovadamente neoplásicas

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer:

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais
- Solicitar sorologias de infecções sexualmente transmissíveis
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (7)

Especialidades adequadas para o encaminhamento:

- Urologia
- Cirurgia oncológica
- Oncologia clínica

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, dos exames solicitados e dos resultados disponíveis
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS



Referências:

1. Câncer IN de. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer; 2023. 160 p.
2. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer. janeiro de 2019 [citado 7 de outubro de 2024]; Disponível em: <https://www.cancerreferral.scot.nhs.uk/>
3. NICE. Suspected cancer: recognition and referral. [citado 7 de outubro de 2024]; Disponível em: NICE guideline
4. Protocolos de Regulação Ambulatorial - Urologia Adulto- versão digital 2023..pdf.
5. EAU-Guidelines-on-Renal-Cell-Carcinoma-2024.pdf.
6. Guias clínicas AUGE- câncer vesical en personas de 15 anos y mas.pdf.
7. BRASIL. LEI No 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019 - Altera a Lei no 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. 13896.
8. Silva IN de CJAG da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021.
9. Silva IN de CJAG da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021.
10. Coakley FV, Oto A, Alexander LF, Allen BC, Davis BJ, Froemming AT, et al. ACR Appropriateness Criteria® Prostate Cancer—Pretreatment Detection, Surveillance, and Staging. Journal of the American College of Radiology. maio de 2017;14(5):S245–57.
11. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do adenocarcinoma de próstata.pdf.
12. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Van Der Kwast T, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent—Update 2013. European Urology. janeiro de 2014;65(1):124–37.
13. Guia Clínica AUGE CÂNCER DE PRÓSTATA.pdf.
14. Optimal care pathway for men with prostate cancer.pdf.
15. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer.pdf.
16. Prostate Cancer Part 1- Diagnosis and Referral in Primary Care.pdf.



3.6 Recomendações para câncer osteomuscular

O câncer osteomuscular é um grupo de tumores malignos que se originam nos ossos e nos tecidos moles, como músculos, tendões e gordura. Esses tumores podem ocorrer em qualquer idade, mas o osteossarcoma, por exemplo, é mais comum em adolescentes e jovens adultos, enquanto o sarcoma de tecidos moles apresenta prevalência maior em adultos. Diagnósticos diferenciais importantes incluem lesões benignas, como cistos ósseos, tumores de células gigantes, e condições inflamatórias, como a miosite. Importante ressaltar que a grande maioria das lesões ósseas são metástases advindas de outro sítio primário.

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres osteomusculares

O profissional da APS deve suspeitar destes cânceres na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns:

- Dor óssea não-mecânica persistente e progressiva (mais de 2 semanas) (1–3)
- Dor óssea não responsiva a analgésicos (2,3)
- Dor óssea noturna (2,3)
- Aumento do volume na região afetada (inchaço) (3)
- Massa ou edema em extremidades (2)
- Perda de mobilidade (1–3)
- Fraturas sem traumas relatados ou após traumas mínimos (1–3)
- Massa com diâmetro maior que 5 cm (2)
- Massa com crescimento rápido (2)
- Massa sem histórico de lesão traumática (2)
- Massa com características atípicas (endurecida, irregular, aderida a planos profundos) (2)

Resultados de exames para a alta suspeição*

- Radiografia com lesões líticas ou sinais de erosão óssea (1–3)
- Radiografia com reação periosteal desorganizada/agressiva (4)
- Ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) com a presença de lesões grandes e heterogêneas que apresentam uma composição variada em termos de intensidade de sinal, sugerindo a presença de diferentes tipos de tecido, como áreas de necrose e/ou calcificação (3,4,6)
- RM ou TC com alterações nos tecidos moles adjacentes à lesão óssea e/ou com presença de edema ao redor dos tecidos lesionados (2–4,6)

* Radiografia sem alteração, mas com sintomas persistentes, deve-se solicitar exame de imagem complementar: ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) (2,3,5)



Fatores de risco que exigem mais a atenção da equipe:

- idade (menor que 30 anos ou maior que 50 anos) (2,6)
- história familiar (1-3,5,6)
- história de retinoblastoma (2)
- síndrome de Li-Fraumeni (2)
- histórico de câncer infantojuvenil (2)
- anormalidades prévias (Doença de Paget, necrose avascular, dentre outras) (2,3)
- quimioterapia e radioterapia prévias (2)
- exposição a produtos químicos (por exemplo, cloreto de vinil e dioxina) (2)
- linfedema prolongado (2,6)

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer

Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais (1,3,6):

- Exame da pele em busca de lesões suspeitas para melanoma
- Exame físico das mamas em mulheres
- Toque retal em homens

Realizar exame físico dirigido para o sistema osteoarticular e realizar avaliação de linfonodos (2).

Solicitar exames laboratoriais: Hemograma completo, coagulograma e análises bioquímicas (função hepática, renal, glicemia, VHS, PCR, sódio, potássio e cálcio) (1,2).

- Solicitar PSA em homens com lesões ósseas
- Solicitar eletroforese de proteínas nos casos de múltiplas lesões ósseas líticas na hipótese de mieloma múltiplo (vide capítulo hematológico)

Solicitar exames de imagem*

- Raio-x (se dor ou suspeita de lesão óssea)(1-6)
- Solicitar ressonância magnética (RM) ou Tomografia Computadorizada (TC) (em caso de anormalidades de partes moles ou de radiografia sem lateração que não explique a persistência dos sintomas) (1-6)
- **Atenção:** ultrassonografia é de uso limitado e pode não auxiliar no diagnóstico (2,4,5)

Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.

Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado.



*A solicitação dos exames não deve atrasar o acesso ao especialista, e deve ser feita de acordo com o contexto local. Caso o exame físico eleve muito a suspeição clínica os exames podem ser dispensados.

Encaminhamento

Tempo: o acesso aos especialistas deve ser de no máximo 30 dias, ideal seria de até 15 dias.

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Ortopedia oncológica (lesões ósseas e de partes moles)
- Cirurgia oncológica (lesões de parte moles)
- Oncologia clínica (lesões ósseas e de partes moles)

Itens essenciais do encaminhamento:

Identificação do paciente: Nome completo e idade (data de nascimento)

História clínica: Antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais e data de início dos sintomas

Exames e avaliação: Descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis. Incluindo laudo de exames de imagem (por exemplo Raio-X)

Tratamentos: Medicamentos em uso e terapias já realizadas

Contatos: Informações de contato do paciente e da equipe de APS

Referências:

1. Jan De Beur SM, Minisola S, Xia W, Abrahamsen B, Body J, Brandi ML, et al. Global guidance for the recognition, diagnosis, and management of tumor-induced osteomalacia. *J Intern Med* [Internet]. março de 2023 [citado 2 de abril de 2024];293(3):309–28. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.13593>
2. Optimal care pathway for people with sarcoma (bone and soft tissue sarcoma).pdf.
3. Strauss SJ, Frezza AM, Abecassis N, Bajpai J, Bauer S, Biagini R, et al. Bone sarcomas: ESMO–EURACAN–GENTURIS–ERN PaedCan Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* [Internet]. 1o de dezembro de 2021 [citado 22 de março de 2024];32(12):1520–36. Disponível em: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(21\)04280-0/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(21)04280-0/fulltext)
4. Bestic JM, Wessell DE, Beaman FD, Cassidy RC, Czuczman GJ, Demertzis JL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Primary Bone Tumors. *J Am Coll Radiol* [Internet]. maio de 2020 [citado 27 de março de 2024];17(5):S226–38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370967/>
5. Gronchi A, Miah AB, Dei Tos AP, Abecassis N, Bajpai J, Bauer S, et al. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO–EURACAN–GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and



follow-up. Ann Oncol [Internet]. novembro de 2021 [citado 22 de março de 2024];32(11):1348–65. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0923753421021840>

6. Clinical practice guidelines for the management of adult onset sarcoma [Internet]. [citado 12 de novembro de 2024]. Disponível em: https://assets-au-01.kc-usercontent.com/59e62872-3ec4-02cb-f1dd-a1d60d76195d/1344278c-c8aa-44ad-a7fe-d785aeac0a13/Sarcoma_2007_20Jul_2013.pdf

3.7 Recomendações para o câncer de pele

O câncer de pele é o de maior incidência (1), e engloba um conjunto de doenças que variam dentro de um espectro de comportamento, com lesões localizadas indolentes até lesões agressivas com capacidade de invasão e alta letalidade.

O melanoma e o carcinoma de células de Merkel possuem alta letalidade desde os estágios iniciais. Já os tumores queratinocíticos (carcinoma basocelular [CBC] e o carcinoma escamocelular [CEC]) em geral possuem melhor prognóstico, e apenas uma minoria evolui para uma doença avançada, entretanto, devido a sua alta prevalência, a mortalidade se equipara a do melanoma em números absolutos, não devendo ter sua agressividade subestimada.

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres de pele (caracterização das lesões de pele)

A avaliação clínica de lesões cutâneas suspeitas segue critérios específicos para diferenciar lesões benignas de malignas. O método ABCDE é amplamente utilizado para o reconhecimento precoce do melanoma, considerando assimetria, bordas irregulares, variação de cor, diâmetro aumentado e evolução da lesão ao longo do tempo (ver quadro abaixo). O profissional da APS deve usar o método ABCDE e suspeitar de câncer de pele na presença dos seguintes sinais e sintomas que são mais comuns:



Melanoma (2,3)

Quadro 1 – Critérios ABCDE para avaliação de lesões cutâneas. Ilustrações demonstram as principais características de lesões suspeitas, auxiliando no diagnóstico precoce do melanoma (autoria própria)

Assimetria	Ao traçar uma linha no meio da lesão, as duas metades são diferentes	
Bordas	Irregulares e mal definidas	
Cor	Múltiplas cores variando entre preto, marrom, azul e vermelho	
Diâmetro	Diâmetro > 5 mm	
Evolução	Qualquer mudança, em cor, crescimento, ulceração, sangramento	

- Todas as lesões suspeitas para melanoma devem ser referenciadas (4,5)
- Todas as lesões com diagnóstico histológico para melanoma em biópsia prévia devem ser referenciadas



Tumores queratinocíticos (CEC e CBC)

Características do CEC (3,6,7):

- Pápulas, placas ou nódulos eritematosos, queratosicos (raramente pigmentado) principalmente em área de dano solar crônico, mas também em feridas crônicas, cicatrizes de queimadura, genitália e leito ungueal
- Lesões ulceradas que não cicatrizam (mais de 4 semanas)



Figura 1 – Lesão ulcerada causada por carcinoma espinocelular de pele. Observa-se uma úlcera de bordas elevadas e infiltrativas, com base eritematosa, característica dessa neoplasia cutânea (autoria própria)

Características do CBC (3,6,8):

- Placa eritematosa ou branco avermelhada, com áreas de ulceração, com ou sem pigmento
- Pápula/ nódulo cor da pele ou pigmentado
- Superfície lisa e brilhante
- Bordas bem delimitadas
- Presença de telangiectasias
- Lesão ulcerada com bordas elevadas



Figura 2 – Lesão ulcerada causada por carcinoma basocelular de pele. Observa-se uma lesão nodular perolada com presença de vasos telangiectásicos, firme, característica dessa neoplasia cutânea (autoria própria)



Lesões destes tipos: CEC e CBC, com (6):

- >2 cm em tronco ou extremidades ou
- >1 cm em face, lábio, fronte, couro cabeludo, orelha, pescoço, região pré-tibial, mãos, pés e genitália ou
- Qualquer lesão cutânea inexplicável em pacientes imunossuprimidos ou
- Lesões que surgem em área de cicatrizes ou de úlceras crônicas ou
- Lesão recidivada ou
- Ressecção incompleta (margem comprometida ou exíguas).

São classificadas como alto risco de tumores queratinocíticos (com ou sem confirmação histológica) e devem ser referenciadas:

Carcinoma de células de Merkel (9)

O carcinoma de Merkel é um tumor cutâneo raro e agressivo, frequentemente diagnosticado em estágios avançados devido à sua apresentação clínica inespecífica. Na maioria dos casos (88%), manifesta-se como um nódulo eritematoso ou violáceo, de crescimento rápido e progressivo. Indivíduos imunossuprimidos, como transplantados e pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, apresentam maior risco de desenvolvimento da doença. Além disso, a incidência é significativamente maior em pessoas acima de 50 anos, correspondendo a 90% dos casos. A exposição à radiação ultravioleta também desempenha um papel importante, sendo responsável por 81% das ocorrências em áreas foto expostas. Ver quadro abaixo que descreve as características clínicas e fatores de risco do carcinoma de Merkel, usando o acrônimo AEIOU.

O tumor geralmente se apresenta como um nódulo eritematoso ou violáceo de crescimento rápido, sendo mais comum em indivíduos imunossuprimidos e em pessoas acima de 50 anos.

Assintomático	88% Nódulo eritematoso/violáceo
Expansivo	Rápido crescimento
Imunossuprimido	Transplantados, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Old	90% dos casos em > 50 anos
UV	81% ocorrem em área de exposição à radiação solar

Quadro 2 – Critérios AEIOU, com as características clínicas e fatores de risco do carcinoma de Merkel. (autoria própria)



Outras situações

Na impossibilidade de caracterização de acordo com os critérios acima, devem ser referenciados os pacientes com as seguintes características(5):

- Mudança de cor, tamanho ou forma de lesão pré-existente
- Novo nódulo em crescimento com ou sem pigmento em paciente imunossuprimido
- Úlcera persistente (mais de quatro semanas), sangramento ou secreção, apesar de tratamentos
- Inflamação persistente (mais de quatro semanas) ao redor ou sensação alterada em lesão de pele
- Linha pigmentada na unha que surgiu ou modificou ou lesão inexplicada na unha
- Lesões de crescimento lento, que não cicatrizam ou queratinizantes com induração (base espessada)

Resultados de exames para a alta suspeição

Todos os resultados de exames que descrevem lesões com características histológicas malignas devem ser encaminhados.

Fatores de risco que exigem maior a atenção da equipe (2,6–8):

- Aumento da idade
- Pele clara*
- História familiar
- Dano solar crônico da pele**
- Imunossuprimidos – pacientes transplantados
- Exposição ocupacional à luz solar, hidrocarbonetos e pesticidas

Atenção:

*Exceto para o melanoma acral que é mais prevalente em pacientes afrodescendentes (10) .

