

**PROTOCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL
SES/SC**

CONSULTA EM ONCOLOGIA CIRÚRGICA – RETIFICADO

**Florianópolis-SC
Agosto de 2019**

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso e de regulação ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na central de Regulação.

3. FLUXOS DO PROJETO

3.1. Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada do seu Município.
- O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
- Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
- As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, consequentemente da prioridade do agendamento.
- As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- O paciente, após o atendimento, terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o Relatório de Contrarreferência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares.

4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Central de Regulação Ambulatorial.

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- II. Cujas demoras impliquem em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- III. Todas as gestantes.

ROTINA – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

No SISREG

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

-  Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
-  Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
-  Prioridade 2 - Prioridade não urgente
-  Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatohepatite.
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

6. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA e Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

4. PROTOCOLO DA ONCOLOGIA CIRÚRGICA:

4.1. **Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta**

Foram elencados os seguintes sinais e sintomas de doenças ou patologias a serem encaminhados e posteriormente regulados:

- Tumores de cabeça e pescoço
- Tumores do aparelho gastrointestinal
- Tumores do aparelho geniturinário
- Tumores ginecológicos
- Tumores de mama
- Tumores de tórax
- Tumores de pele

PROTOCOLO DA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO – ADULTO

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Neoplasia maligna de boca (língua, assoalho, gengiva, vestibulo, palato e trígono retromolar) e lábio C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06
- Neoplasia maligna de laringe C32
- Neoplasia maligna de faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe) C09, C10, C11, C12, C13
- Neoplasia maligna de seios da face, cavidade nasal e base de crânio C30, C31
- Neoplasia maligna das glândulas salivares parotida e submandibular; C07, C08
- Neoplasia maligna de tireoide e paratireóides C73 C75
- Neoplasia maligna de pele da face, couro cabeludo e pescoço C44
- Melanoma maligno de pele da face, couro cabeludo e pescoço C43
- Neoplasia maligna de olho e órbitas C69
- Doença maligna metastática no pescoço C77

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos.

ENCAMINHAR AO ONCOLOGISTA CLÍNICO OU RADIOTERAPEUTA

- Pacientes já operados em outras Instituições com indicação de radioterapia ou quimioterapia.

PROTOCOLO DA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO – ADULTO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região de cabeça e pescoço,
- Massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna.
OBS: Para o CEPON pode ser agendada forte suspeita de tumores de cabeça e pescoço, EXCETO de tireóide.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como otorrinolaringologia, dentista, e outros.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com diagnóstico firmado por biópsia de doença maligna na região da cabeça e pescoço.
AMARELO	Massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DA CIRURGIA ONCOLÓGICA – CIRURGIA ABDOMINAL – ADULTO

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Neoplasia maligna de esôfago;
- Neoplasia maligna de estômago;
- Neoplasia maligna de intestino;
- Neoplasia maligna de reto;
- Neoplasia maligna de ânus e canal anal;
- Neoplasia maligna de fígado;
- Neoplasia maligna de vesícula biliar e vias biliares;
- Neoplasia maligna de pâncreas e periampular;
- Neoplasia maligna de peritônio – mesothelioma, pseudomyxoma peritoneal
- Neoplasia maligna de retroperitônio

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Esôfago – CID-10: C15

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna e:
 - Neoplasia candidata a tratamento neoadjuvante (estadio T2 ou maior, ou linfonodos positivos, seja por estadiamento cirúrgico ou clínico). A avaliação sobre o tratamento inicial deve ser do cirurgião oncológico.
 - Ausência de doença metastática.

Obs. Pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): endoscopia digestiva, TC, anátomo-patológico, broncoscopia se indicado, espirometria e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento (enterorragia, hematêmese ou melena)
AMARELO	Disfagia moderada ou severa
VERDE	Lesões iniciais, sem perda de peso ou sangramento
AZUL	Lesões “in situ”

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Estômago – CID-10: C16

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
Inclui: pacientes com doença localmente avançada, com linfonodomegalias perigástricas, ou seja, pacientes com indicação de tratamento neoadjuvante.
- Pacientes com doença metastática:
 - Pacientes com doença peritoneal limitada.
 - Pacientes com metástase à distância, mas com sinais de obstrução do trato digestivo ou sangramento.
 - Os demais pacientes com doença metastática devem ser encaminhados à oncologia clínica.
- Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna).

