



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
Gerência de Rede Ambulatorial Especializada – GERAÉ
Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde - DMAC**

PROTOCOLO DE ALTA SUSPEIÇÃO ONCOLÓGICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Julho/2026

COLABORADORES:

- Amanda Arantes Perez
- Daisy Martins Rodrigues
- Isabel Maria Gomes Soares
- Isabella Victoria da Cunha Peixoto Ribeiro
- Jéssica Marques Macedo
- José Luiz dos Santos Nogueira
- Lidiane Geralda Costa Martins
- Priscilla Moreira de Oliveira
- Yasmim Nogueira Medina

REVISÃO:

- Juliana de Carvalho Britto Rodrigues;
- Mateus Figueiredo Martins Costa;
- Alessandra Antunes Tavares.

INTRODUÇÃO.....	5
QUALIFICAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO.....	5
CÂNCER DE MAMA.....	6
Fatores de Risco.....	6
Sinais, sintomas que sugerem alta suspeição.....	7
Exames que sugerem alta suspeição.....	7
Encaminhamentos.....	7
CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.....	10
Fatores de Risco.....	10
Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição.....	10
Exames que sugerem alta suspeição.....	11
Encaminhamentos.....	11
CÂNCER DE ENDOMÉTRIO.....	14
Fatores de risco.....	14
Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição.....	14
Exames que sugerem alta suspeição.....	15
Encaminhamentos.....	16
CÂNCER DE MASSAS ANEXIAIS - OVÁRIO E TUBA UTERINA.....	18
Fatores de risco:.....	18
Sinais e sintomas sugerem alta suspeição:.....	18
Exames que sugerem alta suspeição :.....	19
Encaminhamento ao Especialista.....	19
CÂNCER DE VULVA.....	22
Fatores de risco.....	22
Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição.....	22
Encaminhamentos.....	23
CÂNCER COLORRETAL.....	25
Fatores de risco.....	25
Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição.....	25
Exames que sugerem alta suspeição.....	26
Encaminhamentos.....	26
CÂNCER DE PRÓSTATA.....	30
Fatores de Risco.....	30
Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição.....	30
Exames que sugerem alta suspeição.....	30
Encaminhamentos.....	31
ANEXO I - Fluxogramas e infográficos.....	33
Alta suspeição de neoplasia de mama.....	33
Alta suspeição de neoplasia de colo de útero.....	35



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Alta suspeição de neoplasia de endométrio.....	37
Alta suspeição de neoplasia de massas anexiais - Ovário e Tuba Uterina.....	39
Alta suspeição de neoplasia de vulva.....	41
Alta suspeição de neoplasia colorretal.....	43
Alta suspeição de neoplasia de próstata.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

INTRODUÇÃO

A alta suspeição oncológica caracteriza-se por um conjunto de sinais/achados clínicos, sintomas e/ou alterações de exames laboratoriais/de imagem que indicam uma elevada probabilidade de malignidade, requerendo investigação diagnóstica célere e detalhada, com exames adicionais tais como biópsia, exames de imagem ou outros procedimentos complementares.

Esse protocolo tem como objetivo agilizar o encaminhamento ao especialista, garantindo o acesso do usuário ao ponto certo da rede, possibilitando assim um diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno.

Obs: Não serão contemplados neste documento os casos com diagnóstico já firmados através de punção/biópsia, que deverão ser encaminhados sob muito alta prioridade (vermelha) ao oncologista da especialidade em questão de acordo com as Diretrizes de oncologia: [DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

QUALIFICAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO

Toda informação **relevante da história clínica** deverá ser registrada na solicitação para facilitar a comunicação e mostrar a necessidade da priorização clínica do paciente. Devem ser registradas informações como **tempo de início dos sintomas, alteração encontrada no exame físico, perda de peso inexplicável, ritmo de progressão (piora) do quadro, idas frequentes à urgência ou internações relacionadas à condição, tratamentos e exames prévios realizados**, dentre outras informações que o médico assistente considerar importante ou que estiverem descritas neste protocolo.

Todo paciente que se enquadre nos critérios de alta suspeição oncológica, devem ser encaminhados na cor vermelha, indicando muito alta prioridade, de acordo com as orientações deste protocolo.

Importante anexar, à solicitação no SIGRAH, cópia de exames ou relatórios que possam embasar o encaminhamento.

CÂNCER DE MAMA

O câncer (CA) de mama é o tipo mais comum entre mulheres, sendo umas das principais causas de morte oncológica no Brasil (INCA, 2021), desconsiderando tumores não melanóticos da pele, é o tipo de câncer mais frequente entre as mulheres da região sudeste. Informações acerca da propedêutica do Câncer de Mama podem ser encontradas em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/12c0044f243c3383c739c582d2b412ad787ab246.pdf>

Fatores de Risco

- Sexo feminino;
- Idade (idade > 50 anos);
- História familiar (câncer de mama ou ovário em parentes de primeiro grau; casos de câncer de mama antes dos 50 anos; caso de câncer de mama e ovário em um mesmo familiar de primeiro grau; câncer de mama bilateral; caso de câncer de mama em homem);
- Menarca precoce (antes dos 12 anos);
- Menopausa tardia (após os 55 anos);
- Idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos;
- Nuliparidade;
- Exposição à radiação torácica;
- Terapia de reposição hormonal na pós menopausa por tempo prolongado (> 5 anos);
- Sobrepeso, obesidade e inatividade física;
- Ingestão de álcool.

Fatores de Alto Risco

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos;
- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar com câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama tratado.

Sinais, sintomas que sugerem alta suspeição

- Lesão em mama, evolutiva, ulcerada e associada ou não a linfadenomegalia ipsilateral);
- Massas/nódulos tumorais habitualmente indolores de limites imprecisos, consistência endurecida, crescimento progressivo, especialmente associadas a abaulamentos, retrações, edema, ulcerações de pele;
- Linfadenomegalias axilares e supraclaviculares (descartados os processos inflamatórios, mastites, lesões sabidamente císticas);
- Lesão descamativa em mamilo e/ou aréola (excluindo os eczemas), progressiva, levando ao desaparecimento dos mesmos;
- Alterações de pele da mama com edema, aspecto de “casca de laranja”.
- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Achados recentes de nódulos palpáveis (exceto os nódulos sabidamente císticos), de limites imprecisos e consistência aumentada; retrações, abaulamentos ou edema, especialmente em pacientes com mais de 35 anos;
- Descarga papilar espontânea cristalina ou sanguinolenta unilateral;
- Homens com tumoração palpável unilateral;
- Presença de linfadenopatia axilar de origem inexplicável com ou sem dor, descartado causa infecciosa.
- Lesões eczematosas, “dermatites” refratárias ao tratamento tópico, evolutivas em complexo aréolo - mamilar unilaterais;

Exames que sugerem alta suspeição

- Mamografia BIRADS 4 e 5;
- USG de mama BIRADS 4 e 5;
- Ressonância magnética de mama BIRADS 5 (Não está disponível na rede).

Encaminhamentos

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar o paciente sob muito alta prioridade para Consulta em Oncologia/Mastologia, de acordo com diretriz:

[DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

- **Breve história:**

- Fatores de risco;
 - Sinais/sintomas;
 - Data de início;
 - Evolução;
 - História da patologia atual.
- **Exame físico - presença ou não de:**
 - Nódulos, com a descrição do mesmo - densidade, tamanho, localização;
 - Retrações de pele/mamilo;
 - Descarga de secreção em mamilos;
 - Linfadenomegalia
 - Dentre outros sinais importantes.
- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual;
- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão:**
 - Exames de imagem com descritivo do achado;
 - BI-RADS;
 - Exame cito/anatomopatológico, caso tenha sido realizado, com conclusão final.

Para os encaminhamentos de lesões não suspeitas, consultar o protocolo de mastologia link: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/21e582adcb168ca4f333a2d5507b8634af1fc7c2.pdf>

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Oncologia/Mastologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Paciente com sinais clínicos **irrefutáveis de câncer de mama** (Lesão em mama, evolutiva, ulcerada e associada ou não a linfadenomegalia ipsilateral), em que a **biópsia não foi realizada**;
- Massas/nódulos tumorais habitualmente indolores de limites imprecisos, consistência endurecida, crescimento progressivo, especialmente associadas a abaulamentos, retrações, edema, ulcerações de pele, linfadenomegalias axilares e supraclaviculares (descartados os processos inflamatórios, mastites, lesões sabidamente císticas);
- Lesão descamativa em mamilo e/ou aréola (excluindo os eczemas), progressiva, levando ao desaparecimento dos mesmos;
- Alterações de pele da mama com edema, aspecto de “casca de laranja”.