**O melanoma pode surgir em áreas sem danos causados por exposição solar crônico, sendo fundamental examinar toda a pele (10).

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais e sintomas
- Realizar exame físico dirigido à pele no(a) paciente despido(a) e exame físico de cadeias linfonodais
- Tumores queratinocíticos de baixo risco podem ser submetidos à retirada com excisão



elíptica e fechamento primário na própria Unidade Básica de Saúde a depender da formação e habilidade técnica do médico(6), desde que o serviço tenha acesso a anatomopatológico

- Lesões suspeitas para melanoma não devem ser excisadas na APS (5)
- Solicitar estudo anatomopatológico de todas as lesões que sofrerem qualquer intervenção cirúrgica na APS (5)
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: Para lesões suspeitas de melanoma, ou Merkel, ou lesões suspeitas de CEC ou CBC de alto risco, o acesso ao especialista deve ser no máximo 30 dias (11). Para pacientes com sinais de doença avançada/metastática o tempo ideal é até 15 dias.

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Dermatologia – avaliar disponibilidade de serviço de teledermatologia
- Cirurgia oncológica
- Oncologia clínica - em caso de sinais ou sintomas de doença metastática
- Serviços de urgência e emergência - o acesso deve ser imediato conforme a gravidade do caso, incluindo:
 - lesão ulcerada com sangramento incoercível
 - infecção e ou infestação secundária em lesão ulcerada
 - urgências oncológicas por neoplasia avançada (hipercalcemia maligna, fratura patológica, crises convulsivas ou deficit motor agudo)

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas.
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis.
 - Descrição detalhada da lesão com localização, tamanho e sintomas relacionados(5)
 - Fotografia da lesão (se possível)(5)

Tratamentos: Medicamentos em uso e terapias já realizadas.

Contatos: Informações de contato do paciente e da equipe de APS.



3.8 Recomendações para cânceres torácicos

As neoplasias torácicas englobam basicamente os tumores de pulmão, o mesotelioma da pleura e os tumores do mediastino anterior (timoma, linfoma e tumores de células germinativas). Essas neoplasias apresentam achados radiológicos, sinais e sintomas semelhantes, justificando sua abordagem conjunta. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, os cânceres de traqueia, brônquio e pulmão ocupam a quarta posição entre os tipos de câncer mais frequentes (1).

É fundamental destacar que as manifestações clínicas e radiológicas desses tumores também podem ser observadas em casos de tuberculose e outras micobacterioses. Assim, o diagnóstico diferencial é obrigatório, porém, não deve atrasar a investigação ou encaminhamento do paciente de alto risco para câncer.

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres torácicos

Até um quarto dos pacientes são assintomáticos no momento do diagnóstico, e geralmente a sintomatologia advém de uma doença mais avançada. O profissional da APS deve suspeitar de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (2–8):

- Tosse persistente (mais de 3 semanas):
- Modificação do padrão da tosse
- Hemoptise
- Dispneia
- Rouquidão persistente (mais de 3 semanas)
- Perda de peso involuntária
- Fadiga
- Dor torácica ou no ombro
- Baqueteamento digital
- Pneumonia recorrente
- Adenomegalia supraclavicular, cervical ou axilar
- Síndrome da compressão da veia cava superior
- Estridor
- Dor óssea

Resultados de exames para a alta suspeição

Achados de radiografia de tórax (3,9–11):

- Nódulo (<3 cm) ou massa (> 3 cm)
- Lesão sólida ou subsólida com alterações clínicas ou radiológicas sugestivas de malignidade, independente do tamanho



- Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem
- Derrame pleural sem etiologia definida
- Consolidação persistente*
- Atelectasia
- Alargamento do mediastino
- Elevação da cúpula diafragmática sem etiologia definida
- Lesão em arcabouço ósseo

* Qualquer paciente com consolidação para a radiografia deve ser reavaliado com nova radiografia em seis semanas para confirmar a resolução. Em caso de persistência passa a ser necessário realizar Tomografia Computadorizada do Tórax, se for acessível pela APS, ou deve-se encaminhar para avaliação (5,12,13).

Achados da Tomografia Computadorizada de Tórax (TC) (10,11,14):

- Nódulo sólido ou semissólido maior ou igual a 8 mm, independente do risco pessoal para câncer de pulmão
- Nódulo sólido maior ou igual a 4 mm e menor que 8 mm em pessoas com alto risco para câncer de pulmão (tabagismo ou risco profissional)
- Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem
- Lesões nodulares em pleura sugestivas de implante neoplásico
- Massa mediastinal ou alargamento de mediastino
- Atelectasia lobar e/ou segmentar
- Linfonodomegalia mediastinal (>1 cm no menor eixo)
- Derrame pleural sem etiologia definida
- Lesões ósseas líticas ou blásticas sugestivas de implante neoplásico

Observação: Se a unidade de saúde tiver acesso à TC de tórax e o médico optar por acompanhar o nódulo pulmonar, deve-se seguir as recomendações para manejo de nódulo pulmonar de achado incidental da Fleischner Society (10,11,14).

Fatores de risco que devem ampliar a atenção da equipe (3–5,8,15):

- Aumento da idade
- História familiar de câncer de pulmão
- História pessoal de câncer (pulmão, cabeça e pescoço, bexiga)
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Fibrose pulmonar
- Tabagismo atual ou pregresso



- Sedentarismo
- Fatores ambientais: tabagismo passivo, poluição do ar, radônio*
- Exposição ocupacional: asbestos, sílica, fumaça de diesel, hidrocarbonetos, pesticidas

* Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o radônio é um elemento radioativo considerado o segundo maior fator de risco para câncer de pulmão, após o tabagismo, e o principal fator em não fumantes. Originado do Urânio e do Tório, o radônio está presente na água, em rochas e no solo, podendo se concentrar em ambientes fechados e representar um risco à saúde. Esforços do Ministério de Minas e Energia estão em curso para mapear as regiões do País em maior risco.

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais e sintomas.
- Realizar exame físico dirigido para o tórax e pulmão,
- Realizar investigação inicial para tuberculose, quando apropriado
- Solicitar exames de imagem:
 - Radiografia de tórax: A radiografia pode ser normal em até 20% dos casos, se a suspeita se mantiver, solicitar para TC de tórax ou encaminhar o paciente ao especialista a depender do tempo de acesso ao exame (3).
 - TC de tórax com contraste (exceto se houver contraindicação) (3): a realização do exame não deve atrasar o encaminhamento ao especialista devendo ser feito em paralelo.
- Solicitar exames:
 - Hemograma completo
 - Análises bioquímicas (função hepática, renal, glicemia, sódio, potássio, cálcio)
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado.

Encaminhamento (2,12,15)

Emergência: Pacientes devem ser encaminhados a unidade de pronto atendimento em caso de:

- Hemoptise maciça (1 copo ou 250 ml)
- Estridor
- Síndrome da compressão da veia cava superior
- Dispneia e hipoxemia



- Déficit neurológico novo (metástase cerebral ou compressão medular)

Urgente: pacientes devem ter acesso à TC de tórax e pneumologista ou ao cirurgião torácico ou oncologista (quando evidência de doença avançada) em até 15 dias, quando houver:

- Dois ou mais episódios de hemoptise (1 colher de sopa ou 15ml)
- Adenomegalia axilar, cervical ou supraclavicular
- Derrame pleural sem etiologia definida
- Consolidação persistente (6 semanas)
- Alargamento do mediastino
- Lesão em arcabouço ósseo
- Linfonodomegalia mediastinal (>1 cm no menor eixo)
- Lesões nodulares em pleura sugestivas de implante neoplásico
- Lesões ósseas líticas ou blásticas sugestivas de implante neoplásico

Semi-urgente, pacientes devem ter acesso a TC de tórax e acesso a cirurgia torácica ou pneumologista em até 30 dias:

- Sintomas persistentes não explicados (tosse, dispneia, rouquidão fadiga, perda de peso, dor torácica ou no ombro, baqueteamento digital)
- Massa pulmonar (>3 cm)
- Nódulo sólido ou semissólido maior ou igual a 8 mm
- Nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem

Não urgente, pacientes devem ter acesso ao pneumologista em até 60 dias

- Nódulos menores que 8 mm com necessidade de seguimento tomográfico

Encaminhamento (10,11,14):

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento)
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, incluindo:

Sinais e sintomas e data de início:

- Tabagismo atual ou progresso (sim ou não)
 - Se houver história atual ou progressa de tabagismo, essencial estimar a carga tabágica (em anos-maço)
 - Exposição ocupacional/ambiental (sim ou não). Se sim, qual
 - História prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica



- História familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco

Exames e avaliação: descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis, incluindo resultados de exames anatomopatológicos de lesões de pele atuais e prévios

Tratamentos: Medicamentos em uso e terapias já realizadas.

Contatos: Informações de contato do paciente e da equipe de APS.

Referências

1. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1o de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Ost DE, Jim Yeung SC, Tanoue LT, Gould MK. Clinical and Organizational Factors in the Initial Evaluation of Patients With Lung Cancer. Chest. maio de 2013;143(5):e121S-e141S.
3. British Columbia Ministry of Health. Suspected Lung Cancer in Primary Care [Internet]. 2022 [citado 2 de março de 2025]. Disponível em: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/lungcancer-guideline_upload_screening_update.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) para para la detección temprana , diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón [Internet]. Guía para profesionales de la salud; 2014 [citado 2 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/gpc-para-para-para-deteccion-temprana>
5. Cancer Council Victoria and Department of Health Victoria. Optimal care pathway for people with lung cancer [Internet]. 2021 [citado 2 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/lung-cancer-optimal-cancer-care-pathway>
6. Wauters I, Leuven U, Robays J, Holdt Henningsen Kirsten, Hulstaert Frank, Berghmans Thierry, et al. Non-Small Cell and Small Cell Lung Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2013;
7. NICE. Suspected cancer: recognition and referral. [citado 7 de outubro de 2024]; Disponível em: NICE guideline
8. Silva IN de CJAG da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021.
9. Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto.
10. Protocolos de encaminhamento da Atenção básica para a Atenção Especializada_ cirurgia torácica e pneumologia adulto.pdf.
11. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de regulação ambulatorial: cirurgia torácica adulto. Ufrgs; 2017.
12. Work-Up of Suspected LUNG CANCER.pdf.



13. Scottish Government. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Scottish Government; 2019 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>

14. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para oncologia adulto [Internet]. 2021 [citado 2 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>

15. Australia Government. Investigating symptoms of lung cancer [Internet]. 2020 [citado 2 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/cancer-australia-publications/investigating-symptoms-lung-cancer>

3.9 Recomendações para câncer com sítio primário desconhecido (indeterminado)

Os casos de câncer com sítio primário desconhecido não são comuns e representam apenas cerca de 1-2% de todos os cânceres invasivos. Em geral, a confirmação diagnóstica demora, pois, o conjunto de sinais e sintomas não estão especificamente relacionados a um tipo de câncer (1,2), levando as pessoas, muitas vezes, chegarem aos serviços de saúde com quadro de sinais e sintomas de metástases.

A inespecificidade dos sintomas dificulta que o profissional decida para qual serviço ou especialista encaminhar, por isso é importante que os fluxos locais de regulação incluam regras para o encaminhamento destes casos. Comumente vão para o oncologista clínico ou para alguma subespecialidade, caso haja algum sítio mais provável. Alguns serviços de grande porte têm profissionais especializados em câncer de sítios indeterminados (2).

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres com sítio inespecífico

O profissional da APS deve suspeitar de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (1,2):

- Perda de peso involuntária (>5% em 3 meses ou clinicamente suspeita)
- Perda de apetite por mais de 4 semanas
- Fadiga por mais de 4 semanas
- Tosse persistente
- Dispneia
- Dor persistente (em algum osso, nas costas, no abdômen) por mais de 4 semanas
- Aumento de volume do abdômen
- Icterícia
- Aumento de linfonodos
- Cefaleia persistente



- Membro inferior com dor, edema, eritema, aumento de temperatura e sudorese (sinais de trombose venosa profunda)
- Febre de origem indeterminada
- Alta impressão do médico de APS sobre um diagnóstico de câncer, sem sítio claro, deverá estar bem especificado na referência

Resultados de exames para a alta suspeição

Resultados de exames que demonstram grande chance de metástase sem dar indicativos do sítio primário.

Fatores de risco que devem ampliar a atenção da equipe (2):

- Aumento da idade
- História familiar
- Tabagismo
- Etilismo
- Baixo nível socioeconômico
- Pessoas que frequentam pouco a APS
- Sobrepeso/obesidade
- Inatividade física/sedentarismo

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (1,2)

Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais e sintomas.

Solicitar os exames abaixo:

- Hemograma completo e análises bioquímicas (função hepática, renal, glicemia, VHS, PCR, sódio, potássio, cálcio) e exame de urina.
- TC de tórax e abdômen com contraste, a depender da realidade local em relação ao acesso a estes exames. Não há necessidade de solicitá-los caso o tempo de espera atrase o encaminhamento para o especialista. Você pode também solicitar os exames ao mesmo tempo que encaminha.

Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.

Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado.



Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias (3), ideal em até 15 dias.

Especialidade adequada para o encaminhamento (2):

- para oncologia clínica ou
- serviços de urgência e emergência a depender dos sinais e sintomas. O acesso deve ser imediato quando há por exemplo: compressão de medula ou síndrome da compressão da veia cava superior ou derrame pleural com insuficiência respiratória.

Itens essenciais do encaminhamento*:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais e data de início dos sintomas.
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: laudos de tomografias).
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas.
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS.

*A alta suspeição do médico de APS sobre um diagnóstico de câncer, sem sítio claro, deverá estar bem especificada na referência.

Referências

1. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
2. Optimal care pathway for people with cancer of unknown primary.pdf.



3.10 Recomendações para Câncer do Sistema Nervoso Central (SNC)

Os tumores primários do Sistema Nervoso Central que se originam nas células do sistema nervoso são raros (1). Os cânceres do SNC ocupam a 11ª posição entre os tipos de câncer mais frequentes, sem considerar os tumores de pele não melanoma (2). Os meningiomas e gliomas são os mais frequentes em adultos. No entanto, os tumores metastáticos/secundários são mais frequentes com uma incidência que pode chegar a dez vezes maior que os tumores primários (3). A localização anatômica do tumor influencia nos sintomas que podem ser neurológicos (motores ou sensitivos), cognitivos e/ou psicológicos (4).