Obs. Pacientes já operados devem ser encaminhados à oncologia clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Endoscopia, USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, gastroenterologia, oncologia clínica e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento (enterorragia, hematose ou melena)
AMARELO	Disfagia e perda de peso Pacientes com doença metastática com sinais de obstrução do trato digestivo

VERDE	- Paciente com doença localizada e sem sangramento ou disfagia. - Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna).
AZUL	Lesões “in situ”

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Intestino

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
Inclui: pacientes com doença localmente avançada.
- Pacientes com doença peritoneal limitada.
- Em pacientes com metástase à distância, mas com sinais de obstrução do trato digestivo ou sangramento.
- Demais pacientes com doença metastática encaminhar para oncologia clínica.
- Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna).
-
- Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Endoscopia, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, gastroenterologia, oncologia clínica e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento (enterorragia, hematomese ou melena)
AMARELO	Perda de peso, pacientes com doença metastática com sinais de obstrução do trato digestivo
VERDE	- Paciente com doença confirmada e localizada e sem sangramento ou disfagia. - Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna).
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Reto – CID-10: C20

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna com acometimento locorregional (tumor primário e linfonodos regionais).
- Pacientes com doença metastática para:
- Peritônio, com baixo índice de disseminação peritoneal e ausência de disseminação em outros sítios, exceto fígado.
- Metástases hepáticas, na ausência de disseminação em outros sítios.
- Metástases à distância que não as citadas e pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Colonoscopia, Ressonância nuclear magnética, USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais, incluindo marcadores tumorais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como gastroenterologia, proctologia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Pacientes com sintomas de obstrução ou sangramento do trato gastrointestinal.
AMARELO	Pacientes com doença localmente avançada candidatos à terapia neoadjuvante.
VERDE	Paciente com doença localizada (pólipos) ressecados em colonoscopia com margens positivas. Pacientes com doença localizada não passíveis de ressecção endoscópica.

AZUL	Pacientes com pólipos ressecados (margens livres).
-------------	--

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Ânus e Canal Anal – CID-10: C21

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO
- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na ausência de metástase à distância. - Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso. - Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais. - Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia geral, oncologia clínica e radioterapia, onde se deixe claro tipo de biopsia e tratamento prévio empregado se for o caso.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES
Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento (hematoquezia).
AMARELO	Pacientes com sintomas de suboclusão intestinal.
VERDE	Pacientes já operados mas que necessitam avaliação quanto à ampliação de margens.
AZUL	Lesões “in situ”.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Fígado – CID-10: C22

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna para tumores menores de 1 cm, ou
- Imagem típica (realce na fase arterial com *washout* na fase venosa) pela ressonância magnética ou tomografia computadorizada com contraste em tumores maiores de 1 cm, e:
- **Ausência de doença metastática.**
- **Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.**
- Pacientes candidatos ao transplante hepático devem ser encaminhados para consulta pré transplante hepático.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Endoscopia, USG, TC, Ressonância magnética, anátomo-patológico e exames laboratoriais (incluindo alfa fetoproteína).
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como gastroenterologia e oncologia clínica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Pacientes ictericos.
AMARELO	Lesões bilobares sem acometimento macrovascular.
VERDE	Lesões unilobares menores que 3 cm em Pacientes classificados como Child-Pugh A.
AZUL	Lesão única sem acometimento macrovascular em Pacientes Chil-Pugh A.

Obs: não incluir casos com metástase hepática de outros sítios

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Vesícula Biliar e Vias Biliares – CID-10: C22, C23, C24

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna com acometimento locorregional, e ausência de doença metastática.
- Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem – RNM ou TC, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna).
- Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): exames endoscópicos, Ressonância nuclear magnética, USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais (incluindo marcadores tumorais).
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento (hemobilia).
AMARELO	Pacientes com dilatação das vias biliares ou icterícia.
VERDE	Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa abdominal identificada por métodos de imagem – RNM ou TC, com critérios radiológicos de forte suspeição de neoplasia maligna). Pacientes já operados mas que necessitam avaliação quanto à ampliação de margens.
AZUL	Lesões “in situ”.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Pâncreas e Periapular – CID-10: C17, C24 e C25

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
- **Ausência de doença metastática.**
- **Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.**
- **Massa sólida ou heterogenea ao exame de imagem em sítio pancreático sugestiva de neoplasia maligna (obrigatório afastar cistos e pseudocistos).**

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Endoscopia, USG, TC, Ressonância nuclear magnética, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como gastroenterologia, radioterapia e oncologia clínica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Pacientes ictéricos.
AMARELO	Pacientes com doença localmente avançada candidatos à terapia neoadjuvante.
VERDE	Paciente com doença localizada com perda ponderal maior que 15% .
AZUL	Pacientes com doença confirmada, localizada, sem sinais de invasão vascular e assintomáticos. - Pacientes com forte suspeita clínica e complementar de neoplasia maligna (massa sólida ou heterogênea ao exame de imagem em sítio pancreático sugestiva de neoplasia maligna (obrigatório afastar cistos e pseudocistos)).