- Mamografia BIRADS 4 e 5;
- USG de mama BIRADS 4C e 5;
- Ressonância magnética de mama BIRADS 5 (Não está disponível na rede).

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Mastologia (muito alta prioridade/regulação - vermelha)

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Achados recentes de nódulos palpáveis (exceto os nódulos sabidamente císticos), de limites imprecisos e consistência aumentada; retrações, abaulamentos ou edema, especialmente em pacientes com mais de 35 anos;
- Descarga papilar espontânea cristalina ou sanguinolenta unilateral;
- Homens com tumoração palpável unilateral;
- Presença de linfadenopatia axilar de origem inexplicável com ou sem dor, descartado causa infecciosa.
- Lesões eczematosas, “dermatites” refratárias ao tratamento tópico, evolutivas em complexo aréolo - mamilar unilaterais;
- Exame ultrassonográfico BIRADS 4A ou 4B.

CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais comum entre as mulheres no Brasil, perdendo apenas para o colorretal e o de mama, este último o mais frequente. É causado pela infecção persistente de papiloma vírus humano (HPV), principalmente os subtipos 16 e 18. É uma doença de crescimento lento e silencioso e, por esse motivo, em fases iniciais pode não apresentar sintomas. Nos casos mais avançados, podem estar presentes sinais e sintomas abaixo relacionados e propedêutica necessária para avaliação.

Apesar da lenta progressão, é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Maiores informações sobre a prevenção e controle do câncer do colo do útero podem ser encontradas em:

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-prevencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-uterio_27-09-2021.pdf

Fatores de Risco

- Infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV;
- Início precoce da atividade sexual;
- Múltiplos parceiros;
- Tabagismo (a doença está diretamente relacionada à quantidade de cigarros fumados);
- Idade acima de 30 anos (taxa de cura espontânea é menor)
- Fatores ligados à imunidade;
- Histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis, como herpes genital e clamídia, que podem facilitar a infecção pelo HPV.

Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição

- Sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço físico);
- Sangramento após menopausa;
- Sangramento entre menstruações;
- Dor pélvica, desconforto/dor (dispareunia) ou sangramento durante as relações sexuais;
- Dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais;
- Secreção vaginal anormal (quantidade, cor e odor fétido);
- Perda de peso não intencional;
- Lesão em colo ulcerada (bordas irregulares, colo friável);
- Odor fétido;
- Dor pélvica;

- Sangramento espontâneo ou durante relação sexual;
- Emagrecimento;
- Lesão ulcerada (bordas irregulares, colo friável);

Obs: Após **anamnese adequada**, realização de **exame especular** e descartadas outras condições/ refratário ao tratamento

Exames que sugerem alta suspeição

- Adenocarcinoma in situ (AIS);
- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão (HSIL/NIC II ou III).
- Carcinoma microinvasor ou carcinoma in situ se:
 - Sem prole completa;
 - Presença de margens livres;
- Lesão de Alto Grau (HSIL - categoria 4 Papanicolau);
- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC): quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;

Encaminhamentos

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar o paciente sob muito alta prioridade para Consulta em Oncologia/Ginecologia, de acordo com diretriz:

[DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

- **Breve História:**
 - Fatores de risco;
 - Sinais/sintomas;
 - Data de início;
 - Evolução;
 - História da patologia atual.
- **Exame físico - presença ou não de:**

- Área não corada pelo Schiller e localização;
- Área friável e sua localização;
- Secreção;
- Dor a palpação ou a movimentação de anexos;
- Dentre outros sinais importantes.

- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual.

- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão:**

- Resultados do citopatológico (Papanicolau) realizado com a conclusão final.

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Oncologia/ginecologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Lesão em colo ulcerada (bordas irregulares, colo friável), **associada a pelo menos 1 dos seguintes sintomas/sinais:**
 - Odor fétido;
 - Dor pélvica;
 - Sangramento espontâneo ou durante relação sexual;
 - Emagrecimento.
- Mulheres com história de tratamento prévio de NIC II/III (tendo recebido alta após tratamento realizado ou por perda de seguimento), **associada a pelo menos 1 dos seguintes sintomas/sinais:**
 - Lesão em colo ulcerada (bordas irregulares, colo friável);
 - Odor fétido;
 - Dor pélvica;
 - Sangramento espontâneo ou durante relação sexual;
 - Emagrecimento.
- Adenocarcinoma in situ (AIS);
- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão (HSIL/NIC II ou III).

3. Critérios de encaminhamento para Ginecologia/Propedêutica do Colo (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Lesão ulcerada (bordas irregulares, colo friável);
- Sangramento intermenstrual, já investigado, que persiste, mesmo com o tratamento instituído no centro de saúde.
- Lesão intraepitelial escamosa de alto grau não podendo excluir microinvasão;

- Carcinoma microinvasor ou carcinoma in situ se:
 - Sem prole completa;
 - Presença de margens livres;
- Lesão de Alto Grau (HSIL - categoria 4 Papanicolau);
- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC): quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;

Conferir critérios para encaminhamento no protocolo a seguir:
https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/protocolo-prevencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-utero_04-01-2023.pdf

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

O câncer de endométrio apresenta maior incidência entre pessoas com útero, especialmente aquelas com mais de 55 anos, principalmente em climatério ou pós menopausa. 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 e câncer do colo do útero.

Não são feitos exames de rastreio, por isso é importante que na vigência dos sinais e sintomas, fatores de risco e alteração ultrassonográfica seja levantada a hipótese, pois os sintomas são inespecíficos o que pode dificultar e atrasar o diagnóstico e consequentemente o tratamento.

Fatores de risco

- 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 dos ovários policísticos;
- Reposição hormonal de estrogênio isoladamente na paciente com útero;
- 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.

Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição

- Sangramento vaginal anormal em paciente na menopausa;
- Sangramento uterino anormal (sangramento intenso, intermenstrual e pós-coito) em paciente na menacme;
- Corrimento persistente na pós menopausa após descartados outras doenças ginecológicas ou refratário ao tratamento clínico;
- Dor pélvica sem causa determinada;

- Dificuldade e/ou dor para urinar e/ou frequência aumentada;
- Perda de peso sem causa aparente após investigação laboratorial;

Observação: Nesses casos o médico **deverá solicitar a ultrassonografia transvaginal ou pélvica** (para paciente que não iniciou atividade sexual com penetração vaginal) para avaliação.

Exames que sugerem alta suspeição

- Presença de espessamento endometrial à ultrassonografia;
- Presença de pólipos;
- Útero aumentado de volume.
- 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
- 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 associado a fatores de risco para câncer de endométrio, citados anteriormente;
 - Endométrio de difícil delimitação, difuso ou heterogêneo;
 - Espessura endometrial maior que 11 mm.
- Mulher na menacme/climatério: presença de espessamento endometrial ou presença de pólipos, associado à presença de fatores de risco, citados acima, e sangramento uterino anormal persistente (por mais de 06 meses e que não responde ao tratamento instituído).

Observação: A **histeroscopia** deve ser solicitada nas pacientes que **apresentarem as alterações descritas acima** e pode ser solicitada por qualquer médico, inclusive o médico da APS através da emissão de AIH no código do procedimento: 04.09.06.017-8 – histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio.

Em caso de dúvida, consultar o link:
<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/0726a5354d5da75c4024fe42b569cdbc9ff124b.pdf>

Encaminhamentos

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar a paciente sob muito alta prioridade para Consulta em Oncologia/Ginecologia, de acordo com diretriz:

DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

- **Breve História:**
 - Fatores de risco;
 - Sinais/sintomas;
 - Data de início;
 - Evolução;
 - História da patologia atual;
 - Medicações em uso;
 - DUM/Data da menopausa.
- **Exame físico - presença ou não de:**
 - Secreção;
 - Dor a palpação ou a movimentação de anexos;
 - Dentre outros sinais importantes.
- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual.
- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão:**
 - Laudo da ultrassonografia transvaginal ou pélvica (para pacientes que não iniciaram atividade sexual com penetração vaginal) solicitada.