Quadro clínico típico para a alta suspeição de cânceres do SNC

Ainda que não haja sinais ou sintomas específicos, o profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (4,5):

- Dores de cabeça com evidência de aumento da pressão intracraniana (vômitos e papiledema)
- Dores de cabeça crescentes, ou dores de cabeça persistentes ou dores de cabeça matinais;
- Convulsões
- Alterações cognitivas (como memória, fala)
- Déficit neurológico progressivo (como fraqueza progressiva, perda sensorial, disfasia, ataxia), que se desenvolve ao longo de dias a semanas, desmaios ou outras alterações do estado de consciência
- Deterioração visual ou outros sintomas neurológicos focais
- Fraqueza progressiva
- Alteração do comportamento
- Confusão, sonolência
- Outros sintomas neurológicos inexplicáveis, podendo haver alterações importantes da personalidade ou comportamentais

Resultados de exames para a alta suspeição

Exames de imagem que descrevem lesões suspeitas e que caracterizam lesões expansivas no sistema nervoso central, ou que trazem evidências de hipertensão intracraniana.

Fatores de risco que exigem mais atenção da equipe (5):

- Antecedente de doença oncológica
- Idade acima 40 anos
- Sexo masculino
- Radiação ionizante (porém os casos são raros)
- Exposição ocupacional a: Cloreto de vinila, gás utilizado na fabricação do policloreto de vinila (PVC), pesticidas, refino de petróleo e fabricação de borracha sintética



Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (1,2)

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais e sintomas
- Realizar exame físico neurológico
- Solicitar os exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) cerebral, a depender do acesso ao exame pelo profissional da APS e sempre considerando que a espera pelo exame não deve atrasar o acesso ao especialista focal
 - No caso de tomografia computadorizada sem alterações, havendo persistência do quadro clínico pode ser solicitada uma ressonância magnética
- Realizar outras investigações laboratoriais necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado
- Em caso de dúvida sobre a presença de papiledema, encaminhar imediatamente para serviços de urgência que atendam oftalmologia

Encaminhamento(4,5)

Tempo: Emergência (mesmo dia) – pacientes com dores de cabeça e/ou vômito associado a sinais clínicos de hipertensão intracraniana: papiledema, diplopia, Triade de Cushing (bradicardia, hipertensão e alterações respiratórias); Rebaixamento de sensório; Crises convulsivas reentrantes (status de mal epileptico). Em caso de dúvida sobre a presença de papiledema, encaminhar imediatamente para serviços de urgência que atendam oftalmologia.

Urgente (em até 30 dias, idealmente em até 15 dias):

- Primeira crise convulsiva
- Convulsões que mudaram de características (déficit pós-ictal, dor de cabeça, aumento na frequência)
- Déficit neurológico progressivo em pessoas sem diagnóstico ou suspeita anterior de outras doenças como esclerose múltipla ou demência
- Outros casos: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias, ideal em até 15 dias

Especialidade adequada para o encaminhamento:

- Neurologia ou
- Neurocirurgia

Itens essenciais do encaminhamento:

Identificação do paciente: nome completo e idade (data de nascimento).

História clínica: antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas.



Exames e avaliação: descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: laudos de tomografias).

Tratamentos: medicamentos em uso e terapias já realizadas.

Contatos: informações de contato do paciente e da equipe de APS.

Referências

1. Ostrom QT, Price M, Neff C, Cioffi G, Waite KA, Kruchko C, et al. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016–2020. *Neuro-Oncology*. 4 de outubro de 2023;25(Supplement_4):iv1–99.
2. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1o de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
3. e National Comprehensive Cancer Ne. Central Nervous System Cancers Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2013 [citado 21 de janeiro de 2025];11(9). Disponível em: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/3/5/article-p644.xml>
4. Scottshi Goverment. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Scottshi Goverment; 2019 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>
5. Optimal care pathway for people with high-grade glioma .pdf.

3.11 Recomendações para cânceres de trato gastrointestinal alto

Os cânceres do trato gastrointestinal alto englobam um conjunto de cânceres que afetam o pâncreas, esôfago, estômago, fígado e vias biliares. As recomendações para os cânceres de esôfago e estômago serão apresentadas em conjunto devido às características semelhantes, enquanto os demais foram tratados separadamente.

O câncer gástrico é o quinto mais frequente no Brasil. Sua principal causa é a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*, causa necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento da doença. Já o câncer de pâncreas representa menos de 3% dos casos. Apesar da baixa incidência, apresenta alta taxa de mortalidade, pois em geral seu diagnóstico é tardio. O câncer de fígado também é pouco frequente, ocupando a 15ª posição em incidência no País. Os casos, em geral, estão associados à cirrose hepática por álcool, infecções pelos vírus das hepatites B e C e esteatohepatite não alcoólica (causada pela síndrome metabólica - obesidade abdominal, resistência à insulina, hipertensão arterial e dislipidemia) (1) .

3.11.1 Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de pâncreas (2–6)

O profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns:



- Dor abdominal (geralmente em faixa, podendo irradiar para as costas)
- Emagrecimento
- Icterícia indolor
- Esteatorréia
- Início abrupto de diabetes ou piora do controle do diabetes prévio
- Pancreatite aguda de causa não alcóolica ou por colecistite
- Trombose Venosa profunda em pernas sem outras causas

Resultados de exames para a alta suspeição (4,5):

- Aumento de bilirrubina direta, clinicamente acompanhada de icterícia progressiva, associada ou não a colúria e/ou acolia fecal
- Diabetes de início recente, ou piora do controle da glicemia basal em diabéticos
- Aumento agudo da amilase e da lipase séricas acompanhado de quadro clínico de pancreatite aguda na qual foram excluídas outras causas, como colelitíase ou abuso de álcool.
- Exame de fezes caracterizado por esteatorréia
- Exames de imagem de abdômen (ecografia, tomografia ou ressonância de abdômen) com lesão suspeita em pâncreas
- Elevação do marcador tumoral CA 19-9.
- US dopler de membros inferiores com sinais de trombose venosa profunda em pernas sem outras causas

Fatores de risco que exigem mais atenção da equipe: (3-6)

- História familiar de câncer de pâncreas
- História familiar de câncer de mama, ovário e próstata em pacientes com idade mais jovem (menos 60 anos)
- História familiar de câncer com diagnóstico de mutação germinativa BRCA 1 e BRCA2(7)
- Etilismo
- Tabagismo
- Diabetes de longa data
- Pancreatite crônica
- Obesidade

Ações mínimas que as equipes de APS devem fazer (4,5,8):

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais



- Solicitar exames
 - Hemograma completo
 - Análises bioquímicas: enzimas pancreáticas, função hepática e renal, glicemia, albumina, eletrólitos e proteína C reativa, e
 - Marcadores tumorais: CA 19-9
- Solicitar exames de imagem
 - TC de tórax e abdômen com contraste, a depender da realidade local em relação ao acesso a estes exames. Não há necessidade de solicitá-los caso o tempo de espera atrase o encaminhamento para o especialista. É possível também solicitar os exames ao mesmo tempo que encaminha.
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias, ideal em até 15 dias. Exceto pacientes com icterícia devem ser priorizados e encaminhados para o especialista em até no máximo 1 semana (4,8) .

Especialidades adequada para o encaminhamento (4):

- Cirurgia do aparelho digestivo
- Cirurgia oncológica
- Oncologia clínica (com resultado de biópsia confirmando câncer)
- Serviços de urgência e emergência a depender dos sinais e sintomas, neste caso o acesso deve ser imediato, por exemplo: paciente excessivamente sintomáticos, exe.: prurido e icterícia importante, com grandes aumentos das bilirrubinas no sangue

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas.
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: laudos de tomografias).
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas.
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS.



3.11.2 Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de Esôfago, Estômago e Transição Esofagogástrica

O profissional da APS deve suspeitar destes tipos de câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (9–13):

- Disfagia progressiva
- Dor epigástrica persistente (por mais de 15 dias)
- Sensação de saciedade precoce ou distensão abdominal
- Emagrecimento sem outras causas
- Anorexia
- Sangramento gastrointestinal (melena ou hematêmese)
- Dispepsia recorrente
- Náuseas/ sensação de empachamento
- Tosse crônica
- Em pessoas com mais de 55 anos com perda de peso e um dos seguintes sintomas: dor abdominal alta, refluxo ou dispepsia

Resultados de exames para a alta suspeição (3,9–11):

- Endoscopia digestiva alta com lesões descritas como suspeitas em região de esôfago, transição esofagogástrica ou estômago, (sinais de sangramento recente, sinais de linite plástica gástrica)
- Endoscopia com resultado da biópsia que confirmam o diagnóstico de câncer lesões
- Tomografia de tórax e abdômen com alteração em região de esôfago-estomago, associada ou não a linfonodomegalias ou doença metastática

Fatores de risco que exigem mais atenção da equipe (2,9–11):

- Infecção crônica por H.Pylori
- Dor epigástrica a mais de 15 dias que não melhora com tratamento clínico inicial
- Sexo masculino
- Tabagismo
- Etilismo
- Esôfago de Barret, ou metaplasia intestinal em biópsia de endoscopia
- Obesidade
- Doença do refluxo gastro-esofágico
- Consumo crônico de bebidas muito quentes (ex. chimarrão)
- Acalasia
- História familiar de câncer gástrico



- Alimentação com excesso de sal, nitrito, e carnes vermelhas
- Indivíduos com antecedentes africanos e/ou cor preta
- Anemia perniciosa
- Antecedente pessoal de gastrectomia parcial há mais de 20 anos
- Aumento da idade (> 55 anos)

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (9,10):

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sinais ou sintomas
- Solicitar exames
 - Hemograma completo
 - Análises bioquímicas: função hepática e renal, glicemia, albumina, perfil de ferro
 - Endoscopia Digestiva alta com biopsia, a depender do acesso a solicitação do exame por profissionais da APS. Locais onde o acesso não é possível ou o tempo de espera é muito longo, o encaminhamento deve ser feito sem o resultado deste exame. A solicitação do exame não deve atrasar o tempo de acesso ao especialista
 - Em casos de altíssima suspensão mesmo com resultados de biopsias negativas o paciente deve ser encaminhado para avaliação em serviço especializado(14)
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Tratar a disfagia e a desnutrição devem ser uma prioridade das equipes
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento:

- **Tempo:** o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias, ideal em até 15 dias (10)

Especialidade adequada para o encaminhamento (10):

- Oncologia clínica
- Cirurgia oncológica
- Cirurgia do aparelho digestivo

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data de início dos sintomas.
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados



disponíveis (ex.: laudos de tomografias).

- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas.
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS.

Atenção: diante da alta suspeição deste tipo de câncer, deve-se encaminhar para as linhas de cuidado organizadas, que incluem obrigatoriamente exames de imagem e biópsia, usando os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>).

3.11.3 Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer de Fígado e Vias biliares:

O profissional da APS deve suspeitar destes cânceres na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (12,15–18)

- Icterícia
- Ascite
- Sinais de hipertensão portal
- Emagrecimento sem outras causas
- Anorexia
- Dor abdominal a direita
- Esplenomegalia
- Sangramento
- Sintomas constitucionais (suor noturno, anorexia)

Resultados de exames para a alta suspeição (12,15,17,18)

- Exames de imagem com nódulo hepático em pacientes com alto risco para carcinoma-hepatocelular (etilismo, cirrose, infecção crônica por HBV ou HCV)
- Testes de função hepática: elevações nas enzimas hepáticas (ALT, AST, ALP) e bilirrubina podem indicar disfunção hepática ou obstrução biliar
- Alterações de marcadores tumorais como alfa-fetoproteína e CA 19-9
- Exames que demonstram sinais de cirrose ou esteatose hepática não alcoólica grave (NASH) (19)

Fatores de risco que exigem maior atenção da equipe (12,15–18)

- Sexo masculino
- Etilismo
- Cirrose alcoólica
- Esteato-hepatite não alcoólica (NASH)



- Obesidade
- Diabetes
- Infecção crônica por HBV e HCV
- Hemocromatose hereditária
- Colangite esclerosante primária (para colângiocarcinoma)

Ações mínimas que as equipe de APS devem fazer (12,15,16,18)

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais
- Solicitar exames:
 - Hemograma completo
 - Análises bioquímicas: função hepática e renal, eletrólitos, glicemia, albumina, alfa-fetoproteína (AFP - para hepatocarcinoma) e CA19-9 (para colângiocarcinoma e vias biliares), coagulograma, albumina
 - Sorologia para HBV e HCV
- Solicitar exames de imagem:
 - Ultrassonografia abdominal: pode detectar lesões hepáticas ou dilatação das vias biliares
 - Tomografia Computadorizada de abdômen com contraste, a depender da realidade de acesso ao exame em cada município e do quanto a espera destes exames vai atrasar o acesso ao especialista
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Se couber, realizar abordagem do consumo de álcool
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento:

- **Tempo:** o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias, ideal em até 15 dias (18) .
- **Especialidade adequada para o encaminhamento:**
 - Oncologia clínica ou
 - Cirurgia oncológico ou cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas



atuais, data do início dos sintomas

- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: laudos de tomografias)
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS

Referências:

1. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1o de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Healthier Scotland - Scottish Government; 2019. Disponível em: <https://www.cancerreferral.scot.nhs.uk/Home>
3. Yamaguchi K, Okusaka T, Nakamura M, Yoshida M, Kitano M, Ito Y, et al. Clinical Practice Guidelines for Pancreatic Cancer 2016 from the Japan Pancreas Society: a synopsis. *Int J Clin Oncol.* 2017;46(5):595–604.
4. Optimal care pathway for people with pancreatic cancer.pdf.
5. Conroy T, Pfeiffer P, Vilgrain V, Lamarca A, Seufferlein T, O'Reilly EM, et al. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* novembro de 2023;34(11):987–1002.
6. Gómez-España MA, Montes AF, Garcia-Carbonero R, Mercadé TM, Maurel J, Martín AM, et al. SEOM clinical guidelines for pancreatic and biliary tract cancer (2020). *Clin Transl Oncol.* março de 2021;23(5):988–1000.
7. Rosen MN, Goodwin RA, Vickers MM. BRCA mutated pancreatic cancer: A change is coming. *WJG.* 7 de maio de 2021;27(17):1943–58.
8. NICE. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. NICE; 2023 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
9. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* outubro de 2022;33(10):1005–20.
10. Optimal care pathway for people with oesophagogastric cancer.pdf.
11. Guia Clínica AUGÉ Câncer Gástrico.pdf.
12. Scottish Government. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Scottish Government; 2019 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>
13. NICE. Suspected cancer: recognition and referral. 1o de maio de 2025; Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>



14. Barchi LC, Ramos MFKP, Yagi OK, Mucerino DR, Bresciani CJC, Ribeiro Júnior U, et al. BRAZILIAN GASTRIC CANCER ASSOCIATION GUIDELINES (PART 1): AN UPDATE ON DIAGNOSIS, STAGING, ENDOSCOPIC TREATMENT AND FOLLOW-UP. ABCD, arq bras cir dig. 2020;33(3):e1535.
15. Chagas AL, Mattos AAD, Carrilho FJ, Bittencourt PL, Vezozzo DCP, Horvat N, et al. Brazilian society of hepatology updated recommendations for diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma. Arq Gastroenterol. 2020;57(suppl 1):1-20.
16. Vogel A, Cervantes A, Chau I, Daniele B, Llovet JM, Meyer T, et al. Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. outubro de 2018;29:iv238-55.
17. Alvaro D, Hassan C, Cardinale V, Carpino G, Fabris L, Gringeri E, et al. Italian Clinical Practice Guidelines on Cholangiocarcinoma – Part I: Classification, diagnosis and staging. Digestive and Liver Disease. novembro de 2020;52(11):1282-93.
18. Optimal care pathway for people with hepatocellular carcinoma.pdf.
19. Wong VWS, Ekstedt M, Wong GLH, Hagström H. Changing epidemiology, global trends and implications for outcomes of NAFLD. Journal of Hepatology. setembro de 2023;79(3):842-52.