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Peritônio – CID-10: C45

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna dos tipos histológicos:
- Mesotelioma peritoneal.
- Pseudomixoma peritoneal.
- Carcinomatose peritoneal mucinosa.
- **Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica, assim como pacientes com metástase extra-abdominal.**

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Endoscopia, colonoscopia, USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades, assim como relatório de laparoscopia prévia, caso tenha sido realizada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Pacientes com sintomas de obstrução ou sangramento do trato gastrointestinal.
AMARELO	Pacientes com doença localmente avançada.
VERDE	Paciente com doença localizada e com sintomas relacionados a neoplasia.
AZUL	Pacientes assintomáticos com doença localizada.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE APARELHO GASTROINTESTINAL

Neoplasia maligna de Retroperitônio – CID-10: C448

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com resultado anátomo-patológico confirmando neoplasia maligna na ausência de doença metastática.
- **Pacientes já operados, encaminhar à oncologia clínica.**

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ressonância nuclear magnética, USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Pacientes com sintomas de obstrução ou sangramento do trato gastrointestinal.
AMARELO	Lesões volumosas com comprometimento de estruturas vasculares de grande calibre (aorta, veia cava).
VERDE	Lesão com invasão de órgãos adjacentes e/ou estruturas vasculares.
AZUL	Pacientes com tumor único menor que 5 cm sem comprometimento de órgãos adjacentes ou estruturas vasculares.

PROTOCOLO DA ONCOLOGIA CIRÚRGICA – GRUPO DE TUMORES GENITOURINÁRIOS – ADULTO

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- **Neoplasia maligna de testículo**
- **Neoplasia maligna de testículo e tumores germinativos extra-gonadais**
- **Neoplasia maligna de bexiga, ureter e pelve renal**
- **Neoplasia maligna de pênis**
- **Neoplasia maligna de próstata**
- **Neoplasia maligna de rim**
- **Neoplasia adrenal**

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.
--

ENCAMINHAR DIRETAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR

- Compressão medular;
- Hipercalcemia;
- Síndrome de veia cava superior;
- Obstrução ou risco iminente de obstrução de via aérea superior;
- Insuficiência respiratória;
- Abdome agudo como sangramento intra-abdominal, perfuração ou obstrução intestinal;
- Obstrução urinária aguda ou obstruções de vias urinárias com insuficiência renal aguda;
- Hipertensão intracraniana e rebaixamento de nível de consciência.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de testículo– CID-10: C62

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com exame de imagem com lesão sólida ou sólido-cística de testículo com suspeita de neoplasia maligna, independentemente de terem ou não doença metastática. Além do exame de imagem da bolsa escrotal, preferencialmente, e de forma urgente, devem ser solicitados os marcadores séricos (HCG, Alfa-fetoproteína e LDH).

OBSERVAÇÃO: pacientes já operados devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGICA CLÍNICA.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença de sintomas de grande volume de doença disseminada, como síndrome da veia cava superior, trombose venosa profunda, edema de membros inferiores e aumento importante do volume abdominal de início recente.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.
- Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com sinais ou sintomas de síndrome da veia cava superior, trombose venosa profunda, grande aumento de volume abdominal causando sintomas de restrição ou outros sinais e sintomas clínicos de piora aguda. (2) Pacientes com lesão suspeita em testículo identificada por exame de imagem e COM evidência de doença metastática em tomografia de tórax e abdômen total
AMARELO	Pacientes com lesão suspeita em testículo identificada por exame de imagem e que NÃO REALIZARAM avaliação complementar com tomografia computadorizada de tórax e abdômen total (2) Pacientes com lesão suspeita em testículo identificada por exame de imagem e SEM evidência de doença metastática em tomografia de tórax e abdômen total (tomografias normais).
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de tumores germinativos extra-gonadais – CID-10: C62 e C38

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
- Massa sólida ao exame de imagem com critérios de suspeição de neoplasia maligna.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com obstrução urinária e insuficiência renal, dor refratária a uso de opioide forte, dispneia, sintomas obstrutivos intestinais, pacientes metastáticos em tratamento de primeira linha.
AMARELO	Demais casos
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de bexiga, ureter e pelve renal – CID-10: C65, C66 e C67