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Oncologia/ginecologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Paciente na pós menopausa, associada a todos os seguintes:
 - Útero aumentado de volume;
 - Espessamento endometrial acima de 5mm;

- Sangramento vaginal;
- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm associado a Útero aumentado de volume com ou sem perda de peso.
- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm associado a útero aumentado de volume com ou sem perda de peso.

Observação: As **situações que não se enquadrarem** nos critérios descritos acima, devem manter acompanhamento **com o médico solicitante da histeroscopia** (médico da eSF e/ou ginecologista).

CÂNCER DE MASSAS ANEXIAIS - OVÁRIO E TUBA UTERINA

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

<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/142f5885ee37bbe753fee6cc2f82dcc234daeb95.pdf>

Fatores de risco:

- Idade maior que 50 anos;
- 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.

Sinais e sintomas sugerem alta suspeição:

- Aumento da circunferência abdominal;
- Sangramento pós menopausa associada a massa anexial;
- 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 - 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.

Observação: Nesses casos o médico deverá solicitar a ultrassonografia transvaginal ou pélvica (para paciente que não iniciou atividade sexual com penetração vaginal) para avaliação.

Exames que sugerem alta suspeição :

- Massa anexial sólida, independentemente do tamanho;
- Massa anexial cística com aspecto complexo (multilocular, septação espessa, conteúdo misto, projeções papilares);
- Massa anexial com vascularização interna;
- Massa anexial compatível com teratoma/cisto dermóide 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;
- Solicitar CA-125 após resultado de ultrassom que demonstre risco de câncer (se disponível);
- Se a alta suspeição for em mulheres < 45 anos, e se for disponível, solicitar alfafetoproteína (AFP), a beta-HCG e a lactato desidrogenase (LDH), marcadores para tumores germinativos do ovário.

Observação:

- **Solicitar CA-125 após resultado de ultrassom que demonstre risco de câncer (se disponível);**
- Se a alta suspeição for em mulheres < 45 anos, e se for disponível, solicitar alfafetoproteína (AFP), a beta-HCG e desidrogenase láctica (LDH), marcadores para tumores germinativos do ovário.

Encaminhamento ao Especialista

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar o paciente sob muito alta prioridade para oncologia, de acordo com diretriz:

[DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

- **Breve história:**
 - Fatores de risco;
 - Sinais/sintomas;
 - Data de início;
 - Evolução;
 - História da patologia atual;
 - Paciente está ou não na menopausa (se sim, quanto tempo);
 - Há sangramento? Qual o padrão?
 - DUM.
- **Exame físico - presença ou não de:**
 - Presença de secreção;
 - Dor à palpação dos anexos.
- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual;
- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão:**
 - Laudo da ultrassonografia;
 - Data e resultado de beta-HCG;
 - Data e resultado de CA-125.

2. Critérios de encaminhamento para Oncologia/ginecologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Presença de massa anexial maior ou igual a 10 cm e CA-125 maior que 35 U/mL - acrescentar o motivo de não ter o diagnóstico confirmado por anatomopatológico.
- Sangramento na pós menopausa associada a massa anexial.
- Massa pélvica palpável, associada a perda de peso involuntária (5% do peso corporal ou 5 kg durante 6 meses) e pelo menos um dos sintomas abaixo:
 - Aumento da circunferência abdominal;
 - 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;
 - 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.

- Ultrassonografia apresentando qualquer um dos seguintes achados:
 - Massa anexial sólida, independentemente do tamanho; associada a perda de peso e/ou ascite.
 - Massa anexial cística com aspecto complexo (multilocular, septação espessa, conteúdo misto, projeções papilares), associada a CA 125 aumentado com ascite, com emagrecimento;
 - Massa anexial com vascularização interna (doppler);
 - Massa anexial compatível com teratoma/cisto dermóide 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;

3. Critérios de encaminhamento para Ginecologia (muito alta prioridade - vermelha)

- Cisto ovariano simples de 5 a 7 cm.

Observação: Aqueles centros de saúde que possuem ginecologista, agendar no menor tempo possível. Aqueles que não tem o especialista, agendar para ginecologia da atenção secundária em prioridade muito alta (vermelha) no SIGRAH.

4. Critérios de encaminhamento para tratamento cirúrgico - deve ser realizada a emissão de AIH (médico assistente ou ginecologista)

- Cistos simples a partir de 7cm;
- Cistos persistentes (>5cm, presentes por mais de 06 meses);
- Cistos >05cm que aumentarem de tamanho;
- Massa complexa sem CA-125, sem ascite, sem emagrecimento associado (sem sinais de malignidade).
- Pós menopausa com sintomas discretos (dor, aumento de volume abdominal).

CÂNCER DE VULVA

Trata-se de neoplasia pouco frequente que acomete a parte externa da genitália feminina. Representa 5 a 8% de todos os tumores malignos da mulher. A idade média na época do diagnóstico é de 65 anos. De forma geral, a incidência da neoplasia aumenta conforme avança a idade. Recentemente, observou-se redução da média de idade decorrente de aumento da incidência em mulheres jovens, em razão da epidemia da infecção por papilomavírus humano (HPV). Em mulheres mais velhas, geralmente está associado a processo inflamatório crônico, sobretudo a líquen escleroso.

Fatores de risco

- Relacionados ao HPV(mais comum em mulheres mais jovens):
 - Infecção persistente por HPV oncogênico;
 - Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN usual - relacionada ao HPV);
 - História de câncer do colo do útero, vagina ou anus;
 - Início precoce de atividade sexual;
 - Múltiplos parceiros;
 - Tabagismo;
 - Imunossupressão(HIV, transplante);
- Não relacionados ao HPV(mais comum em mulheres idosas):
 - Líquen escleroso (principal fator isolado);
 - VIN diferenciada (não relacionada ao HPV - relacionada ao líquen);
 - Idade > 60 anos;
 - Doença inflamatória crônica da vulva;
 - História de prurido vulvar crônico;
 - Baixo acesso a serviços de saúde;
 - Má higiene genital.

Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição

- Lesão de crescimento rápido, vegetante ulcerada, persistente, que não cicatriza, associada ou não a áreas de necrose;
- Linfonodomegalia inguinal ipsilateral;
- Paciente que já apresentava biópsia de lesão com diagnóstico de líquen escleroso;
- Coceira persistente na região íntima, sem melhora e sem outras causas após investigação;

- Mudanças na pele: mais espessa, áspera e/ou com coloração diferente, sem causa aparente, com ou sem dor ou alteração de sensibilidade associada;
- Linfonodomegalia inguinal após descartadas outras patologias, como ISTs (sinal tardio);
- Lesões vegetantes de vulva;
- Lesão ulcerada que não cicatriza;

Encaminhamentos

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar o paciente sob muito alta prioridade para Consulta em Oncologia/Ginecologia, de acordo com diretriz:

[DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

- **Breve História:**
 - Fatores de risco;
 - Sinais/sintomas;
 - Data de início;
 - Evolução;
 - História da patologia atual;
- **Exame físico - presença ou não de:**
 - Secreção;
 - Área friável e sua localização;
 - Dor à palpação;
 - Presença de lesões vegetantes;
 - Dentre outros sinais importantes.
- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual.
- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão caso tenha sido solicitado algum ou a paciente já tenha.**

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Oncologia/Ginecologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Lesão altamente suspeita mesmo antes do resultado da biópsia (crescimento rápido, vegetante ulcerada, persistente, que não cicatriza, associada ou não a áreas de necrose e/ou linfonodomegalia inguinal ipsilateral);
- Paciente que já apresentava biópsia de lesão com diagnóstico de líquen escleroso, **associada a pelo menos 2 dos seguintes:**
 - Coceira persistente na região íntima, sem melhora e sem outras causas após investigação;
 - Mudanças na pele: mais espessa, áspera e/ou com coloração diferente, sem causa aparente, com ou sem dor ou alteração de sensibilidade associada;
 - Linfonodomegalia inguinal após descartadas outras patologias, como ISTs (sinal tardio);
 - Lesões vegetantes de vulva;
 - Lesão ulcerada que não cicatriza;

3. Encaminhamento para Ginecologia/Propedêutica do Colo do Útero (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Coceira persistente na região íntima, sem melhora e sem outras causas após investigação;
- Mudanças na pele: mais espessa, áspera e/ou com coloração diferente, sem causa aparente, com ou sem dor ou sensibilidade associada;
- Linfonodomegalia inguinal após descartadas outras patologias, como ISTs (sinal tardio);
- Lesões vegetantes de vulva;
- Lesão ulcerada que não cicatriza;

CÂNCER COLORRETAL

O câncer colorretal ou de cólon e reto abrange os tumores que se iniciam no intestino grosso, região chamada cólon ou reto, que corresponde ao final do intestino imediatamente antes do ânus, e no ânus. É uma doença heterogênea, que se desenvolve principalmente a partir de mutações genéticas que ocorrem em lesões benignas, como pólipos adenomatosos e serrilhados. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto ocupam a terceira posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil.