3.12 Recomendação para Tumores do Trato Gastrointestinal (TGI) baixo (câncer de cólon, reto e canal anal)

O câncer do cólon e reto é o terceiro câncer mais incidente no Brasil. As maiores taxas são observadas nas Regiões Sudeste e Centro-oeste (1). Ele é mais frequente em pessoas de mais de 50 anos, embora também esteja sendo observado um aumento de casos em pessoas mais jovens. As taxas de incidência e mortalidade vêm aumentando ao longo dos últimos anos no País (2).

Quadro clínico típico para a alta suspeição de câncer TGI baixo (cólon, reto e canal anal)

Em geral, os tumores dessa região costumam causar sintomas apenas quando estão mais avançados e os sintomas podem ser pouco específicos. O profissional da APS deve suspeitar de câncer de TGI baixo na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são comuns a todos (3-10):

Dor abdominal generalizada ou localizada;

- Alteração do hábito intestinal (muitas vezes alternando entre diarreia e constipação)
- Perda de peso sem outra causa
- Hematoquezia
- Anemia ferropriva
- Sub-occlusão intestinal

Sintomas específicos do câncer de reto (3-9):

- Dor em região do reto (normalmente neuropática)



- Tenesmo
- Sangramento retal
- Hematoquezia
- Massa em região retal

Sintomas mais específicos do câncer de canal anal (11):

- Dor em região anal
- Sangramento anal
- Úlcera local que não cicatriza
- Prurido local
- Massa tumoral em região anal
- Incontinência fecal
- Fístula
- História de hemorroida que não cicatriza e sangra

Resultados de exames para a alta suspeição (3–6,8,12)

- Exame/pesquisa de sangue oculto (Teste de sangue oculto nas fezes - guaiaco ou FIT)*: positivo associado ou não a sintomas devem levar a alta suspeição e encaminhamento para a colonoscopia
 - Atenção! Exame de sangue oculto negativo não afasta o diagnóstico se há alta suspeição clínica
- Colonoscopia descrevendo pólipos suspeitos ou massa com aspecto de neoplasia em qualquer parte do reto ou intestino, ou estreitamento do cólon por lesão suspeita ou impossibilidade de passar o colonoscópio por compressão tumoral
- Tomografia de tórax: nódulo pulmonar suspeito associado a sintomas gastrointestinais
- Tomografia de abdômen: massa suspeita em cólon, aumento de linfonodos locais, lesões em fígado suspeitas para metástases
- Os exames de sangue podem estar alterados, sendo as alterações mais frequentes: hemograma com sinais de anemia ferropriva, alteração da função hepática (especialmente na presença de metástases em fígado de grande volume) e aumento do marcador tumoral: CEA. Entretanto, nem sempre há alteração laboratorial
- Anemia ferropriva sem outras causas

* Se estiver disponível no município, dar preferência ao teste FIT.



Fatores de risco que devem ampliar a atenção da equipe

Geral (10):

- Alimentação rica em alimentos ultraprocessados
- Alimentação com excesso de carne vermelha e embutidos
- Obesidade e sobrepeso
- Sedentarismo
- Consumo de álcool e tabaco
- Constipação Crônica

Câncer de cólon e reto (4,5,10):

- Doença inflamatória intestinal (Retocolite ulcerativa, Crohn)
- História familiar positiva para câncer de intestino ou adenomas ou história familiar de outras síndromes hereditárias (ex. Síndrome de Lynch)
- História prévia de câncer de intestino ou de pólipos intestinais ou doença inflamatória intestinal prévia

Apesar do câncer de cólon e reto ser mais comum após os 50 anos, é importante o profissional estar atento para um aumento expressivo do número de casos dessa neoplasia em pacientes com menos de 45 anos.

Câncer de canal anal (11):

- História prévia de HPV
- HIV positivo
- Homens que tem relações sexuais com outros homens
- Homens que praticam sexo inseguro e sem histórico de vacinação previa contra HPV

Ações mínimas que as equipes de APS devem fazer (5,11,13)

1. Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais.

- Nos casos de suspeita de câncer de canal anal deve-se incluir a anoscopia
- Em mulheres o exame ginecológico deve ser realizado, pois também apoia no diagnóstico diferencial de câncer do colo do útero ou vulva

2. Solicitar exames, incluindo:

- Hemograma completo
- Análises bioquímicas: função hepática, renal, CEA (Antígeno Carcinoembrionário), perfil de ferro se anemia



- Atenção: no caso de canal anal na maioria dos casos o CEA não se eleva
- Nos casos de suspeita de câncer de canal anal deve-se solicitar sorologia para HIV
- Pesquisa de sangue oculto e/ou solicitar colonoscopia
 - Em casos de muito alta suspeição com presença de hematoquezia, emagrecimento, dor abdominal ou retal, anemia ferropriva, alteração do hábito intestinal, deve-se priorizar o exame de colonoscopia, para não haver atrasos no diagnóstico. Se o município não tiver colonoscópios é aceitável que seja solicitado exame de sangue oculto nas fezes (5)
 - Diante de casos em que a suspeita diagnóstica não é tão forte, pode-se fazer pesquisa de sangue oculto nas fezes, como primeiro exame de investigação. Caso seja positiva, uma colonoscopia ou retossigmoidoscopia (em caso de tumores de cólon baixo ou de reto) deve ser realizada o quanto antes
- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado

Encaminhamento

Tempo: o acesso ao especialista deve ser de no máximo 30 dias, ideal em até 15 dias (13).

Especialidades adequada para o encaminhamento:

- Oncologia clínica
- Cirurgia oncológica, cirurgia geral ou do aparelho digestivo ou coloproctologia
- Serviços de urgência e emergência a depender dos sinais e sintomas (imediate)

Itens essenciais do encaminhamento:

- **Identificação do paciente:** nome completo e idade (data de nascimento).
- **História clínica:** antecedentes pessoais e familiares, itens psicossociais, sinais e sintomas atuais, data do início dos sintomas.
- **Exames e avaliação:** descrição do exame físico, exames solicitados e dos resultados disponíveis (ex.: laudos de tomografias).
- **Tratamentos:** medicamentos em uso e terapias já realizadas.
- **Contatos:** informações de contato do paciente e da equipe de APS.

Atenção: diante da alta suspeição deste tipo de câncer, deve-se encaminhar para as linhas de cuidado organizadas, que incluem obrigatoriamente exames de imagem e biópsia, usando os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>).



Referências:

1. INCA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional De Câncer (INCA); 2022 [citado 1o de março de 2025]. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Instituto Nacional de Câncer. Atlas da mortalidade [Internet]. Instituto Nacional De Câncer; 2022 [citado 5 de novembro de 2024]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>
3. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud Instituto Nacional de Cancerología. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto [Internet]. 2017; Disponível em: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/gpc-para-deteccion-temprana-diagnostico-2>
4. Argilés G, Tabernero J, Labianca R, Hochhauser D, Salazar R, Iveson T, et al. Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. outubro de 2020;31(10):1291–305.
5. Cavestro GM, Mannucci A, Balaguer F, Hampel H, Kupfer SS, Repici A, et al. Delphi Initiative for Early-Onset Colorectal Cancer (DIRECT) International Management Guidelines. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. março de 2023;21(3):581-603.e33.
6. Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, Bellas-Beceiro B, Clofent-Vilaplana J, et al. Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)*. novembro de 2018;41(9):585–96.
7. Guia Clínica Câncer Colorrectal.pdf.
8. NICE. Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. NICE; 2023 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
9. Scottish Government. Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer [Internet]. Scottish Government; 2019 [citado 7 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-referral-guidelines-for-suspected-cancer/>
10. Silva IN de CJAG da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA; 2021.
11. Rao S, Guren MG, Khan K, Brown G, Renehan AG, Steigen SE, et al. Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. setembro de 2021;32(9):1087–100.
12. Peeters M, Leroy R, Robays J, Veereman G, Bielen B, Ceelen W, et al. Colon Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-Up. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 17 de janeiro de 2014;
13. Optimal care pathway for people with colorectal cancer.pdf.



3.13 Sobre os tumores neuroendócrinos

Os tumores neuroendócrinos (TNEs) são neoplasias raras e de difícil diagnóstico inicial. TNEs são um grupo diverso de neoplasias que podem surgir de vários locais do sistema endócrino, incluindo todo o trato gastrointestinal, pulmões, pâncreas e outros órgãos como as glândulas paratireoides, tireóide, adrenais e hipófise. Por esse motivo, este é o único capítulo que não seguiu o padrão dos demais (1).

A apresentação clínica dos TNEs é altamente variável e depende da localização, tamanho do tumor, do volume de doença, do grau histológico (G1 e G2 bem diferenciados, usualmente com apresentação mais indolente e G3 pouco diferenciado, normalmente mais agressivo) e se ele é funcional (secretor de hormônios) ou não funcional (1).

São geralmente diagnosticados na 5ª década de vida em diante e 5% desses tumores têm componente hereditário (2). Nos casos de síndromes hereditárias podem acometer pacientes muito jovens (na faixa de 20 anos).

Os TNEs funcionais podem causar sintomas devido à hipersecreção hormonal. Por exemplo, TNEs gastrointestinais podem levar à síndrome carcinoide, caracterizada por rubor intermitente (flushing), diarreia – mesmo na ausência de alimentação –, dor abdominal, dispneia e broncoespasmo. TNEs pancreáticos podem secretar vários hormônios, levando a síndromes específicas: insulinomas causam hipoglicemia, gastrinomas resultam em úlceras pépticas recorrentes, glucagonomas estão associados ao diabetes mellitus e eritema necrolítico migratório, e VIPomas (tumores secretantes de peptídeo vasoativo intestinal) causam diarreia aquosa, hipocalemia e acloridria (síndrome DAHA), feocromocitomas, um tipo de TNE adrenal, podem causar hipertensão, palpitações, dor de cabeça e sudorese devido ao excesso de catecolaminas (1,3).

Os TNEs não funcionais, que não secretam hormônios, podem apresentar sintomas relacionados aos efeitos do tumor em massa, como dor abdominal, obstrução intestinal ou achados incidentais em exames de imagem. O diagnóstico de TNEs muitas vezes envolve marcadores bioquímicos de acordo com o sítio de origem, que apoiam o diagnóstico, mas não são condições obrigatórias. Por exemplo:

- A **Cromogranina A**, dosada no sangue, costuma se elevar em casos mais avançados e deve ser solicitada somente pelo profissional especialista devido questões relacionadas à dificuldade de acesso e alto custo(4).
- O **ácido 5 H-IAA**, na urina de 24h, deve ser solicitada mediante a suspeita de síndrome carcinoide pois em tumores de origem pancreática ou e nos não funcionais não se eleva(4).

O diagnóstico também envolve exames de imagem como tomografia computadorizada (CT), ressonância magnética (MRI), assim como colonoscopia e endoscopia nos casos de sítio primário de estômago ou cólon e imagem funcional baseada em receptores de somatostatina, como PET-DOTA (padrão ouro) e Octreoscam (1,3). Todos exames de difícil acesso para a APS e nestes casos do escopo do especialista focal.

De modo geral, os sinais e sintomas dos TNEs são diversos e podem variar de achados incidentais assintomáticos a apresentações sindrômicas complexas, até casos com apresentação de doença agressiva e rapidamente progressiva. Devido a sua complexidade e diversidade, devem

ser manejados conforme o sítio primário de suspeição de acometimento da doença, consulte os capítulos específicos para apoiar na tomada de decisão quando há alta suspeição de tumor neuroendócrino.

Há um aumento crescente de achados endoscópicos de tumores neuroendócrinos iniciais, devido ao aumento do acesso a exames endoscópicos. Estes casos de tumores pequenos (menores de 2cm) e sem sintomas podem ser acompanhados por endoscopia seriadas. O médico de família e comunidade pode fazer este acompanhamento se tiver segurança e acesso ao exame na periodicidade necessária, caso contrário o acompanhamento deve ser feito por especialistas (gastroenterologistas ou coloproctologistas), sendo que os de origem retal merecem mais atenção devido maior risco de acometimento nodal (5).