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UROLOGIA CIRÚRGICA

- Resultado de exame de imagem (tomografia computadorizada, ultrassonografia ou ressonância nuclear magnética) com suspeita de neoplasia/tumor/lesão vegetante de bexiga, ureter ou pelve renal
- Resultado de exame de endoscopia urinária (cistoscopia ou ureterosopia) com descrição de neoplasia em bexiga, ureter ou pelve renal (localizada e localmente avançada (tumores não músculo invasivos e músculo-invasivos)
- Resultado anatomopatológico de ressecção transuretral (RTU) de tumor de bexiga ou biópsia de lesão de bexiga por cistoscopia ou de ureter/pelve renal por ureterosopia.

OBSERVAÇÃO: pacientes com evidências de metástases à distância (inclui metástases linfonodais acima das art. ilíacas) em exames de imagem devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGIA CLÍNICA.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sangramento urinário (hematúria), febre ou outros achados sugestivos de pielonefrite ou infecção urinária febril, diabetes mellitus, hidronefrose (dilatação do sistema coletor renal), piora da função renal (creatinina sérica), outras doenças associadas, medicações em uso (em especial uso de AINEs ou anticoagulantes).
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.
- Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	• Presença de sangramento pela urina (hematúria) contínua, com descrição de coágulos ou obstrução urinária (impossibilidade de urinar ou uso de sonda para urinar), insuficiência renal associada a hipercalemia
AMARELO	• Pacientes com presença de lesão urotelial em trato urinário superior: URETER ou PELVE RENAL em exame de imagem ou endoscopia, OU • confirmação de tumor de alto grau (também descrito, eventualmente, como tumor Grau 3 ou abreviadamente como G3) em laudo de biópsia ou ressecção transuretral (RTU), OU • presença de qualquer lesão > 3cm OU • presença de múltiplas lesões OU • presença de uretero HIDRONEFROSE
VERDE	• Lesões vesicais < 3cm, única, de baixo grau em biópsia incisional por cistoscopia (também descritas como lesão Grau 1 ou 2 (classificadas como BAIXO GRAU) ou, abreviadamente, como G1 ou G2), AINDA NÃO-OPERADAS
AZUL	• Lesões de baixo grau (também descritas como grau 1 ou 2 ou abreviadamente como G1 ou G2) JÁ OPERADAS descrita em laudo cirúrgico.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de pênis– CID-10: C62

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com evidências de neoplasia maligna de pênis comprovada por biópsia ou ressecção total do tumor.
- Pacientes com história de cirurgia de pênis por neoplasia maligna e que desenvolveram aumento de linfonodos inguinais no seguimento oncológico.

OBSERVAÇÃO: pacientes com evidências de lesões metastáticas outras (inguinais e pélvicas manter este protocolo cirúrgico) comprovadas por exame de imagem (ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada) devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGICA CLÍNICA.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, presença de sinais de infecção local que possam sugerir celulite importante de membros inferiores, fascíte necrosante ou gangrena de Fournier, aumento de linfonodos inguinais ou linfonodos à distância (axilares, supraclaviculares).
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Nos casos de ressecção completa da lesão em outro serviço de saúde, avaliar o exame anátomo-patológico e enfatizar se a lesão ressecada é (1) de baixo ou alto grau e (2) se há invasão profunda da neoplasia maligna ou não
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.
- Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com retenção urinária aguda ou sangramento ativo, sinais e sintomas de infecção local sugerindo Gangrena de Fournier / fascíte necrosante (2) metástase inguinal ulcerada e/ou sangrante
AMARELO	Pacientes com lesão primária de pênis AINDA NÃO REMOVIDA cirurgicamente, bem como pacientes operados do tumor primário, porém com aumento de linfonodos na região inguinal
VERDE	Pacientes com lesão retirada integralmente, cujo laudo anatomo-patológico evidenciou tumor SEM invasão de lâmina própria e de baixo grau, e que NÃO apresenta aumento de linfonodos no exame físico
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de próstata – CID-10: C61

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UROLOGIA CIRÚRGICA

- Resultado de exame anatomopatológico de biópsia prostática por agulha ou por ressecção transuretral comprovando neoplasia maligna de próstata.
- Pacientes com resultado PI-RADS 4 ou 5 em exame de Ressonância Multiparamétrica da Próstata e PSA maior que 10ng/ml.