Fatores de risco

- Sedentarismo;
- Obesidade;
- Consumo regular de álcool e tabaco;
- Baixo consumo de fibras, frutas, vegetais e carnes magras;
- Exposição a radiações (ex: raios X e gama).

Fatores de Médio risco

- Idade entre 50 e 75 anos, independente do sexo.

Fatores de Alto Risco

- Presença de Doença Inflamatória Intestinal Crônica (Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn);
- Suspeita de síndromes hereditárias com predisposição ao câncer (Síndrome de Lynch, Polipose Adenomatosa Familiar, dentre outras);
- História pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama;
- Histórico familiar de câncer colorretal (um parente de 1º grau ou dois parentes de 2º grau);
- Radioterapia prévia pélvica (próstata, ginecológico).

Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição

- Lesão anal clinicamente suspeita (geralmente infiltrantes, endurecidas, com sangramento ao toque e áreas de necrose);
- Tumores/Massas retais palpáveis suspeitas em reto baixo (endurecidas, irregulares com ou sem sangramento ao toque).
- Mudança de hábito intestinal;
- Tenesmo (sensação de vontade constante de evacuar e evacuação incompleta);
- Afilamento de fezes;

- Anemia ferropriva;
- Paciente com perda ponderal não intencional expressiva, principalmente em pacientes > 50 anos;
- Hematoquezia persistente ou mais de um episódio, principalmente acima de 50 anos;
- Massa abdominal e/ou retal palpável;
- Dor ou desconforto abdominal;
- A forte suspeita colonoscópica de neoplasia maligna colorretal com biópsia inconclusiva ou mesmo negativa (amostra escassa, lesão não alcançada, entre outras);
- Tomografia com lesões suspeitas de neoplasia;
- Pacientes acima de 50 anos com sangramento à evacuação (hematoquezia ou enterorragia);
- Dor abdominal tipo cólica constante (excluídos patologias da vesícula biliar, rins e útero);
- Sangue oculto nas fezes associado a outros fatores.

Exames que sugerem alta suspeição

- A forte suspeita colonoscópica de neoplasia maligna colorretal com biópsia inconclusiva ou mesmo negativa (amostra escassa, lesão não alcançada, entre outras).
- Tomografia com lesões suspeitas de neoplasia.

Observação: Os pacientes que apresentam sinais/sintomas sugestivos de câncer colorretal devem **preferencialmente** ter realizado a colonoscopia antes do encaminhamento coloproctologista. Exceção serão aqueles casos de sinais altamente sugestivos de malignidade ou caso haja uma rápida evolução do quadro, que poderão ser encaminhados à Consulta em Oncologia/Coloproctologia. Em caso de dúvidas consultar o fluxo para solicitação de colonoscopia:

<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/0fc81054ac6b5153bd60f48b183d5844a6c6685e.pdf>

Encaminhamentos

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar o paciente sob muito alta prioridade para Consulta em Oncologia/Coloproctologia, de acordo com diretriz:

[DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

Resultados de exames atuais com data, relacionados à patologia em questão (PSOF; achados na colonoscopia, resultado anatomopatológico, se houver, dentre outros). OBS: Todos os descritivos de biópsia devem incluir sítio primário da lesão, com data da realização do exame.

Na presença de anemia ferropriva, enviar hemograma detalhado e cinética do ferro.

- **Breve História:**

- Fatores de risco;
- Sinais/sintomas;
- Data de início;
- Evolução;
- História da patologia atual;
- Medicações em uso;

- **Exame físico - presença ou não de:**

- Coloração de mucosas;
- Peso na consulta;
- Dor a palpação abdominal;
- Presença de massa abdominal;
- Aumento do peristaltismo/peristaltismo de luta;
- Toque retal - se realizado, descrever;
- Dentre outros.

- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual.

- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão:**

- Sangue oculto nas fezes (PSOF);
- Achados na colonoscopia com resultado anatomopatológico, se houver;
- Dentre outros.

- **Importante:**

- Todos os descritivos de biópsia devem incluir sítio primário da lesão, com data da realização do exame;
- Na presença de anemia ferropriva, enviar hemograma detalhado e cinética do ferro.

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Oncologia/Coloproctologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Lesão anal clinicamente suspeita (geralmente infiltrantes, endurecidas, com sangramento ao toque e/ou áreas de necrose);
- Tumores/Massas retais palpáveis suspeitas em reto baixo (endurecidas, irregulares com ou sem sangramento ao toque).
- Fatores de risco associados a uma forte suspeita clínica - **Associação de 02 ou mais:**
 - Paciente com perda ponderal não intencional expressiva relacionada a queixas do aparelho digestivo baixo;
 - Massa abdominal ou retal palpável;
 - Anemia ferropriva sem causa específica após investigação;
 - Afilamento das fezes.
- A forte suspeita colonoscópica de neoplasia maligna colorretal com biópsia inconclusiva ou mesmo negativa (amostra escassa, lesão não alcançada, entre outras).
- Tomografia com lesões suspeitas de neoplasia;
- Pacientes com sintomas gastrointestinais que sejam portadoras da Síndrome de Lynch ou que apresentem parentes de primeiro grau com histórico dessa síndrome.

3. Critérios de solicitação de Colonoscopia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- **Na presença perda de peso e pelo menos 02 dos sintomas abaixo:**
 - Pacientes acima de 50 anos com sangramento à evacuação (hematoquezia ou enterorragia);
 - Tenesmo (sensação de vontade constante de evacuar e evacuação incompleta);
 - Alteração do hábito intestinal por mais de três meses, sem causa aparente (diarreia crônica e/ou constipação);
 - Dor abdominal tipo cólica constante (excluídos patologias da vesícula biliar, rins e útero);
 - Sangue oculto nas fezes associado a outros fatores.
- **Na presença anemia ferropriva sem causa definida após investigação inicial da APS e pelo menos 02 dos sintomas abaixo:**
 - Pacientes acima de 50 anos com sangramento à evacuação (hematoquezia ou enterorragia);
 - Tenesmo (sensação de vontade constante de evacuar e evacuação incompleta);
 - Alteração do hábito intestinal por mais de três meses, sem causa aparente (diarreia crônica e/ou constipação);

- Dor abdominal tipo cólica constante (excluídos patologias da vesícula biliar, rins e útero);
- Sangue oculto nas fezes associado a outros fatores.

Sempre que possível, solicitar colonoscopia, antes de encaminhar ao coloproctologista.

Vide fluxo de colonoscopia na APS:

<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/0fc81054ac6b5153bd60f48b183d5844a6c6685e.pdf>

CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é o segundo mais frequente entre os homens, perdendo somente para o câncer de pele. A evolução clínica do câncer de próstata ainda não é bem conhecida, a despeito do conhecimento de alguns fatores prognósticos. Sabe-se que alguns possuem comportamento indolente, crescendo de forma lenta, sem chegar a apresentar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem, outros tipos podem crescer de forma rápida, espalhar-se para outros órgãos e levar à morte.

Fatores de Risco

- Idade - risco aumenta com o avançar da idade;
- Histórico familiar de câncer de próstata (pai, avô ou irmão com CA de próstata com idade inferior a 60 anos);
- Sobrepeso e obesidade (associado com pior prognóstico);
- Cor negra - essa relação está mais bem estabelecida na população da América do Norte e Caribe.

Sinais e sintomas que sugerem alta suspeição

- Dificuldade de urinar;
- Hematúria;
- Diminuição do jato urinário;
- Demora em iniciar ou finalizar o jato urinário;
- Diminuição do jato urinário;
- Aumento da frequência urinária, especialmente noturna;
- Mudança no padrão urinário;
- Disfunção erétil;
- Toque retal suspeito (nódulo, endurecimento ou assimetria);
- Perda de peso;
- Caquexia;
- Cansaço;
- Dor óssea;
- Obstrução urinária (dificuldade de urinar; diminuição do jato urinário; demora em iniciar ou finalizar o jato urinário; diminuição do jato urinário).