Referências:

1. Cancer Council Victoria, Commonwealth Government. Optimal care pathway for people with neuroendocrine tumours [Internet]. 2022 [citado 15 de novembro de 2024]. Disponível em: https://www.cancer.org.au/assets/pdf/neuroendocrine-tumours-1st-edition#_ga=2.113677710.865814084.1675718767-1655019466.1675122285
2. Casali PG, Blay JY, Abecassis N, Bajpai J, Bauer S, Biagini R, et al. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO–EURACAN–GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. janeiro de 2022;33(1):20–33.
3. González-Flores E, Serrano R, Sevilla I, Viúdez A, Barriuso J, Benavent M, et al. SEOM clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic and bronchial neuroendocrine neoplasms (NENs) (2018). *Clinical & Translational Oncology*. 7 de dezembro de 2018;21(1):55.
4. Riechelmann RP, Weschenfelder RF, Costa FP, Chaves Andrade A, Bersch Osvald A, Quidute ARP, et al. Guidelines for the management of neuroendocrine tumours by the Brazilian gastrointestinal tumour group. *ecancer* [Internet]. 26 de janeiro de 2017 [citado 7 de junho de 2025];11. Disponível em: <http://www.ecancer.org/journal/11/full/716-guidelines-for-the-management-of-neuroendocrine-tumours-by-the-brazilian-gastrointestinal-tumour-group.php>
5. Attili F, Capurso G, Vanella G, Fuccio L, Fave GD, Costamagna G, et al. Diagnostic and therapeutic role of endoscopy in gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms. *Digestive and Liver Disease*. janeiro de 2014;46(1):9–17.



APÊNDICES

VERSÃO PRELIMINAR



Apêndice A - Metodologia

Este Manual de Alta Suspeição Diagnóstica na Oncologia foi construído por uma metodologia que pode ser dividida em quatro grandes etapas. A primeira etapa foi a busca e a triagem dos documentos nas bases de dados e na literatura cinzenta; a segunda etapa foi a análise em relação a qualidade e pertinência dos documentos; a terceira etapa foi a síntese das evidências incluídas; e a quarta e última etapa, foi a validação do manual.

Primeira etapa

Esta etapa teve como foco a busca de documentos do tipo protocolos (guidelines) que tinham como tema a alta suspeição de câncer, excluindo-se documentos cujo foco era apenas o rastreamento, assim como, publicações de dados primários. Para isso foram realizadas buscas em dois tipos diferentes de fontes, uma em bases de dados científicas da área da saúde e a outra em documentos na literatura cinzenta. Além destas buscas, o grupo pesquisou por documentos oficiais de secretarias Municipais, Estaduais e do Ministério da saúde do Brasil que tratavam do tema.

Buscas nas bases de dados

A busca nas bases de dados, usou como pergunta de pesquisa: "Quais são os sinais e sintomas de alta suspeição para o diagnóstico de câncer?", e usou o acrônimo PCC, P (população): população mundial, C (conceito): sinais e sintomas de alta suspeição diagnóstica e C (contexto): câncer.

A partir destas definições, realizou-se, em 6 de dezembro de 2023, a revisão de literatura nas bases de dados PUBMED, SCOPUS, EMBASE e LILACS correlacionando termos de busca para o acrônimo PCC, com o objetivo de encontrar evidências científicas para responder à pergunta de pesquisa proposta.

Para a identificação dos termos de busca foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), MeSH (Medical Subject Headings) e Emtree (Embase Subject Headings). Foram aplicados filtros de data (2013-2023) e de tipo de estudo (guidelines). Não foi aplicado filtro de idioma. O processo de elaboração das estratégias de busca atendeu às recomendações do Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS). A seguir, as estratégias de busca em cada base de dados.



	ESTRATÉGIAS DE BUSCA	N
PUBMED	(Signs and Symptoms[mj] OR Sign[tiab] OR Signs[tiab] OR Symptom*[tiab] OR Suspicion[ti] OR Predict*[ti] OR Suggest*[ti] OR Criteria[ti]) AND (Diagnosis[mj] OR Diagnos*[ti] OR Recognition[ti] OR Identification*[ti] OR Knowledge[ti] OR Awareness[ti]) AND (Neoplasms[mj] OR Carcinoma[mj] OR Adenocarcinoma[mj] OR Sarcoma[mj] OR Multiple Myeloma[mj] OR Lymphoma[mj] OR Neoplas*[ti] OR Cancer*[ti] OR Tumor*[ti] OR Tumour*[ti] OR Carcinoma*[ti] OR Adenocarcinoma*[ti] OR Sarcoma[ti] OR Malignan*[ti] OR Melanoma*[ti] OR Myeloma*[ti] OR Lymphoma*[ti]) AND (Guideline[pt] OR Clinical protocols[mj] OR Consensus[mj] OR Guidelines as Topic[mj] OR Practice Guidelines as Topic[mj] OR Health Planning Guidelines[mj] OR Clinical Decision Rules[mj] OR Manuals as Topic[mj] OR Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guideline*[ti] OR Guide[ti] OR Guides[ti] OR Guidance*[ti] OR Protocol*[ti] OR Manual*[ti] OR Recommendation*[ti]) NOT (Systematic[ti] OR Random*[ti] OR Trial[ti] OR Trials[ti] OR Case Report[ti] OR Ultrasound[ti] OR Ultrason*[ti] OR Chemotherap*[ti] OR Radio*[ti] OR Biops*[ti] OR Toxicity[ti] OR Molecular*[ti]) AND ("2013/12/06"[PDAT] : "2023/12/06"[PDAT])	653
SCOPUS	TITLE-ABS("Signs and Symptoms" OR Sign OR Signs OR Symptom* OR Suspicion OR Predict* OR Suggest* OR Criteria) AND TITLE(Diagnosis OR Diagnos* OR Recognition OR Identification* OR Awareness) AND TITLE(Neoplas* OR Cancer* OR Tumor* OR Tumour* OR Carcinoma* OR Adenocarcinoma* OR Sarcoma OR Malignan* OR Melanoma* OR Myeloma* OR Lymphoma*) AND TITLE(Consensus OR "Clinical Decision Rules" OR Guideline* OR Guide OR Guides OR Guidance* OR Protocol* OR Manual* OR Recommendation*) AND NOT TITLE(Systematic OR Random* OR Trial OR Trials OR "Case Report" OR Ultrasound OR Ultrason* OR Chemotherap* OR Radio* OR Biops* OR Toxicity OR Treatment OR Molecular) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE,"re") OR LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar")) AND (LIMIT-TO(PUBYEAR,2013) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2017) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2018) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2019) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2020) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2021) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2022) OR LIMIT-TO(PUBYEAR,2023))	351
EMBASE	('signs and symptoms':ti OR sign:ti OR signs:ti OR 'symptom'/exp OR 'symptom':ti OR 'suspicion':ti OR 'predict':ti OR 'suggest':ti OR 'criteria':ti) AND ('diagnosis'/exp OR 'diagnos':ti OR 'recognition'/exp OR 'recognition':ti OR 'identification':ti OR 'awareness':ti) AND ('neoplasm'/exp OR 'neoplas':ti OR 'tumor':ti OR 'tumour':ti OR 'malignant neoplasm'/exp OR 'cancer':ti OR 'oncologic malignancy':ti OR 'carcinoma'/exp OR 'carcinoma':ti OR 'adenocarcinoma'/exp OR 'adenocarcinoma':ti OR 'sarcoma'/exp OR 'sarcoma':ti OR 'melanoma':ti OR 'myeloma':ti OR 'lymphoma':ti) AND ('clinical protocol'/mj OR 'protocol':ti OR 'consensus'/mj OR 'consensus':ti OR 'practice guideline'/mj OR 'guideline':ti OR 'clinical decision rule'/mj OR 'clinical decision rule':ti OR 'manual':ti OR 'guide':ti OR 'guides':ti OR 'guidance':ti OR 'recommendation':ti) NOT ('systematic review':ti OR 'random':ti OR 'trial':ti OR 'trials':ti OR 'case report':ti OR 'chemotherap':ti OR 'ultrasound':ti OR 'ultrason':ti OR 'biopsy':ti OR 'radio':ti OR 'toxicit':ti) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND [06-12-2013]/sd NOT [06-12-2023]/sd AND ('article'/it OR 'review'/it)	153
LILACS	("Signs and Symptoms" OR Sign OR Signs OR Symptom* OR Suspicion OR Predict* OR Suggest* OR Criteria OR Sinal OR Sinais OR Sintoma* OR Suspeição OR Suspeições OR Preditivo* OR Preditor* OR Señal OR Signos OR Sospecha*) AND (Diagnosis OR Diagnos* OR Recognition OR Awareness OR Identification* OR Reconhecimento OR Identificação OR Reconocimiento OR Identificación) AND (Neoplas* OR Cancer* OR Tumor* OR Tumour* OR Carcinoma* OR Adenocarcinoma* OR Sarcoma OR Malignan* OR Melanoma*) AND (ti:(("Clinical protocols" OR Consensus OR "Guidelines as Topic" OR "Practice Guidelines as Topic" OR "Health Planning Guidelines" OR "Clinical Decision Rules" OR "Manuals as Topic" OR "Practice Guideline" OR Guideline* OR Guide OR Guides OR Guidance* OR Protocol* OR Manual* OR Recommendation* OR Diretriz* OR Recomenda* OR Guia OR Guias)) AND NOT (ti:(Review OR Random* OR Trial OR Trials OR "Case Report" OR Ultrasound OR Ultrason* OR Chemotherap* OR Biops* OR Radio* OR Toxicity OR Quimioterapia* OR Biopsia* OR Toxicidade)) AND (db:(LILACS)) AND (year_cluster:[2013 TO 2023])	175

Fonte: Autores, 2023.



Após a realização das buscas nas bases de dados, 1332 registros foram identificados e exportados para o gerenciador de referências EndNote Web. Foram removidas 272 duplicatas, totalizando 1060 registros.

Para as etapas seguintes, de triagem e elegibilidade, definiu-se como critérios de inclusão:

- Em relação ao tema, os artigos deveriam tratar:
 - de diagnóstico precoce ou de diagnóstico de câncer
 - de sinais e sintomas de alta suspeição de câncer
 - da organização de serviços para o diagnóstico precoce do câncer
 - de critérios para encaminhamento ou referenciamento de pessoas para investigação de câncer
 - de resultados de exames que indicam necessidade de investigação diagnóstica para câncer
- Quanto à metodologia, o documento deveria ser um guideline, protocolo clínico, protocolo de encaminhamento ou artigo de consenso de especialistas e de sociedades científicas
- Língua da publicação: inglês, espanhol e português
- População adulta (> 18 anos)

E como critérios de exclusão:

- Artigos que tratam exclusivamente de rastreamento
- Artigos que não abordam o câncer
- Artigos que tratam exclusivamente de tratamento
- Artigos publicados há mais de 10 anos (antes de 2013)
- Revisões sistemáticas ou de escopo
- Artigos de dados primários como ensaios clínicos, estudos transversais, estudos de coorte e estudos de caso-controle
- Artigos com foco na população pediátrica

A etapa de triagem foi feita em duplas, cada membro da dupla leu, de forma independente, apenas o título e o resumo (abstract) dos artigos. Os títulos e resumos foram classificados como “excluídos” ou “selecionados para avaliação completa”. Quando houve dissenso entre a dupla, um terceiro membro do grupo foi convocado para avaliar o título e o resumo e dar o voto final.

Todos os artigos classificados como “selecionados para avaliação completa” tiveram o texto recuperado na íntegra, exceto sete artigos que o grupo não conseguiu acesso.

Após essa fase de triagem, deu-se início a etapa de elegibilidade. Essa etapa também foi realizada em duplas de forma independente. Cada componente da dupla leu o documento na íntegra, usando os critérios de inclusão e exclusão descritos acima, para definir quais documentos seriam incluídos como evidência para construção deste manual. Nessa etapa, também, caso houvesse dissenso entre as duplas, um terceiro membro da equipe seria



convocado para arbitrar a decisão final. Essas duas etapas utilizaram o software Rayyan, um aplicativo gratuito da Web desenvolvido pelo QCRI (Qatar Computing Research Institute).

Busca na literatura cinzenta

A busca nessa literatura foi realizada em sites estratégicos definidos pelo grupo de trabalho e no Google Acadêmico.

Inicialmente, o grupo elencou sites estratégicos que incluíram páginas: governamentais, de instituições científicas e de organizações sociais que tratam do tema câncer e que têm relevância internacional (veja a lista no Quadro 1 abaixo). Nesses sites, foram realizadas buscas manuais aba a aba ou nos sistemas de busca disponíveis. Os termos usados para busca nos sites foram: "guideline" e "câncer" em diferentes línguas (português, inglês e espanhol).

- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)
- American Society of Clinical Oncology (ASCO)
- Base Internacional de Guías GRADE (BIGG)
- Center for disease control and prevention (CDC)
- European Society for Medical Oncology (ESMO)
- Health Canada - Government of Canada
- International Agency for Research on Cancer (IARC)
- Ministerio de Sanidad España
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- National Institutes of Health (NIH)
- Sociedade Brasileira de oncologia clínica (SBOC)
- The Department of Health and Aged Care - Australian Government
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE - NHS)

Quadro 1: Lista das instituições cujos sites foram incluídos para busca da literatura cinzenta (autoria própria).

A partir da busca no site BIGG foram localizados vários guidelines da Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Com a finalidade de ampliar a busca de guidelines, foi realizada uma busca dentro do site da SEOM e foram localizados mais 26 guidelines sobre o tema. O mesmo ocorreu com os guidelines da ESMO. A partir da busca na literatura científica foram localizados sete guidelines e após a busca no próprio site da ESMO foram encontrados mais 32 guidelines. Essa estratégia é conhecida como snowballing.

A busca no Google Acadêmico foi realizada por meio de uma chave de busca simples, que correlacionava os seguintes termos: guideline, câncer, nome da instituição ou país (ex: Cancer Guideline Canada, guia câncer Ministerio de la Salud Colombia). Todos os registros identificados



foram ordenados por relevância e apenas os 200 primeiros foram avaliados pelo grupo.

A busca na literatura cinzenta aconteceu entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, e resultou em 205 documentos selecionados. Todos estes 205 documentos passaram por uma etapa de seleção, através de leitura completa dos documentos e avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, os mesmos utilizados para a busca nas bases de dados. Essa etapa excluiu 90 documentos, restando ao final 115 documentos.