OBSERVAÇÃO: pacientes já operados ou com evidências de metástases à distância em exames de imagem OU com exame de antígeno prostático-específico acima de 100 ng/mL mas sem biópsia devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGICA CLÍNICA.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, o valor de PSA e o escore de Gleason da biópsia da próstata.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.
- Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento pela urina (hematúria) contínua, com descrição de coágulos ou obstrução urinária (impossibilidade de urinar ou uso de sonda para urinar), insuficiência renal associada a hipercalemia.
AMARELO	Pacientes com confirmação de tumor de ALTO e MUITO ALTO RISCO: - com a somatória do escore de Gleason igual ou maior a 8, OU - pacientes com PSA acima de 20 ng/mL independentemente do escore de Gleason, OU - ressonância magnética ou tomografia computadorizada evidenciando extensão extra-prostática do tumor de próstata ou invasão de vesículas seminais e outras estruturas adjacentes OU - linfonodomegalia pélvica, independente do PSA e escore de Gleason Gleason 7 bilateral ou com mais de 50% dos fragmentos comprometidos com adenocarcinoma
VERDE	Pacientes com somatória do escore de Gleason igual a 7 unilateral ou com expectativa de vida maior de 5 anos, desde que não tenham os outros critérios de PSA e extensão extra-prostática do grupo amarelo.
AZUL	Pacientes com critérios de doença de MUITO BAIXO RISCO E BAIXO RISCO, somatória do escore de Gleason igual a 3+3 sem demais critérios de PSA e extensão extra-prostática do grupo amarelo, OU (2) pacientes com somatória do escore de Gleason igual a 7 com idade maior que 70 anos ou expectativa de vida < 5 anos, e sem demais critérios de PSA e extensão extra-prostática do grupo amarelo.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de rim – CID-10: C64

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UROLOGIA CIRÚRGICA

- Resultado de exame de imagem de tomografia computadorizada (preferencialmente), ou ultrassonografia e ressonância nuclear magnética com nódulo/massa renal sólido ou sólido-cística, suspeita de neoplasia maligna ou **cisto renal complexo (que tenham no laudo do exame descrição de pertencer às categorias Bosniak III e IV)**.
- Preferencialmente, com resultado de exames de: hemograma, função renal.

OBSERVAÇÃO: pacientes já operados ou com evidências de metástases à distância em exames de imagem devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGICA CLÍNICA.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, presença de dor abdominal, sangramento urinário (hematúria), obstrução urinária ou necessidade de uso de sonda vesical de demora, presença de trombose venosa profunda ou edema de membros inferiores, perda significativa de peso, a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.
- Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Presença de sangramento pela urina (hematúria) contínua, com descrição de coágulos ou retenção urinária (impossibilidade de urinar, uso de sonda).
AMARELO	Achados em exames de imagem (tomografia, ressonância magnética) nódulo/massa renal ASSOCIADO a: invasão ou trombo tumoral de veia renal ou veia cava inferior, ou trombose venosa profunda detectada em exame físico ou de imagem, OU ainda (2) pacientes com dor abdominal ou hematúria esporádica ou sinais e sintomas que sugiram síndrome paraneoplásica.
VERDE	Lesões sólidas/massas/tumores (exclui cistos) igual ou acima de 4 cm.
AZUL	Cistos Bosniak III e IV (independente do tamanho) que estejam assintomáticos, (2) lesões renais sólidas < 4cm em pacientes assintomáticos.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITOURINÁRIOS

Neoplasia maligna de supra-renal (Glândula Adrenal) e (neoplasia de comportamento incerto de supra-renal) – CID-10: D35, D44, C74

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com evidências em exame de imagem (preferencialmente: tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM)) de massa/nódulo de supra-renal (adrenal) MAIOR de 4 cm OU funcionante.
- **NÃO ENCAMINHAR:** Pacientes com nódulo de supra-renal MENORES de 4cm e com investigação laboratorial de incidentaloma de adrenal (vide exames indicados, abaixo na classificação VERDE) que tenha sido NORMAL portanto, NÃO-FUNCIÓNANTE.