Exames que sugerem alta suspeição

- Homens com PSA total > 4 ng/mL associado a outros fatores;

- PSA $\geq$ 10 ng/mL, em qualquer idade e uma medida - na ausência de suspeita de ITU/prostatite.

Observação: É importante ressaltar que o câncer de próstata inicial comumente não apresenta sintomas, de maneira que os sintomas obstrutivos citados são mais frequentes em casos avançados da neoplasia.

Encaminhamentos

Em caso de neoplasia/lesão maligna confirmada por anatomopatológico, citológico ou histológico, encaminhar o paciente sob muito alta prioridade para Consulta em Oncologia/Urologia, de acordo com diretriz:

[DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS](#)

1. Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação de encaminhamento deve conter

- **Breve História:**
 - Fatores de risco;
 - Sinais/sintomas;
 - Data de início;
 - Evolução;
 - História da patologia atual;
 - Medicações em uso;
- **Exame físico - presença ou não de:**
 - Achados relevantes;
 - Toque retal - descrever tamanho estimado da próstata, consistência, assimetria ou nódulo;
 - Dentre outros.
- **Tratamentos:** quando realizados e relacionados ao quadro atual.
- **Resultado de exames atuais com datas - relacionados à patologia em questão:**
 - PSA;
 - Anatomopatológico;
 - EAS;
 - Dentre outros.

2. Critérios de encaminhamento para Consulta em Oncologia/Urologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Presença de nódulo endurecido e/ou assimétrico ao toque retal.
- Homens com PSA total > 4 ng/mL associados a:
- Perda de peso;
- Dor óssea (principalmente dor lombar);
- Obstrução urinária (dificuldade de urinar; diminuição do jato urinário; demora em iniciar ou finalizar o jato urinário; diminuição do jato urinário);
- PSA $\geq$ 10 ng/mL, em qualquer idade e uma medida - na ausência de suspeita de ITU/prostatite.

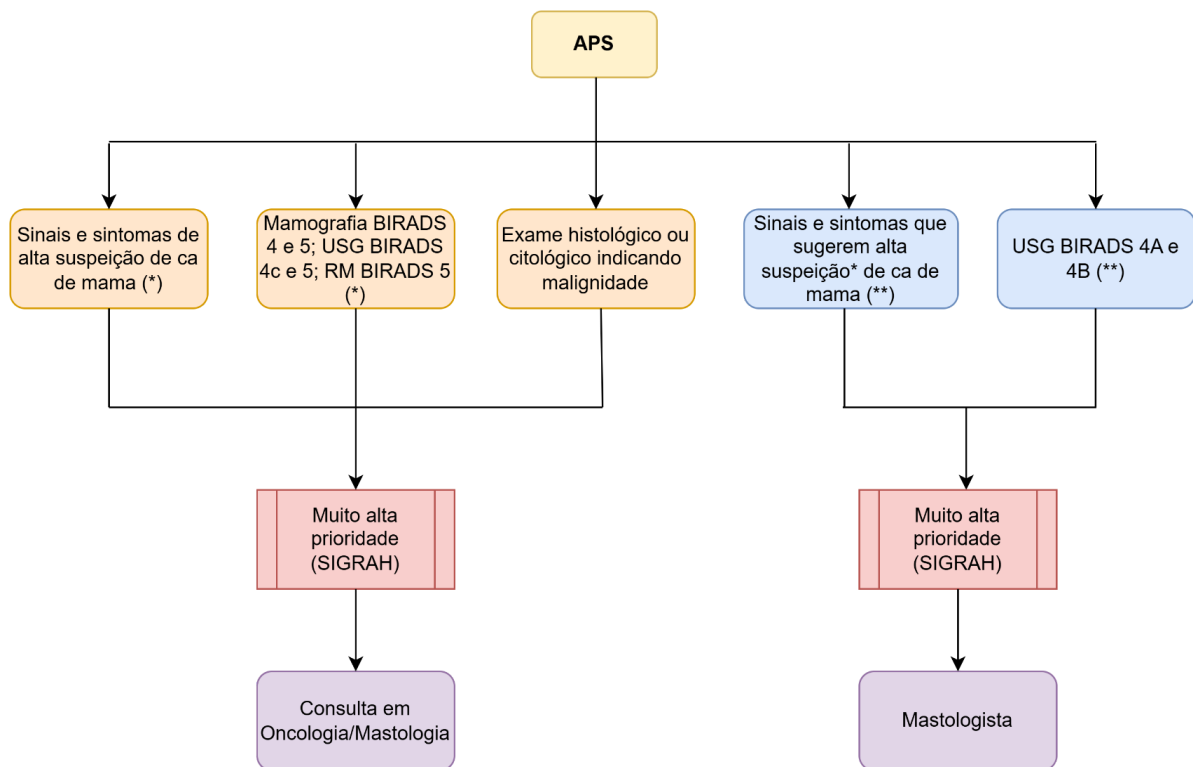
3. Critérios de encaminhamento para Urologia (via SIGRAH sobre regulação - muito alta prioridade - vermelha)

- Homens com PSA total > 4 ng/mL, associado a pelo menos 01 dos sintomas:
 - Hematúria;
 - Aumento da frequência urinária, especialmente noturna;
 - Mudança no padrão urinário;
 - Disfunção erétil;
 - Sinais e sintomas constitucionais (caquexia; cansaço; febre, perda de apetite).

Atenção: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA em pacientes que estão em uso desta medicação devem ser multiplicados por 2, quando utilizam a medicação por mais de 6 meses.

ANEXO I - Fluxogramas e infográficos

Alta suspeição de neoplasia de mama

**CrITÉRIOS de alta suspeição oncológica (*) - Oncologia/Mastologia**

- Lesões de mama evolutivas, ulceradas e associadas ou não a linfadenomegalia ipsilateral em que a biópsia não foi realizada;
- Massas/nódulos tumorais habitualmente indolores de limites imprecisos, consistência endurecida, crescimento progressivo, especialmente associada a abaulamentos, retrações, edema, ulcerações de pele, linfadenomegalias axilares e supraclaviculares (descartados processos inflamatórios, mastites, lesões sabidamente císticas);
- Lesão descamativa em mamilo e/ou auréola (excluindo eczemas) progressiva, levado ao desaparecimento dos mesmos;
- Alterações de pele da mama com edema, aspecto de "casca de laranja".
- mamografia BIRADS 4 e 5;
- USG de mama BIRADS 4C e 5;
- Ressonância magnética de mama BIRADS 5 (não disponível na rede).

CrITÉRIOS de alta suspeição oncológica () - Mastologia**

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Achados recentes de nódulos palpáveis (exceto o nódulos sabidamente císticos), de limites imprecisos e consistência aumentada; retrações, abaulamentos ou edema, especialmente em pacientes com mais de 35 anos;
- Descarga papilar espontânea cristalina ou sanguinolenta unilateral;
- Homens com tumorações palpável unilateral;
- USG BIRADS 4A e 4B.

Fatores de Risco

- Idade > 50 anos
- História familiar (1º grau < 50 anos ou bilateral)
- Menarca precoce ou menopausa tardia

Red Flags (Alta Suspeição)

- Lesão ulcerada ou aspecto de casca de laranja
- Nódulos duros de limites imprecisos
- Descarga papilar sanguinolenta ou cristalina
- Linfadenopatia axilar inexplicável