Documentos de entes federados do Brasil

A última etapa da busca foi a pesquisa por documentos oficiais de secretarias municipais, estaduais e do Ministério da Saúde que tratavam da alta suspeição e do diagnóstico do câncer. Esta foi uma busca mais simples, realizada pela equipe da Coordenação Geral da Política Nacional de Oncologia, e foram elencados 10 documentos sobre o tema, considerando também os critérios usados nas buscas anteriores.

Ao final desta primeira etapa, o grupo de trabalho tinha 214 documentos elencados, considerando-se 89 documentos da busca em bases de dados, 115 documentos da busca em sites e no Google acadêmico, e 10 documentos de entes federados. Destes 214, nove documentos eram repetidos, pois haviam sido listados por duas ou mais fontes de busca, portanto o número total de documentos incluídos após a primeira etapa de busca foi de 205.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da busca nas bases de dados:



Fonte: Prisma, c2023

Figura 1: Fluxograma com dados sobre inclusão e exclusão de publicações (autoria própria).



A segunda etapa

Esta etapa teve como foco a análise qualitativa e pertinência de todos os 205 documentos incluídos na revisão. Para isso, o grupo utilizou o instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), que foi desenvolvida para abordar a variabilidade na qualidade das diretrizes, e tem como objetivo apoiar a análise de diretrizes clínicas.

O instrumento completo é composto por 23 itens de avaliação, organizados em 6 domínios e mais 2 itens de avaliação global do documento. Cada item de avaliação deve ser avaliado pelos revisores por meio de uma escala de 7 pontos (discordo totalmente até concordo totalmente). Para cada um dos seis domínios do AGREE II se calcula uma pontuação de qualidade. As pontuações dos seis domínios são independentes e não devem ser agregadas em uma única pontuação de qualidade. O consórcio que propôs o instrumento não definiu pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade. E orientam que estas decisões deverão ser tomadas pelo usuário de acordo com o contexto no qual o AGREE II está sendo utilizado.

Considerando o tempo, a quantidade de documentos e o número de pessoas envolvidas no trabalho, optou-se por trabalhar apenas com os domínios 3, que trata do rigor metodológico, e 6, que trata da independência editorial. O quadro 2 abaixo descreve cada item avaliado nestes dois domínios. Além disso, o grupo coordenador do trabalho definiu pontos de corte para o domínio 3. Documentos com pontuação menor que 50 foram considerados com metodologia inadequada, entre 50-70 metodologia intermediária e maior que 70 pontos metodologia adequada.

VERSÃO PRELIMINAR



Quadro 2 – Lista dos itens dos domínios 3 e 6 do Agree II

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

- Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
- Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.
- Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
- Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
- Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.
- Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
- Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
- A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação
- Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

- O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.
- Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

Fonte: autoria própria.

Nesta etapa, a avaliação da qualidade também foi realizada em duplas. Cada dupla ficou responsável por duas ou três áreas da oncologia. Cada componente da dupla deu uma nota, de forma individual e independente, para cada pergunta/item das duas dimensões. E caso houvesse uma diferença de 2 ou mais pontos em cada um dos itens, houve reuniões para busca de consenso e se fosse necessário a coordenadora do trabalho era responsável pelo voto de minerva em relação às notas. Após o consenso de todas as duplas, a coordenadora do grupo fez o cálculo do escore de cada dimensão de todos os documentos avaliados.

Para decisão de incluir ou não o documento como referência para a escrita da síntese de recomendação o grupo usou os seguintes critérios de inclusão:

- Ter escore da dimensão 3 \geq 50 e
- Ter como foco a alta suspeição e
- Ter como público-alvo profissionais da Atenção Primária à Saúde

A dimensão 6, que trata do nível de independência editorial não foi um critério de inclusão ou exclusão, mas foi considerada como um nível de credibilidade no momento da síntese das



recomendações, principalmente quando havia algum grau de controvérsia nos documentos de referências para cada tipo de câncer.

Houve necessidade de abrir exceções dos critérios de inclusão para três conjuntos de documentos, pois eram documentos extremamente pertinentes aos objetivos do trabalho, porém não tinham metodologias claramente descritas. O grupo de trabalho tentou entrar em contato com os responsáveis pelos documentos para ter mais detalhes da metodologia, porém não houve sucesso. Os documentos nesta situação eram:

- Da Sociedade Europeia de Oncologia (ESMO - European Society for Medical Oncology)
- Do Governo Australiano (Optimal care pathway)
- Do Telessaúde RS-UFRGS, núcleo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Além destas exceções, também houve mais 15 exceções, ou seja, 15 documentos incluídos para a fase de síntese das recomendações que não cumpriam o critério de qualidade metodológica, mas eram extremamente adequados para o contexto da Atenção Primária à Saúde brasileira ou eram documentos focados em áreas que tinham pouquíssimas publicações incluídas para a síntese e o grupo avaliou que seria adequado a inclusão apesar da baixa qualidade metodológica, partindo do princípio que a recomendação precisa ser feita com as evidências possíveis, desde que os critérios de escolha estejam claros, acessíveis e transparentes. O Anexo C que está no anexo 2 desta publicação lista todos os 205 documentos analisados, seus respectivos escores nas dimensões 3 e 6, os demais critérios de análise, a decisão final e as observações.

Ao final da segunda etapa dos 205 documentos analisados foram incluídos para a etapa de síntese das evidências 109 documentos. A tabela 1 descreve a quantidade de documentos por áreas da oncologia ou por tipo de câncer.



Tabela 1 – Quantidade de documentos utilizados na síntese por localização anatômica do câncer.

Tipos de câncer	Quantidade de documentos incluídos para etapa de síntese
Cabeça e pescoço	7
Geral	4
Ginecológico	8
Hematológico	7
Mama	15
Nefro-urológico	3
Neuroendócrino	3
Ósseo-Muscular	6
Pele	6
Próstata	9
Pulmão e tórax	9
Sítio inespecífico	1
SNC (Sistema Nervoso Central)	1
Trato gastrointestinal alto	20
Trato gastrointestinal baixo	10
Total	109

Fonte: autoria própria.

A terceira etapa

Esta etapa também foi feita por duplas, cada dupla foi distribuída de acordo com os capítulos da segunda parte do manual de alta suspeição diagnóstica na oncologia. Seguida de nova leitura dos documentos incluídos para escrita da síntese de recomendações em relação a alta suspeição. Cada recomendação deveria conter:

- Um parágrafo simples de introdução
- Lista dos sinais e sintomas mais comuns
- Lista das alterações de exames complementares que devem levar a alta suspeição
- Lista dos fatores de risco que exigem mais atenção das equipes
- Quais as ações esperadas das equipes de atenção primária à saúde
- Como deve ser feito o encaminhamento (itens essenciais)
- Qual o tempo mais oportuno para o acesso ao especialista focal.

Após a escrita de cada dupla, a coordenadora do grupo de trabalho juntou todas as recomendações, a fim de dar o mesmo tom a todo o documento, após isso o grupo fez uma



nova revisão do documento assim como dirigentes do Ministério da Saúde.

A quarta e última etapa

Após a escrita da versão preliminar do documento pelo grupo de trabalho, houve um de validação do material. O grupo de validação contou com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e de representantes das seguintes associações científicas de profissionais de saúde:

- Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH)
- Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT)
- Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC)
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO)
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC)
- Sociedade Brasileira de Patologia (SBP)
- Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)
- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição
- Universidade Federal de Ciências da Saúde

Este grupo fez uma leitura rigorosa do documento, propôs sugestões em relação a redação do texto e ao conteúdo. Todas as sugestões foram avaliadas pelo grupo de trabalho responsável pela produção deste manual. Os critérios utilizados para definição da incorporação ou não das sugestões foram os mesmos utilizados para escrita do manual, conteúdo pertinente para a APS e com validação científica, usando os mesmos critérios de uso de referências para a sugestões que foi utilizado para escolha das referenciais iniciais do documento.

A partir das decisões ponto a ponto, descritas no Anexo C, a revisão do manual foi novamente realizada, resultando nesta última versão do manual de alta suspeição diagnóstica na oncologia. Esta versão final foi submetida a aprovação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, seguida de sua publicação.

O grupo de elaboração sugere que o Ministério da Saúde realize uma revisão bienal do documento.

Bibliografia

AROMATARIS, E.; RIITANO, D. Constructing a search strategy and searching for evidence. A guide to the literature search for a systematic review. American Journal of Nursing, Philadelphia, v. 114, n. 5, p. 49-56, 2014.

AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão electrónica]. Acesso



em 11/10/2024 de <http://www.agreetrust.org>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Diretrizes metodológicas : elaboração de diretrizes clínicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_diretrizes_metodologicas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes-metodologicas-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-2020.pdf

CAMPOS-ASENSIO, C. How to develop a bibliographic search strategy. Enfermeria Intensiva, Barcelona, v. 29, n. 4, p. 182-186, 2018.

CLARIVATE ANALYTICS. EndNote Web. London: Clarivate, c2022.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. Acta Médica Portuguesa, Lisboa, v. 32, n. 3, p. 227-235, 2019.

HIGGINS, J. P. T. et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. London: Cochrane, c2022. (Version 6.3).

HO, G. J. et al. Development of a search strategy for an evidence-based retrieval service. Plos One, San Francisco, v. 11, n. 12, e0167170, 2016.

McGOWAN, J. et al. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. Journal of Clinical Epidemiology, New York, v. 75, p. 40-46, 2016.

OUZZANI, M. et al. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews, v. 5, n. 210, p. 1-10, 2016.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, London, v. 372, n. 31, p. 1-9, 2021.

PIEPER, D.; PULJAK, L. Language restrictions in systematic reviews should not be imposed in the search strategy but in the eligibility criteria if necessary. Journal of Clinical Epidemiology, Oxford, v. 132, p. 146-147, 2021.

RETHLEFSEN, M. L. et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Systematic Reviews, v. 10, n. 39, p. 1-19, 2021.

STIWLLWELL, S. B.; SCOTT, J. G. Sensitive versus specific search strategy to answer clinical questions. Journal of Nursing Education, New York, v. 59, n. 1, p. 22-25, 2020.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.



Apêndice B- Síntese das sugestões da consulta pública

Abaixo segue tabela que resume o quantitativo das sugestões recebidas durante o processo de validação. Foram incluídas nesta tabela todas as sugestões recebidas via formulário oficial de contribuição para o Manual. Os capítulos que tratavam dos seguintes tipos de câncer não receberam nenhuma contribuição: linfoma, cânceres osteomusculares e câncer do sistema nervoso central.

Tipo de câncer/capítulo	Cabeça e pescoço	Tireoide	Ovário	Colo de útero	Endométrio	Leucemia	Mieloma	Mama	Bexiga e rim	Próstata	Testículo
Quantidade de sugestões recebidas	4	2	4	3	4	1	1	3	1	2	2
Tipo de sugestões											
Conteúdo	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0
Redação	0	0	1	1	2	0	0	1	0	2	1
Ambas	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1
Total de sugestões aceitas	3	2	3	3	2	1	1	2	1	1	2

Tipo de câncer/capítulo	Pênis	Pele	Cânceres torácicos	Cânceres com sítio primário desconhecido	Pâncreas	Câncer de esôfago, estômago e transmissão Esofagogastrica	Câncer de fígado e vias biliares	Cânceres de cólon, reto e canal anal	Tumores neuroendócrinos	Metodologia
Quantidade de sugestões recebidas	2	1	2	4	3	1	2	4	3	1
Tipo de sugestões										
Conteúdo	0	0	1	2	2	1	1	3	1	0
Redação	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
Ambas	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Total de sugestões aceitas	2	0	1	3	3	0	2	3	2	1

Tabela 2: Resume a quantidade de sugestões recebidas, os tipos e a quantidade de sugestões que foram aceitas.



Anexo C – Todos os artigos avaliados na etapa dois da metodologia

<i>Tipo de câncer</i>	<i>Título</i>	<i>Origem do documento</i>	<i>Ano</i>	<i>Qualidade metodológica</i>	<i>Nível de dependência editorial</i>	<i>Aborda Alta Suspeição</i>	<i>Foco na APS</i>	<i>Decisão final</i>	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Ginecológico</i>	AAC Guidance Document on Cervical Cancer Detection: Screening, Surveillance, and Diagnosis	Bases bibliográficas	2023	35,42	100,00	Não	Não	Excluir	
<i>Nefro-urológico</i>	ACR Appropriateness Criteria indeterminate renal mass	Bases bibliográficas	2015	83,33	4,17	Sim	Não	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	ACR Appropriateness Criteria Palpable Abdominal Mass-Suspected Neoplasm	Bases bibliográficas	2019	84,38	91,67	Sim	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	ACR Appropriateness Criteria Palpable Breast Masses	Bases bibliográficas	2016	50,00	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	ACR Appropriateness Criteria Pretreatment Detection, Surveillance, and Staging of Prostate Cancer: 2022 Update	Bases bibliográficas	2023	62,50	54,17	Sim	Sim	Incluir	
<i>Osteomuscular</i>	ACR Appropriateness Criteria Primary Bone Tumors	Bases bibliográficas	2020	85,42	20,83	Sim	Sim	Incluir	
<i>Hematológico</i>	Acute myeloid leukaemia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2020	39,58	100,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Geral</i>	ALTA SUSPEIÇÃO DE CÂNCER – PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA (não publicado)	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2022	1,04	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS, AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY, AND ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI. MEDICAL GUIDELINES FOR CLINICAL PRACTICE FOR	Bases bibliográficas	2016	69,79	91,67	Sim	Sim	Incluir	