OBSERVAÇÃO: (1) pacientes com evidências de lesões metastáticas comprovadas por exame de imagem (ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada) devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGICA CLÍNICA. (2) Pacientes com história prévia de câncer de mama, rim, melanoma, entre outros, devem ser avaliados no protocolo de UROLOGIA ONCOLÓGICA CLÍNICA.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, presença de sinais de edema de membros inferiores, trombose venosa profunda ou sinais que sugiram a presença de tumor funcionante de adrenal, tais como: Síndrome de Cushing (estrias violáceas na pele, fâscies típica, hirsutismo), hipertensão arterial sistêmica crônica que sugira causa secundária (hiperaldosteronismo), sinais de virilização em mulheres, paroxismos de sudorese e hipertensão sugerindo feocromocitoma, além de outros.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, RNM, cintilografia com MIBG, anátomo-patológico e exames laboratoriais de investigação de tumores funcionantes (potássio, atividade plasmática da renina, cortisol, catecolaminas e metanefrinas urinárias e plasmáticas).
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.
- Caso o paciente já tenha feito tratamento, biópsia/cirurgia em outro hospital, recomenda-se que o paciente solicite a cópia completa de seu prontuário e os blocos das lâminas da biópsia para levar na primeira consulta e, com isto, agilizar o seu tratamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Pacientes portadores de massa (> 4cm) em supra-renal com sangramento ativo, dor abdominal intratável, invasão de rim, veia adrenal, renal ou cava inferior ou outros órgãos vizinhos.
AMARELO	Pacientes com incidentaloma/nódulo/massa de supra-renal/adrenal associado com: • SINAIS e SINTOMAS sugestivos de tumor/nódulo FUNCIONANTE, independentemente do tamanho, OU ACHADOS sugestivos de MALIGNIDADE nos exames de imagem TC ou RNM, independente do tamanho da lesão, ou seja: • bordas irregulares, • lesão de conteúdo heterogêneo, • densidade > 20 U.H. na TC, • heterogenicidade em T1 e T2 na RNM com o fígado, • sem evidência de componente gorduroso na RNM • invasão de rim, veia adrenal, renal ou cava inferior ou outros órgãos vizinhos.
VERDE	Pacientes com nódulo/massa/lesões sólido-císticas de adrenal MENORES de 4 cm e SEM SINTOMAS sugestivos de lesão funcionante e que COM INVESTIGAÇÃO laboratorial para tumor FUNCIONANTE anormal: • teste de supressão de cortisol, • atividade de renina plasmática/concentração sérica de aldosterona alterada +/- potássio (HIPOCALEMIA) em: (1.2.1.) pacientes com incidentaloma de adrenal associado a: hipertensão e/ou HAS ou AVC em idade < 40 anos e/ou história familiar de hiperaldosteronismo primário. Catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, dopamina) séricas e urinárias e metanefrinas (metanefrina, normetanefrina e ácido vanil-mandélico) séricas e urinárias de 24 horas.
AZUL	

PROTOCOLO DA ONCOLOGIA CIRÚRGICA – GRUPO TUMORES GINECOLÓGICOS – ADULTO

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

1. Neoplasia maligna de colo de útero;
2. Neoplasia maligna de útero e endométrio;
3. Neoplasia maligna de ovário, trompa e peritônio;
4. Neoplasia maligna de placenta e doença trofoblástica gestacional.
5. Neoplasia maligna de vulva e vagina;

“ Obs: Pacientes com doença metastática encaminhar à Oncologia Clínica.”

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos

ENCAMINHAR DIRETAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR

- Compressão medular;
- Hipercalemia;
- Síndrome de veia cava superior;
- Obstrução ou risco iminente de obstrução de via aérea superior;
- Insuficiência respiratória;
- Abdome agudo como sangramento intra-abdominal, perfuração ou obstrução intestinal;
- Obstrução urinária aguda ou obstruções de vias urinárias com insuficiência renal aguda;
- Hipertensão intracraniana e rebaixamento de nível de consciência.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GINECOLÓGICOS

Neoplasia maligna de Colo de Útero – CID-10: C53

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
- Resultado anatomopatológico por colposcopia com biópsia confirmando neoplasia intraepitelial de alto grau compreendendo NIC III/carcinoma *in situ*).

Não encaminhar para esta agenda:

- Pacientes com doença metastática (devem ser encaminhados à Oncologia Clínica)
- Neoplasia In Situ tratada.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com sangramento e anemia, fístulas vaginais, obstrução de via urinária, dor refratária a uso de opioide forte
AMARELO	Demais casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GINECOLÓGICOS

Neoplasia maligna de Útero e Endométrio – CID-10: C54 e C55

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico de amostra endometrial por curetagem ou histeroscopia confirmando neoplasia maligna.

OBS: Pacientes com doença metastática ou operados devem ser encaminhados à Oncologia Clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com sangramento e anemia, fístulas vaginais, obstrução de via urinária, dor refratária a uso de opioide forte
AMARELO	Demais casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GINECOLÓGICOS

Neoplasia maligna de Trompa, Ovário e Peritônio – CID-10: C56 e C57

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
- Massa ovariana complexa (sólida ou mista) sugestiva de neoplasia maligna por exames de imagem. Excluir cistos ovarianos.