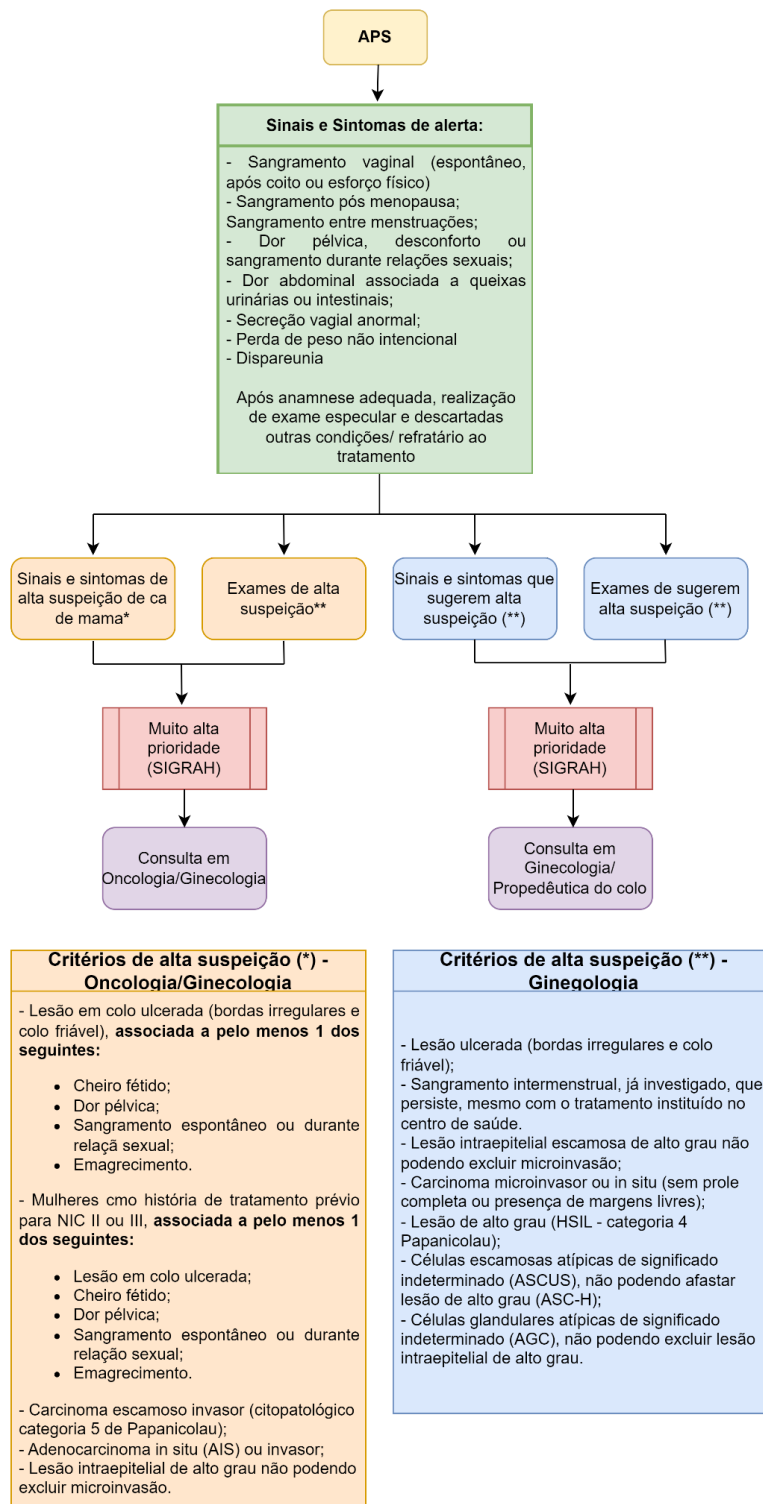
Mamografia BI-RADS 4 e 5
USG BI-RADS 4C e 5

Árvore de Decisão de Encaminhamento

→ **Para Oncologia / Mastologia**
Sinais clínicos irrefutáveis (lesão ulcerada) **SEM** biópsia prévia ou imagens BI-RADS 4C e 5.

→ **Para Mastologia Geral**
Nódulo em > 50 anos; descarga papilar; exames BI-RADS 4A ou 4B.

Alta suspeição de neoplasia de colo de útero



Fatores de Risco

- Infecção persistente por HPV (cepas 16 e 18)
- Tabagismo crônico
- Estados de imunossupressão
- Múltiplos parceiros

Red Flags (Alta Suspeição)**No Exame Especular**

- Lesão ulcerada
- Bordas irregulares
- Colo friável com sangramento ao toque

Sintomas e Histórico

- Sangramento pós-coito ou pós-menopausa
- Odor fétido e dor pélvica
- Histórico Crítico: NIC II/III prévio ou HSIL no Papanicolau

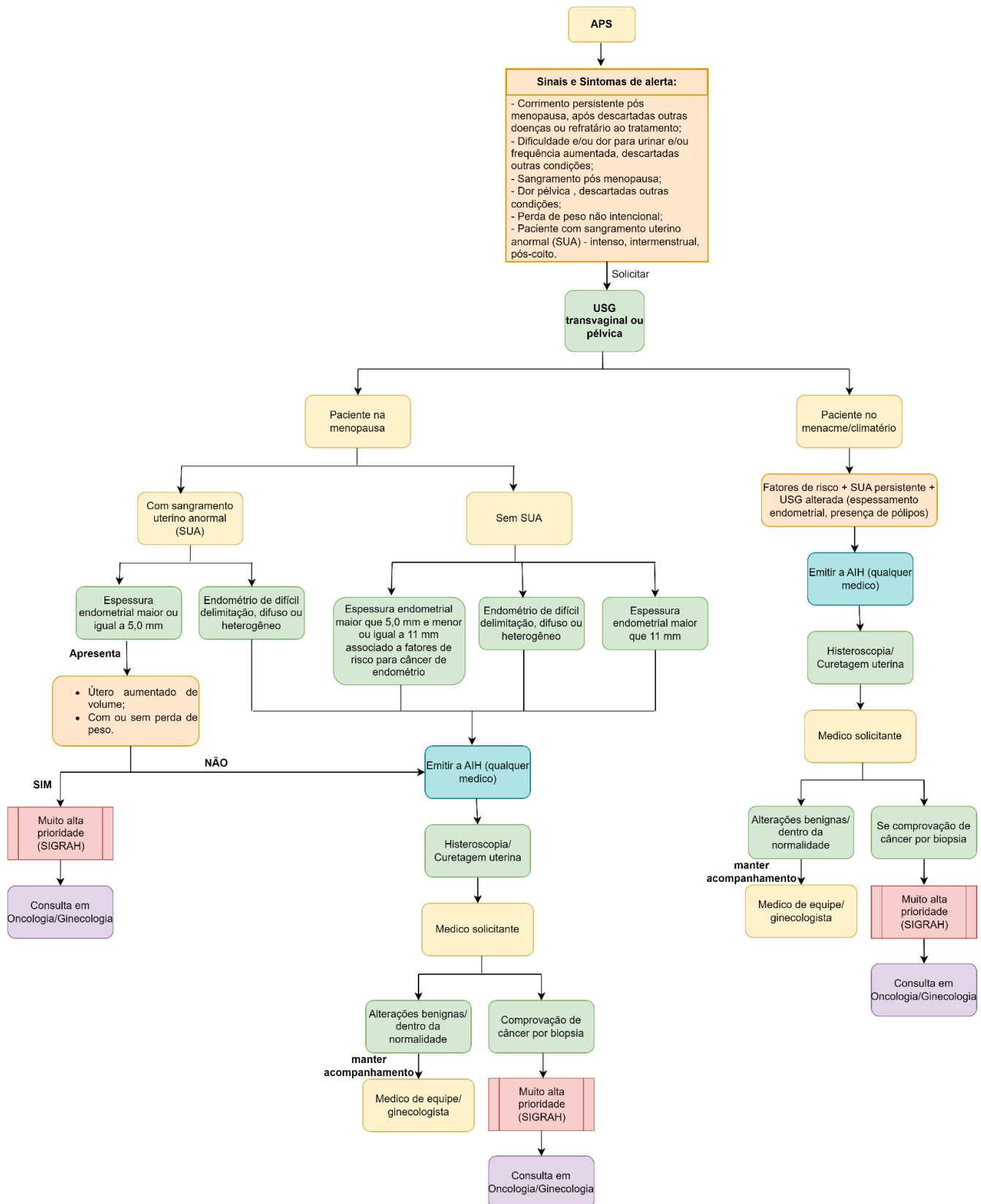
Árvore de Decisão de Encaminhamento**Para Oncologia / Ginecologia**

- Lesão ulcerada associada a sintomas (odor, dor, sangramento); Histórico de NIC II/III com sintomas associados; Adenocarcinoma in situ.