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
	THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROID NODULES--2016 UPDATE								
<i>TGI Alto</i>	An Asian consensus on standards of diagnostic upper endoscopy for neoplasia	Bases bibliográficas	2019	40,63	75,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Baixo</i>	Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2021	45,83	100,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituições relevantes na área da oncologia
<i>Nefro-uroológico</i>	Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2022	30,21	58,33	Não	Não	Excluir	
<i>Osteomuscular</i>	Bone sarcomas: ESMO EURACAN GENTURIS ERN PaedCan Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2021	89,58	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Brazilian society of hepatology recommendations for the diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma	Bases bibliográficas	2015	41,67	100,00	Sim	Sim	Incluir	O documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituição brasileira relevante na área da oncologia
<i>Mama</i>	BREAST CANCER IN WOMEN: DIAGNOSIS, TREATMENT AND FOLLOW-UP	Busca no Google ou nos sites	2013	89,58	91,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Breast Disease and Cancer: Diagnosis	Busca no Google ou nos sites	2013	12,50	75,00	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Ginecológico</i>	British Gynaecological Cancer Society (BGCS) Cervical Cancer Guidelines: Recommendations for Practice	Busca no Google ou nos sites	2020	75,00	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma	Bases bibliográficas	2019	93,75	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Nefro-urológico</i>	Canadian Urological Association guideline on the management of non-muscle-invasive bladder cancer – Full-text	Busca no Google ou nos sites	2021	34,38	33,33	Sim	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2017	47,92	50,00	Não	Não	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines	Bases bibliográficas	2013	60,42	87,50	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Clinical Guidelines for Breast Cancer Control and Management	Busca no Google ou nos sites	2018	7,29	58,33	Sim	Não	Excluir	
<i>TGI Baixo</i>	Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update	Bases bibliográficas	2018	51,04	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pele</i>	Clinical practice guidelines for keratinocyte cancer - Cancer Council Australia	Busca no Google ou nos sites	2020	89,58	91,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Clinical Practice Guidelines for Pancreatic Cancer 2016 From the Japan Pancreas Society A Synopsis	Busca no Google ou nos sites	2017	84,38	100,00	Sim	Sim	Incluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pele</i>	Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of melanoma - Cancer Council Australia	Busca no Google ou nos sites	2020	91,67	95,83	Sim	Sim	Incluir	
<i>Osteomuscular</i>	Clinical practice guidelines for the management of adult onset sarcoma	Busca no Google ou nos sites	2020	89,58	91,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Baixo</i>	COLON CANCER: DIAGNOSIS, TREATMENT AND FOLLOW-UP	Busca no Google ou nos sites	2014	87,50	95,83	Sim	Sim	Incluir	
<i>Neuroendócrino</i>	Commonwealth Neuroendocrine Tumour Research Collaboration and the North American Neuroendocrine Tumor Society Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Lung Neuroendocrine Tumors: An International Collaborative Endorsement and Update of the 2015 European Neuroendocrine Tumor Society Expert Consensus Guidelines	Bases bibliográficas	2020	85,38	95,83	Sim	Não	Excluir	
<i>Geral</i>	Conceptual framework to guide early diagnosis programs for symptomatic cancer as part of global cancer control	Bases bibliográficas	2021	1,04	100,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Consensus guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with pancreatic cancer in Spain	Bases bibliográficas	2017	20,83	75,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Hematológico</i>	Consensus Guidelines on the Diagnosis of Multiple Myeloma and Related Disorders: Recommendations of the Myeloma Canada Research Network Consensus Guideline Consortium	Bases bibliográficas	2020	27,08	83,33	Sim	Não	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Current guidelines for the diagnosis and management of hepatocellular Carcinoma: A comparative review	Bases bibliográficas	2016	1,04	83,33	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pele</i>	Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2019	41,67	54,17	Sim	Não	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Cystic form of cervical lymphadenopathy. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery (SFORL). Part 1: Diagnostic procedures for lymphadenopathy in case of cervical mass with cystic aspect	Bases bibliográficas	2019	5,21	62,50	Sim	Não	Excluir	
<i>TGI Baixo</i>	Delphi Initiative for Early-Onset Colorectal Cancer (DIRECT) International Management Guidelines	Bases bibliográficas	2023	80,21	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Geral</i>	Deteção precoce do câncer	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2021	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e foi feito pelo Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde do Brasil
<i>Ginecológico</i>	Developing Tests for Endometrial Cancer deTection (DETECT): Protocol for a diagnostic accuracy study of urine and vaginal samples for the detection of endometrial cancer by cytology in women with postmenopausal bleeding	Bases bibliográficas	2021	0,00	54,17	Não	Não	Excluir	
<i>Neuroendócrino</i>	Diagnosis and management of gastrointestinal neuroendocrine tumors: An evidence-based Canadian consensus	Bases bibliográficas	2016	73,96	83,33	Sim	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Diagnosis and Management of Ovarian Cancer	Bases bibliográficas	2016	27,08	83,33	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Diagnosis and pathologic characteristics of medullary thyroid carcinoma-review of current guidelines	Bases bibliográficas	2019	8,33	58,33	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma (HCC): current guidelines	Bases bibliográficas	2018	1,04	41,67	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Diagnosis and treatment of benign liver nodules: Brazilian Society of Hepatology (SBH) recommendations	Bases bibliográficas	2015	0,00	41,67	Sim	Sim	Incluir	O documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituição brasileira relevante na área da oncologia
<i>Pele</i>	Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline	Bases bibliográficas	2015	33,33	45,83	Sim	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Diagnosis, Therapy and Follow-up of Cervical Cancer	Bases bibliográficas	2022	86,46	50,00	Não	Não	Excluir	
<i>Osteomuscular</i>	Diagnostic protocol of mechanical low back pain	Bases bibliográficas	2017	27,08	83,33	Sim	Sim	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Diagnostic Work-up and Staging of Head and Neck Cancer	Busca no Google ou nos sites	2019	83,33	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Diagnóstico, tratamento e seguimento do carcinoma medular de tireoide: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia	Bases bibliográficas	2014	58,33	54,17	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero	Bases bibliográficas	2016	75,00	50,00	Não	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Alto</i>	DIRETRIZES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER GÁSTRICO (PARTE 1): ATUALIZAÇÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO, ESTADIAMENTO, TRATAMENTO ENDOSCÓPICO E SEGUIMENTO	Bases bibliográficas	2020	83,33	33,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do adenocarcinoma de estômago	Bases bibliográficas	2017	100,00	83,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do adenocarcinoma de próstata	Bases bibliográficas	2016	68,75	0,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do carcinoma de mama	Bases bibliográficas	2018	78,96	66,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil	Bases bibliográficas	2015	100,00	75,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias	Bases bibliográficas	2018	96,88	66,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil: relatório de recomendações	Bases bibliográficas	2015	100,00	79,17	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Baixo</i>	Early Detection for Colorectal Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline	Bases bibliográficas	2019	90,63	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	Early Detection of Prostate Cancer:	Busca no Google ou nos sites	2023	92,71	70,83	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Early diagnosis of liver cancer: An appraisal of international recommendations and future perspectives	Bases bibliográficas	2016	1,04	41,67	Sim	Sim	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Early diagnosis of lung cancer in the United Arab Emirates: Challenges and strategic recommendations	Bases bibliográficas	2021	25,00	79,17	Sim	Sim	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Nefro-urológico</i>	EAU - Guidelines on Renal Carcinoma	Busca no Google ou nos sites	2024	83,33	54,17	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013	Busca no Google ou nos sites	2014	87,50	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer	Bases bibliográficas	2023	95,83	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Endometrial Cancer Guideline of the DGGG, DKG and DKH (S3-Level, AWMF Registry Number 032/034-OL, September 2022). Part 1 with Recommendations on the Epidemiology, Screening, Diagnosis and Hereditary Factors of Endometrial Cancer, Geriatric Assessment and Supply Structures	Bases bibliográficas	2023	86,46	50,00	Não	Sim	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide	Bases bibliográficas	2021	73,36	50,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on pre-operative diagnosis of ovarian tumors	Bases bibliográficas	2021	60,42	100,00	Não	Não	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Estudio y manejo de nódulos tiroideos por médicos no especialistas. Consenso SOCHED	Bases bibliográficas	2017	39,58	8,33	Sim	Sim	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity	Busca no Google ou nos sites	2017	91,67	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Geral</i>	Faster Cancer Treatment: High suspicion of cancer definitions	Busca no Google ou nos sites	2015	0,00	0,00	Sim	Sim	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Alto</i>	Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2022	31,25	33,33	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituições relevantes na área da oncologia
<i>Neuroendócrino</i>	Gastroduodenal neuroendocrine neoplasms including gastrinoma - update of the diagnostic and therapeutic guidelines (recommended by the Polish Network of Neuroendocrine Tumours)	Bases bibliográficas	2022	30,21	41,67	Sim	Não	Excluir	
<i>Neuroendócrino</i>	Gastrointestinal stromal tumours: ESMO/EURACAN/GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2022	82,29	75,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Genital Tract Cancers in Females- Human Papillomavirus Related Cancers (Cervical, Vaginal & Vulvar)	Busca no Google ou nos sites	2016	11,46	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Genital Tract Cancers in Females: Ovarian, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancers	Busca no Google ou nos sites	2014	13,54	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Genital Tract Cancers in Females: Endometrial Cancer	Busca no Google ou nos sites	2014	11,46	0,00	Sim	Não	Incluir	Documento incluído pelo critério de poucos documentos sobre o tema utilizados na revisão
<i>Osteomuscular</i>	Global guidance for the recognition, diagnosis, and management of tumor-induced osteomalacia	Bases bibliográficas	2023	54,17	58,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Guia Clínica AUGÉ "Cáncer de Ovario Epitelial"	Bases bibliográficas	2013	63,54	100,00	Sim	Sim	Incluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pele</i>	Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular	Busca no Google ou nos sites	2014	95,83	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pele</i>	Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel	Busca no Google ou nos sites	2014	95,83	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pele</i>	Guía de Práctica Clínica de la AEDV para el carcinoma de células de Merkel	Busca no Google ou nos sites	2018	56,25	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna del cáncer de pulmón	Busca no Google ou nos sites	2022	20,83	45,83	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Baixo</i>	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto	Busca no Google ou nos sites	2017	100,00	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Hematológico</i>	Guía de Práctica Clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de leucemias linfoblástica y mieloide en población mayor de 18 años	Busca no Google ou nos sites	2017	75,00	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Guía de Práctica Clínica para La Prevención y Manejo Del Cáncer de Cuello Uterino	Bases bibliográficas	2017	25,00	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Guía de práctica clínica SEPTGIC-NP para prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino	Busca no Google ou nos sites	2021	94,79	100,00	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	GUÍA PARA EL CÁNCER DE MAMA EN VENEZUELA	Busca no Google ou nos sites	2015	95,83	41,67	Sim	Sim	Incluir	

continua



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pele</i>	Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular	Busca no Google ou nos sites	2014	95,83	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pele</i>	Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel	Busca no Google ou nos sites	2014	95,83	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pele</i>	Guía de Práctica Clínica de la AEDV para el carcinoma de células de Merkel	Busca no Google ou nos sites	2018	56,25	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna del cáncer de pulmón	Busca no Google ou nos sites	2022	20,83	45,83	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Baixo</i>	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto	Busca no Google ou nos sites	2017	100,00	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Hematológico</i>	Guía de Práctica Clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de leucemias linfoblástica y mieloide en población mayor de 18 años	Busca no Google ou nos sites	2017	75,00	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo Del Cáncer de Cuello Uterino	Bases bibliográficas	2017	25,00	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Guía de práctica clínica SEPTGIC-NP para prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino	Busca no Google ou nos sites	2021	94,79	100,00	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	GUÍA PARA EL CÁNCER DE MAMA EN VENEZUELA	Busca no Google ou nos sites	2015	95,83	41,67	Sim	Sim	Incluir	