OBS: Pacientes com doença metastática ou operados devem ser encaminhados à Oncologia Clínica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Casos confirmados por anatomopatológico, com sangramento e anemia, fístulas vaginais, obstrução de via urinária, dor refratária a uso de opioide forte.
AMARELO	Casos confirmados por anatomopatológico, com ascite, perda de peso, dor leve ou moderada.
VERDE	Demais casos.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GINECOLÓGICOS

Neoplasia maligna de Placenta e Doença Trofoblástica Gestacional – CID-10: C58

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, ou
- Pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional de alto risco, ou
- Pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional de baixo risco refratárias ao tratamento.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com sangramento e anemia, fístulas vaginais, obstrução de via urinária, dor refratária a uso de opioide forte
AMARELO	Demais casos.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GINECOLÓGICOS

Neoplasia maligna de Vulva e Vagina – CID-10: C51 e 52

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com sangramento e anemia, fístulas vaginais, obstrução de via urinária, dor refratária a uso de opioide forte.
AMARELO	Dor leve ou moderada.
VERDE	Demais casos.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE MAMA CIRURGIA

Neoplasia maligna de Mama – CID-10: C50, CID 10 – C50, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9, D05, D05.1, D05.7, D05.9

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna de mama, invasiva ou *in Situ*.
- Mamografia categoria BI-RADS 4b, 4c e 5 e/ou USG de mamas BI-RADS 5 e/ou RNM de mamas BI-RADS 5

OBS: Pacientes já operados em outros serviços não deverão ser encaminhados para o serviço de mastologia Cirúrgica do CEPON.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES.

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, mamografia, anatomopatológico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com diagnóstico de câncer de mama com sangramento, infecções ou situações clínicas emergenciais. Tumores inflamatórios de mama.
AMARELO	Pacientes com diagnóstico de câncer de mama candidatos a cirurgia.
VERDE	Pacientes com mamografia BI-RADS 4b, 4c e 5 e/ou USG de mamas BI-RADS 5 e/ou RNM de mamas BI-RADS 5.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES TORÁCICOS

- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão C34
- Neoplasia maligna traqueia C33
- Neoplasia maligna pleura C38, C78, C39,C45
- Neoplasia maligna mediastino C38,C37,C47
- Neoplasia maligna parede torácica C41
- Neoplasia secundária nos pulmões C78

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região torácica.
- Massa sólida ao exame de imagem, única, maior que 1cm e não calcificada, com forte suspeição de neoplasia maligna.

Obs. Necessário descartar tuberculose por exames complementares.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anátomo-patológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades .

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Paciente com diagnóstico firmado por biópsia de doença maligna torácica.
AMARELO	Massa sólida ao exame de imagem, com evidências clínicas e complementares de forte suspeição de neoplasia maligna.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – MELANOMA

Melanoma maligno da pele – CID-10: C43

Melanoma in situ da pele - CID-10: D03

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anátomo-patológico confirmando melanoma;
- Paciente avaliado na tele dermatologia com suspeita de melanoma.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.
- Tele dermatologia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

AMARELO	Paciente com melanoma confirmado por biopsia e lesão não ressecada.
VERDE	Paciente com melanoma confirmado por biopsia excisional.
AZUL	Suspeita de melanoma avaliada pela tele dermatologia.

PROTOCOLO DE ACESSO – NAO MELANOMA

Outras neoplasias malignas da pele – CID-10: C44

Carcinoma in situ da pele - CID-10: D04

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anátomo-patológico confirmando câncer de pele não-melanoma;
- Laudo tele dermatologia sugestivo de neoplasia maligna de pele.

OBS: Encaminhar as lesões de maior gravidade a fim de evitar casos que possam ser resolvidos em centros de menor complexidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.
- Carcinoma *in situ* da pele excisado com margens livres.
- Carcinoma basocelular excisado com margens livres.
- Ceratoses solares ou fotodano crônico (CID-10 L57).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.
- Tele dermatologia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

AMARELO	Paciente com câncer de pele não melanoma confirmado por biópsia e lesão não ressecada e: - Área de risco = face, genitais, pés e mãos; - Lesão em áreas de queimaduras, cicatrizes ou radiodermite crônica; - Pacientes imunossuprimidos; - Presença de invasão perineural na histologia.
VERDE	Paciente com câncer de pele não melanoma confirmado por biópsia e lesão não ressecada (que não contemple os critérios acima).
AZUL	Suspeita de câncer de pele não melanoma avaliada pela tele dermatologia.