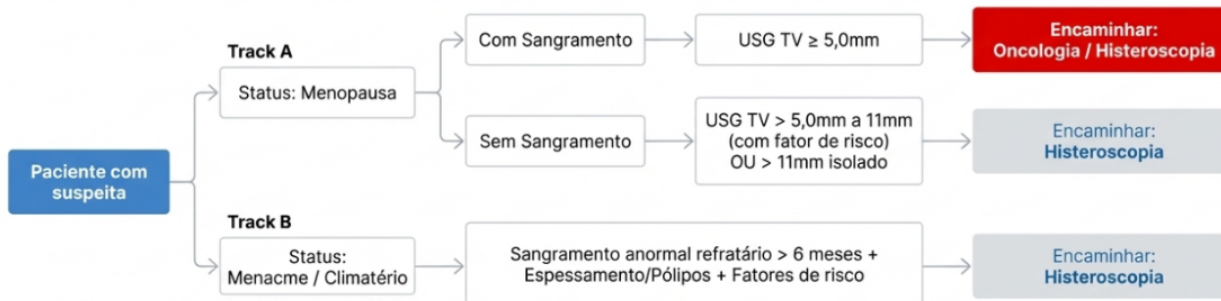
Para Ginecologia / Propedêutica

- Lesão intraepitelial de alto grau não excluindo microinvasão; Sangramento intermenstrual refratário.

Alta suspeição de neoplasia de endométrio

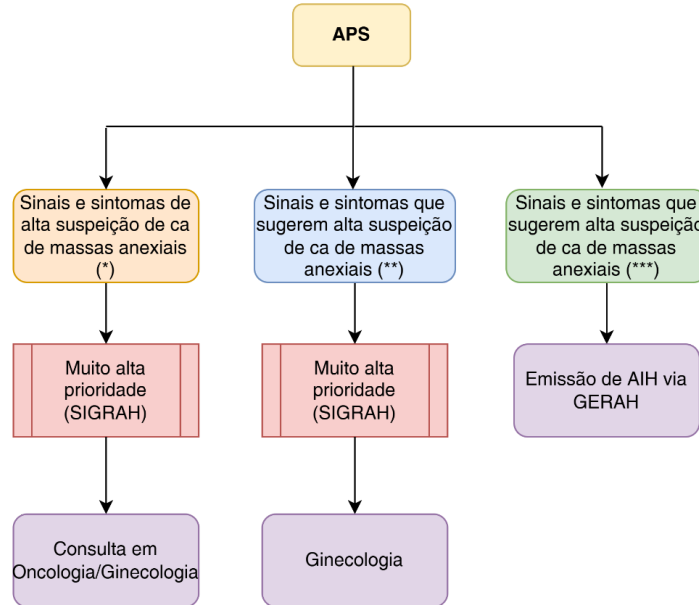


Regra Geral: Não há rastreio populacional. A suspeição nasce invariavelmente do sangramento anormal.



Alerta de Prioridade: O encaminhamento imediato para Oncologia (Prioridade Vermelha) requer a tríade: Útero aumentado + espessamento > 5mm + sangramento.

Alta suspeição de neoplasia de massas anexiais - Ovário e Tuba Uterina

**CrITÉRIOS de alta suspeição (*) -
Oncologia/Ginecologia**

- Presença de massa anexial maior ou igual a 10 cm e CA-125 maior que 35 U/mL - acrescentar motivo de não ter o anatomopatológico;
- Sangramento pós menopausa associada a massa anexial;
- Massa pélvica palpável, associada a perda de peso involuntária (5% do peso corporal ou 05kg em 06 meses) e pelo menos um dos sintomas abaixo:

- Aumento da circunferência abdominal;
- Dor abdominal e pélvica persistente ou recorrente (> 03 vezes por semana);
- Saciedade precoce ou perda de apetite inexplicável;
- Sintomas urinários (urgência ou frequência aumentada);
- Presença de ascite e/ou massa no exame clínico.

- Ultrassonografia apresentando qualquer um dos seguintes achados:

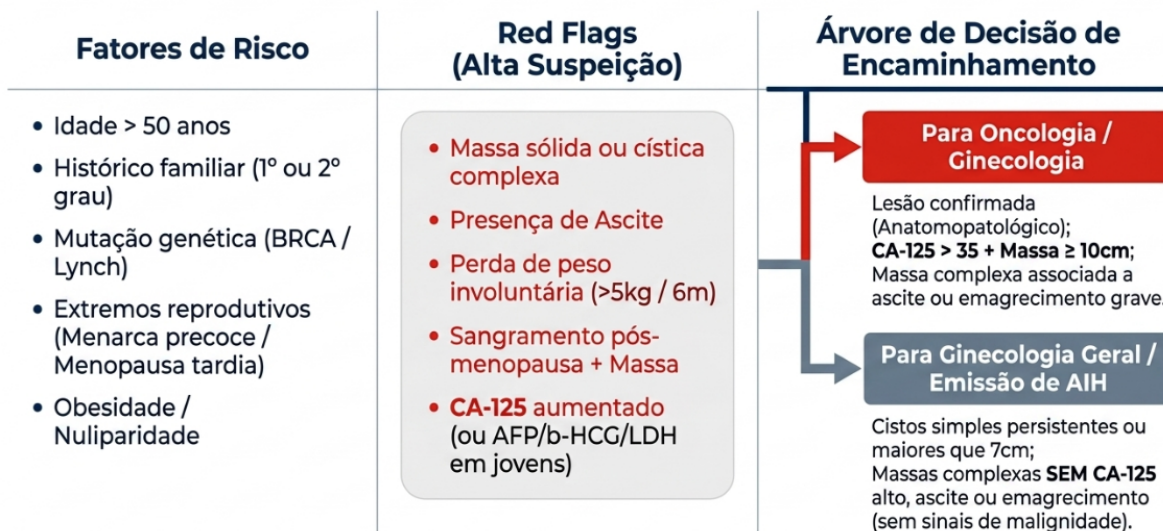
- Massa anexial sólida, independentemente do tamanho associada a perda de peso e/ou ascite;
- Massa anexial cística com aspecto complexo (multilocular, septação espessa, conteúdo misto, projeções papilares), associada a CA 125 aumentado com ascite, com emagrecimento;
- Massa anexial com vascularização interna (doppler);
- Massa anexial compatível com teratoma/ cisto dermóide com fatores de risco para malignidade (idade > 45 anos, tamanho > 10cm ou crescimento rápido);
- Massa anexial em mulher com sintomas (distensão abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança de hábito intestinal);
- Massa anexial que cursa com ascite.

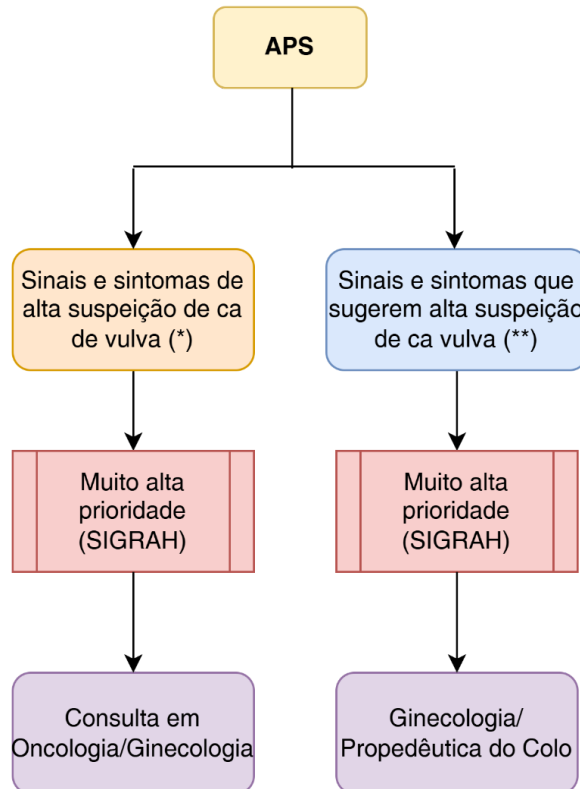
**CrITÉRIOS de alta suspeição
(**) - Ginecologia**

- Cisto ovariano simples 5 a 7 cm.

CrITÉRIOS de alta suspeição (*)
para tratamento cirúrgico**

- Cisto simples a partir de 7 cm;
- Cistos persistentes (>5cm e por mais de 6 meses);
- Cistos > 5 cm que aumentarem de tamanho;
- Massa complexa sem CA-125, sem ascite, sem emagrecimento associado (sem sinais de malignidade);
- Pós menopausa com sintomas discretos (dor e aumento de volume abdominal).



Alta suspeição de neoplasia de vulva**Critérios de alta suspeição (*) - Oncologia/Ginecologia**

- Lesão altamente suspeita mesmo antes do resultado (crescimento rápido, vegetante ulcerada associada ou não a áreas de necrose e/ou linfonodomegalia inguinal ipsilateral).