continua



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pele</i>	Guias de Practica Clinica para la manejo de melanoma cutâneo primario de la Sociedad Chilena de Dermatologia	Bases bibliográficas	2020	65,63	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico temprano - 2015	Bases bibliográficas	2015	79,17	41,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Guias de Practica Clinica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo	Bases bibliográficas	2013	5,21	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Guias clínicas AUGE: câncer cervico uterino	Bases bibliográficas	2015	95,83	91,67	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Guias clínicas AUGE: câncer de mama	Bases bibliográficas	2015	100,00	79,17	Sim	Sim	Incluir	
<i>Nefro-urológico</i>	Guias clínicas AUGE: câncer vesical en personas de 15 anos y mas	Bases bibliográficas	2013	47,92	83,33	Sim	Sim	Incluir	O documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituição relevante na área da oncologia
<i>Ginecológico</i>	Guias de práctica clínica en câncer ginecológico y mamario	Busca no Google ou nos sites	2018	85,42	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Baixo</i>	Guidance on faecal immunochemical testing (FIT) to help diagnose colorectal cancer among symptomatic patients in primary care	Bases bibliográficas	2023	8,33	66,67	Sim	Sim	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Malignant Pleural Mesothelioma	Busca no Google ou nos sites	2013	34,38	70,83	Sim	Não	Excluir	
<i>Pele</i>	Guidelines of the Brazilian Dermatology Society for diagnosis, treatment and follow up of primary cutaneous melanoma - Part I	Bases bibliográficas	2015	46,88	100,00	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Alto</i>	Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2018	87,25	83,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Hereditary gastrointestinal cancers: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2019	80,21	83,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Hematológico</i>	Hodgkin lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2018	15,63	100,00	Não	Não	Excluir	
<i>SNC</i>	Imaging Recommendations for the Diagnosis, Staging, and Management of Adult Brain Tumors	Bases bibliográficas	2023	5,21	0,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Inflammatory breast cancer defined: proposed common diagnostic criteria to guide treatment and research	Bases bibliográficas	2022	8,33	79,17	Sim	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Inflammatory breast cancer: early recognition and diagnosis is critical	Bases bibliográficas	2021	1,04	62,50	Sim	Não	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	Interdisciplinary diagnosis, therapy and follow-up of patients with endometrial cancer. Guideline (S3-Level, AWMF registry number 032/034-OL, April 2018) - Part 2 with recommendations on the therapy and follow-up of endometrial cancer, palliative care, psycho-oncological/psychosocial care/rehabilitation/patient information and healthcare facilities	Bases bibliográficas	2018	92,71	50,00	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Interdisciplinary screening, diagnosis, therapy and follow-up of breast cancer. Guideline of the DGGG and the DKG (S3-level, AWMF registry number 032/045OL, December 2017) - Part 1 with	Bases bibliográficas	2018	85,42	91,67	Sim	Sim	Incluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
	recommendations for the screening, diagnosis and therapy of breast cancer								
<i>Sítio inespecífico</i>	International consensus on the initial diagnostic workup of cancer of unknown primary	Bases bibliográficas	2023	56,25	100,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Investigating symptoms of lung cancer	Busca no Google ou nos sites	2020	84,38	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Italian Clinical Practice Guidelines on Cholangiocarcinoma – Part I: Classification, diagnosis and staging	Busca no Google ou nos sites	2020	79,17	75,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pele</i>	Japanese Dermatological Association Guidelines: Outlines of Guidelines for Cutaneous Squamous Cell Carcinoma 2020	Busca no Google ou nos sites	2020/2021	44,79	45,83	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Korean practice guidelines for gastric cancer 2022: an evidence-based, multidisciplinary approach	Busca no Google ou nos sites	2022	84,38	87,50	Sim	Sim	Incluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Laryngeal Cancer	Busca no Google ou nos sites	2022	65,63	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Hematológico</i>	Linfoma de Hodgkin en adultos	Busca no Google ou nos sites	2017	26,04	41,67	Sim	Sim	Incluir	Documento incluído pelo critério de poucos documentos sobre o tema utilizados na revisão
<i>TGI Baixo</i>	Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2020	60,42	58,33	Sim	Sim	Incluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pulmão e Tórax</i>	Lung and thymic carcinoids: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2021	44,79	100,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Malignant pleural mesothelioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2022	41,67	50,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Management of malignant pleural mesothelioma – part 1: epidemiology, diagnosis, and staging	Bases bibliográficas	2016	0,00	79,17	Sim	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Manual Operativo de Evaluación Clínica Mamaria	Busca no Google ou nos sites	2014	4,17	33,33	Sim	Não	Excluir	
<i>Hematológico</i>	Multiple Myeloma Guidelines and Their Recent Updates: Implications for Imaging	Bases bibliográficas	2019	11,46	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Hematológico</i>	Multiple myeloma in general practice A guide to diagnosis and management	Bases bibliográficas	2023	12,50	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Hematológico</i>	Multiple Myeloma: Diagnosis and Treatment	Bases bibliográficas	2017	14,58	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	National Breast Cancer GP Referral Guideline	Busca no Google ou nos sites	2021	5,21	20,83	Sim	Sim	Excluir	
<i>Ginecológico</i>	National Cervical Screening Program: Guidelines for the management of screen-detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal vaginal bleeding	Busca no Google ou nos sites	2021/22	96,88	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	National guidelines for diagnosis and treatment of cervical cancer 2022 in China (English version)	Bases bibliográficas	2022	28,13	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	NATIONAL GUIDELINES FOR EARLY DIAGNOSIS OF BREAST CANCER IN ZAMBIA	Busca no Google ou nos sites	2019	-6,25	25,00	Não	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Pele</i>	National Melanoma GP Referral Guidelines	Busca no Google ou nos sites	2022	0,00	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Próstata</i>	National Prostate Cancer GP Referral Guideline	Busca no Google ou nos sites	2018	10,42	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Mama</i>	NCCN Guidelines Breast Cancer Screening and Diagnosis	Busca no Google ou nos sites	2024	81,25	33,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	NCCN Guidelines Prostate Cancer Early Detection	Busca no Google ou nos sites	2024	87,50	58,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Neuroendócrino</i>	Neuroendocrine neoplasms of the small intestine and the appendix - update of the diagnostic and therapeutic guidelines (recommended by the Polish Network of Neuroendocrine Tumours)	Bases bibliográficas	2022	16,67	54,17	Sim	Não	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro (Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: update on the Brazilian consensus)	Bases bibliográficas	2013	21,88	50,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Non-Small Cell and Small Cell Lung Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up	Busca no Google ou nos sites	2013	81,25	70,83	Sim	Sim	Incluir	
<i>Ginecológico</i>	Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Cuello Uterino	Busca no Google ou nos sites	2023	13,54	0,00	Não	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Mama	Busca no Google ou nos sites	2023	4,17	37,50	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Próstata</i>	Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Próstata	Busca no Google ou nos sites	2023	21,88	29,17	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Novel imaging diagnosis for hepatocellular carcinoma: Consensus from the 5th Asia-pacific primary liver cancer expert meeting (APPLE 2014)	Bases bibliográficas	2015	39,58	41,67	Sim	Não	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2022	80,21	91,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	Optimal care pathway for men with prostate cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Mama</i>	Optimal care pathway for people with breast cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Sítio inespecífico</i>	Optimal care pathway for people with cancer of unknown primary	Busca no Google ou nos sites	2020	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Baixo</i>	Optimal care pathway for people with colorectal cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Optimal care pathway for people with head and neck cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Alto</i>	Optimal care pathway for people with hepatocellular carcinoma	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>SNC</i>	Optimal care pathway for people with high-grade glioma	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Hematológico</i>	Optimal care pathway for people with low-grade lymphomas	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Pulmão e Tórax</i>	Optimal care pathway for people with lung cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Hematológico</i>	Optimal care pathway for people with multiple myeloma	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Neuroendócrino</i>	Optimal care pathway for people with neuroendocrine tumours	Busca no Google ou nos sites	2022	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Alto</i>	Optimal care pathway for people with oesophagogastric cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>TGI Alto</i>	Optimal care pathway for people with pancreatic cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Ginecológico</i>	Optimal care pathway for women with endometrial cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Ginecológico</i>	Optimal care pathway for women with ovarian cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Ginecológico</i>	Optimal care pathway for women with endometrial cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Ginecológico</i>	Optimal care pathway for women with ovarian cancer	Busca no Google ou nos sites	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Foi realizado contato em busca de mais informações, mas o grupo não teve resposta dos responsáveis. Porém, o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Austrália e outras instituições importantes do país
<i>Pele + TGI Baixo</i>	Orientações para o diagnóstico precoce de câncer de Cólon e Reto, e câncer de pele na Atenção Básica (SES - SP)	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de	2022	0,00	0,00	Sim	Sim	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
		Secretarias Municipais de Saúde							
<i>Ginecológico</i>	Ovarian Cancer GP Referral for Symptomatic Women	Busca no Google ou nos sites	2016	0,00	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2023	80,21	87,50	Sim	Sim	Incluir	
<i>Mama</i>	Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2022	93,57	83,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Próstata</i>	Prostate Cancer Part 1: Diagnosis and Referral in Primary Care	Busca no Google ou nos sites	2020	83,33	0,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Geral</i>	Protocolo Clínico de Alta Suspeição em Oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Minas Gerais	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2019	1,04	0,00	Sim	Sim	Excluir	

continua



continuação

<i>Tipo de câncer</i>	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Geral</i>	PROTOCOLO DE ACESSO À CONSULTAS AMBULATORIAIS E INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ONCOLOGIA - SMS Maceio	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2020	0,00	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Mama</i>	Protocolo de Atencao a saúde: detecção precoce do câncer de mama	Bases bibliográficas	2016	-1,04	-4,17	Sim	Sim	Excluir	
<i>Nefro-urológico</i>	Protocolos de Regulação Ambulatorial - Urologia Adulto- versão digital 2023	Bases bibliográficas	2023	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>Nefro-urológico</i>	Protocolo diagnóstico de la neoplasia de la vía urinaria	Bases bibliográficas	2015	8,33	33,33	Não	Não	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	Protocolo diagnóstico de sospecha y estadificación del cáncer esofágico	Bases bibliográficas	2016	0,00	37,50	Sim	Sim	Excluir	
<i>Geral</i>	PROTOCOLO ESTADUAL DE ALTA SUSPEIÇÃO EM ONCOLOGIA (SES - SP)	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2021	0,00	0,00	Sim	Sim	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Geral</i>	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia	Bases bibliográficas	2014	56,25	58,33	Não	Não	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Protocolos de encaminhamento da Atenção básica para a Atenção Especializada: cirurgia torácica e pneumologia adulto	Bases bibliográficas	2016	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, Porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>TGI Baixo</i>	Protocolos de encaminhamento da Atenção básica para a Atenção Especializada: proctologia	Bases bibliográficas	2016	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, Porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>Mama</i>	Protocolos de encaminhamento para mastologia	Bases bibliográficas	2016	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, Porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>Geral</i>	Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2021	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, Porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>TGI Alto</i>	Protocolos de Regulação Ambulatorial - Gastroenterologia Adulto	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2023	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>Ginecológico</i>	Protocolos de Regulação Ambulatorial - Ginecologia	Oficial: do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde ou de Secretarias Municipais de Saúde	2023	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>Pulmão e Tórax</i>	RegulaSUS: protocolos de encaminhamento para cirurgia torácica adulto	Bases bibliográficas	2017	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<i>Hematológico</i>	Recommendations for the diagnosis and initial evaluation of patients with Waldenström Macroglobulinaemia: A Task Force from the 8th International Workshop on Waldenström Macroglobulinaemia	Bases bibliográficas	2016	10,42	0,00	Sim	Sim	Incluir	Documento incluído pelo critério de poucos documentos sobre o tema utilizados na revisão
<i>Nefro-urológico</i>	Renal Cell Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines	Busca no Google ou nos sites	2019	47,92	50,00	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Oral Cancer Prevention - IARC handbook	Busca no Google ou nos sites	2023	85,41	100,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Geral</i>	Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer	Busca no Google ou nos sites	2019	39,58	4,17	Sim	Sim	Incluir	Não foi possível classificar adequadamente a metodologia por falta de descrição. Porém o documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério de Saúde da Escócia e outras instituições importantes do país
<i>SNC</i>	SEOM clinical guideline for management of adult medulloblastoma (2020)	Busca no Google ou nos sites	2021	17,71	41,67	Não	Não	Excluir	
<i>Cabeça e Pescoço</i>	Salivary gland cancer: ESMO–European Reference Network on Rare Adult Solid Cancers (EURACAN) Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2022	45,83	83,33	Sim	Não	Excluir	
<i>SNC</i>	SEOM clinical guidelines for diagnosis and treatment of glioblastoma (2017)	Busca no Google ou nos sites	2018	19,79	83,33	Sim	Não	Excluir	
<i>TGI Alto</i>	SEOM clinical guidelines for pancreatic and biliary tract cancer (2020)	Busca no Google ou nos sites	2021	26,04	37,50	Sim	Sim	Incluir	O documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituição relevante na área da oncologia
<i>Neuroendócrino</i>	SEOM clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms (GEP-NENs) 2014	Bases bibliográficas	2014	26,04	37,50	Sim	Sim	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Mama</i>	SEOM-GEICAM-SOLTI clinical guidelines for early-stage breast cancer (2022)	Busca no Google ou nos sites	2023	80,21	50,00	Sim	Sim	Incluir	
<i>Neuroendócrino</i>	SEOM-GETNE clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic and bronchial neuroendocrine neoplasms (NENs) (2022)	Busca no Google ou nos sites	2023	22,92	41,67	Não	Não	Incluir	Documento incluído pelo critério de poucos documentos sobre o tema utilizados na revisão
<i>Cabeça e Pescoço</i>	SEOM clinical guideline thyroid cancer (2019)	Busca no Google ou nos sites	2020	28,13	79,17	Sim	Sim	Excluir	
<i>Osteomuscular</i>	Soft tissue and visceral sarcomas: ESMOeEURACANeGENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Busca no Google ou nos sites	2021	90,49	66,67	Sim	Sim	Incluir	
<i>TGI Alto</i>	Submucosal tumors: Comprehensive guide for the diagnosis and therapy of gastrointestinal submucosal tumors	Bases bibliográficas	2013	13,54	41,67	Sim	Não	Excluir	
<i>Geral</i>	Suspected cancer: recognition and referral	Busca no Google ou nos sites	2023	94,79	58,33	Sim	Sim	Incluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Suspected Lung Cancer in Primary Care	Busca no Google ou nos sites	2022	46,88	0,00	Sim	Sim	Incluir	O documento é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado por instituição relevante na área da oncologia
<i>Nefro-urológico</i>	Testicular Cancer: Diagnosis and Treatment	Bases bibliográficas	2018	12,50	8,33	Não	Não	Excluir	
<i>Pele</i>	Tests to assist in the diagnosis of cutaneous melanoma in adults: A generic protocol	Bases bibliográficas	2015	68,75	100,00	Sim	Não	Excluir	

continua



continuação

Tipo de câncer	Título	Origem do documento	Ano	Qualidade metodológica	Nível de dependência editorial	Aborda Alta Suspeição	Foco na APS	Decisão final	Justificativa (para documento incluído apesar de não ter cumprido todos os critérios de inclusão)
<i>Mama</i>	The investigation of a new breast symptom + Guidance for the management of early breast cancer Recommendations and practice points (https://www.guidancebreastcancer.gov.au/)	Busca no Google ou nos sites	2021	Não se aplica	83,33	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, mas é extremamente adequado ao objetivo do projeto e endossado pelo Ministério da saúde da Austrália
<i>Geral</i>	Uganda Guidelines (2016)	Busca no Google ou nos sites	2016	0,00	4,17	Não	Não	Excluir	
<i>Próstata</i>	Work-Up of Suspect HIGH GRADE PROSTATE CANCER	Busca no Google ou nos sites	2015	0,00	0,00	Sim	Não	Excluir	
<i>Mama</i>	Work-Up of Suspected BREAST CANCER	Busca no Google ou nos sites	2016	4,17	20,83	Sim	Sim	Excluir	
<i>TGI Baixo</i>	Work-Up of Suspected COLON or RECTAL CANCER	Busca no Google ou nos sites	2015	2,08	0,00	Sim	Sim	Excluir	
<i>Pulmão e Tórax</i>	Work-Up of Suspected LUNG CANCER	Busca no Google ou nos sites	2014	Não se aplica	Não se aplica	Sim	Sim	Incluir	O documento não é um guideline, porém é extremamente adequado ao objetivo do projeto e é endossado por instituição relevante
<i>Cabeça e Pescoço</i>	SEOM-TTCC clinical guideline in nasopharynx cancer (2021)	Busca no Google ou nos sites	2022	19,79	58,33	Sim	Sim	Excluir	



Ouv
SUS 136
Ouvidoria-Geral do SUS



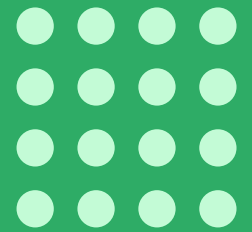
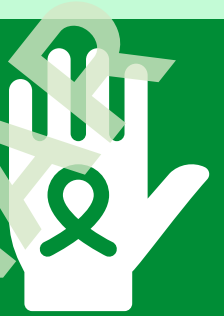
Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br

VERSÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PRELIMINAR