PROTOCOLO DE ACESSO – LINFOMA DE CÉLULAS T CUTÂNEO

Linfomas da células T cutâneas e periféricas– CID-10: C84

Parapsoríase - CID-10: L41

Papulose linfomatóide – CID-10: C41.2

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Resultado anátomo-patológico confirmando Linfomas da células T
- Paciente avaliado na teledermatologia com suspeita de Linfomas da células T

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.
- Teledermatologia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

AMARELO	Paciente com Linfoma da células T confirmado por biópsia e: - Eritrodermia - Presença de lesões tumorais - Suspeita de envolvimento sistêmico
VERDE	Paciente com Linfoma da células T confirmado por biópsia.
AZUL	Suspeita de Linfoma da células T avaliada pela teledermatologia.

PROTOCOLO DE ACESSO – ORTOPEDIA ONCOLOGIA

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Lesões com suspeita de malignidade primária de ossos ou partes moles, em membros, em exame de imagem, sem diagnóstico anatomopatológico;
- Cirurgia de ressecção de neoplasias malignas primárias de ossos ou partes moles, já comprovadas com diagnóstico anatomopatológico;
- Lesões primárias de osso e de partes moles em membros, que necessitem de tratamento ortopédico especializado.
- Neoplasia maligna da coluna vertebral C41.2

Imagem compatível com tumor de coluna vertebral invadindo o canal raquimedular ou tumor intra-espinal.

SITUAÇÕES QUE NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA O SERVIÇO DE ORTOPEDIA ONCOLÓGICA E DEVEM SER TRATADAS EM SUA ORIGEM:

- Fraturas patológicas secundárias a outras neoplasias que não sejam sarcomas, por exemplo, fratura patológica por metástase de câncer de próstata ou mama;
- Doenças ortopédicas benignas (por exemplo, artrose, lombalgia, etc);
- Complicações ortopédicas após tratamentos oncológicos não realizados no serviço de referência.

VERMELHO	Pacientes com diagnóstico confirmado, e sintomas graves relacionados de difícil controle.
AMARELO	Cirurgia de ressecção de neoplasias malignas primárias de ossos ou partes moles, já comprovadas com diagnóstico anatomopatológico
VERDE	Lesões com suspeita de malignidade primária de ossos, coluna vertebral ou partes moles, em membros, em exame de imagem, sem diagnóstico anatomopatológico
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Gliomas e tumores malignos primários de sistema nervoso central CID C70, C71 e C72

Obs. A absoluta maioria de tumores malignos no sistema nervoso central costuma ser metástase de carcinoma de outro sítio neoplásico, como mama, pulmão e intestino. Apenas os tumores primários de sistema nervoso central devem ser encaminhados a este grupo, os demais devem ser encaminhados conforme sua localização inicial.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NA UBS:

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

ENCAMINHAR AO NEUROCIRURGIÃO:

- Todos os casos de neoplasia de sistema nervoso central.

ENCAMINHAR DIRETAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR:

- Compressão medular;
- Hipercalcemia;
- Síndrome de veia cava superior;
- Obstrução ou risco iminente de obstrução de via aérea superior;
- Insuficiência respiratória;
- Abdome agudo como sangramento intra-abdominal, perfuração ou obstrução intestinal;
- Obstrução urinária aguda ou obstruções de vias urinárias com insuficiência renal aguda;
- Hipertensão intracraniana e rebaixamento de nível de consciência.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando glioma ou outros tumores malignos primários de sistema nervoso central;

• Lesão de SNC com forte suspeição de neoplasia maligna primária, demonstrada por método de imagem.

- Observa-se que a absoluta maioria de tumores malignos no sistema nervoso central costuma ser metástase de carcinoma de outro sítio neoplásico, como mama, pulmão e intestino. Apenas os tumores primários de sistema nervoso central devem ser

encaminhados a este grupo, os demais devem ser encaminhados conforme a localização do sítio primário.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais;
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	Pacientes com diagnóstico confirmado e sintomas graves relacionados de difícil controle.
AMARELO	Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando glioma ou outros tumores malignos primários de sistema nervoso central
VERDE	Lesão de SNC com forte suspeição de neoplasia maligna primária, demonstrada por método de imagem.
AZUL	

Colaboradores:

Dra. Juliana Vieira Gomes

Médica Reguladora

CRM/SC 14923

Dr. Ramon Tartari

Superintendente de Serviços Especializados

e Regulação