- Paciente que já apresentava biópsia de lesão com diagnóstico de líquen escleroso, **associada a pelo menos 02 dos seguintes:**

- Coceira persistente na região íntima, sem melhora e sem outras causas após investigação;
- Mudanças na pele: mais espessa, áspera e/ou com coloração diferente, sem causa aparente, com ou sem dor ou alteração de sensibilidade associada;
- Linfonodomegalia inguinal após descartadas outras patologias, como ISTs (sinal tardio);
- Lesões vegetantes de vulva;
- Lesão ulcerada que não cicatriza.

Critérios de alta suspeição () - Ginecologia**

- Coceira persistente na região íntima, sem melhora e sem outras causas após investigação;
- Mudanças na pele: mais espessa, áspera e/ou com coloração diferente, sem causa aparente, com ou sem dor ou sensibilidade associada;
- Linfonodomegalia inguinal após descartadas outras patologias, como ISTs (sinal tardio);
- Lesões vegetantes de vulva;
- Nevo com alteração de tamanho, cor e/ou forma;
- Lesão ulcerada que não cicatriza.

Dicotomia de Risco

Perfil A

Mulheres Jovens: Risco intimamente relacionado à infecção persistente pelo HPV, tabagismo e quadros de imunossupressão.

Perfil B

Mulheres Idosas (>60): Risco relacionado primariamente a Líquen Escleroso, inflamação crônica e longo histórico de prurido.

Red Flags (Alta Suspeição)

- Lesão de crescimento rápido (vegetante ou ulcerada que não cicatriza)
- Linfonodomegalia inguinal ipsilateral
- Mudança de espessura ou coloração da pele associada a dor local

Árvore de Decisão de Encaminhamento

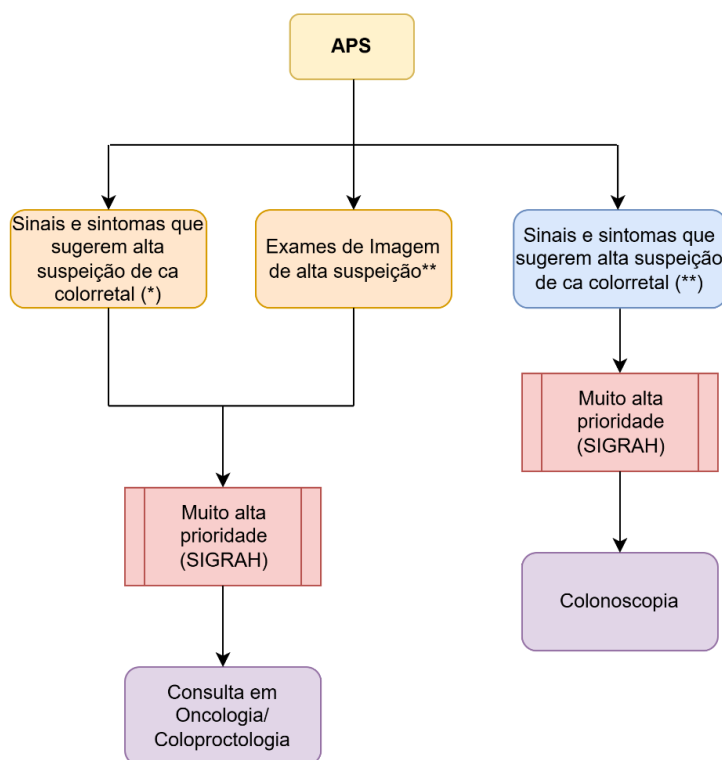
Para Oncologia / Ginecologia

Lesão vegetante ou ulcerada altamente suspeita; Paciente com diagnóstico de líquen escleroso apresentando prurido refratário ou linfonodomegalia.

Para Ginecologia / Propedêutica

Coceira persistente e refratária sem outras causas anatômicas evidentes.

Alta suspeição de neoplasia colorretal



CrITÉRIOS de alta suspeição (*) - Oncologia/Coloproctologia

- Lesão anal clinicamente suspeita (geralmente infiltrantes, endurecidas, com sangramento ao toque e/ou áreas de necrose);
- Tumores/Massas retais palpáveis suspeitas em reto baixo (endurecidas, irregulares com ou sem sangramento ao toque);
- A forte suspeita clínica - **Associação de 02 ou mais:**

- Paciente com perda ponderal não intencional expressiva relacionada a queixas do aparelho digestivo baixo;
- Massa abdominal ou retal palpável;
- Afinamento de fezes;
- Anemia ferropriva sem causa específica após investigação.

- A forte suspeita colonoscópica de neoplasia maligna colorretal com biópsia inconclusiva ou mesmo negativa (amostra escassa, lesão não alcançada, entre outras);
- A forte suspeita colonoscópica de neoplasia maligna colorretal com biópsia inconclusiva ou mesmo negativa (amostra escassa, lesão não alcançada, entre outras).
- Pacientes com sintomas gastrointestinais que sejam portadoras da Síndrome de Lynch ou que apresentem parentes de primeiro grau com histórico dessa síndrome.

CrITÉRIOS de alta suspeição (**) - Colonoscopia

Na presença de anemia ferropriva sem causa definida ou perda de peso, associada a 02 ou mais dos seguintes:

- Pacientes acima de 50 anos com sangramento à evacuação (hematoquezia ou enterorragia) sem outros sintomas;
- Tenesmo;
- Alteração do hábito intestinal por mais de três meses, sem causa aparente (diarreia crônica e/ou constipação);
- Dor abdominal tipo cólica constante (excluídos patologias da vesícula biliar, rins e útero);
- Sangue oculto nas fezes associado a outros fatores;

TOP BAND (Avaliação Inicial)

Fatores de Risco

- Idade entre 50 e 75 anos.

Alto Risco:

- Doença Inflamatória Intestinal (Crohn/Retocolite)
- Síndrome de Lynch
- Histórico familiar de 1º grau

A Tríade de Alerta



Perda de peso expressiva e não intencional



Anemia ferropriva crônica sem causa aparente



Mudança de hábito intestinal, hematoquezia ou tenesmo

**Sinal Crítico:** Massa abdominal ou retal palpável.

BOTTOM BAND (Árvore de Decisão e Conduta)

Critérios para Colonoscopia

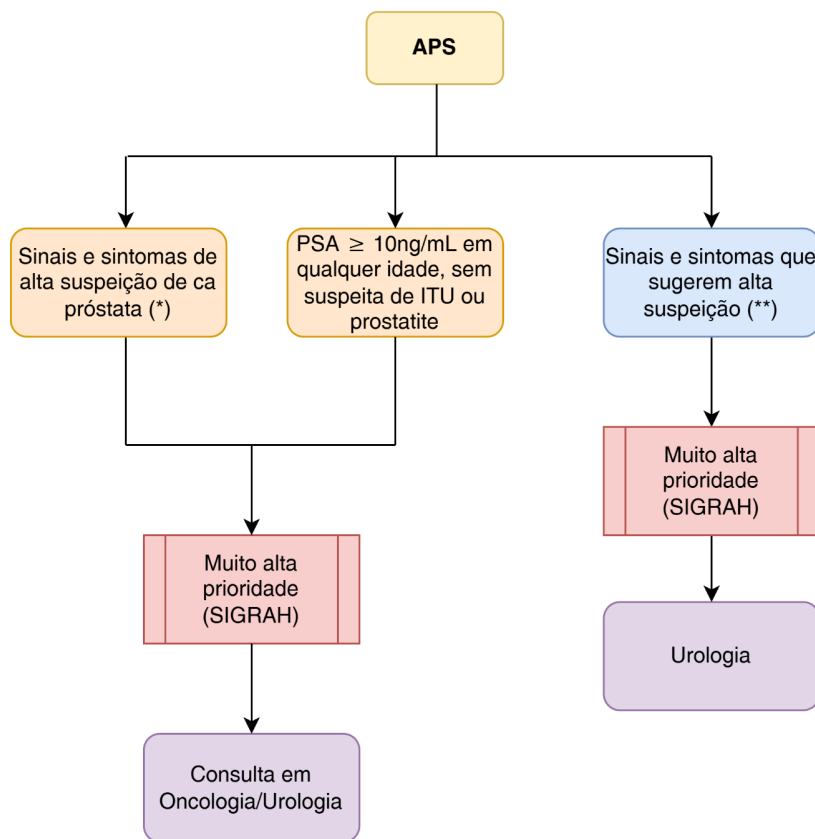
Na presença de **perda de peso** OU **anemia ferropriva** (sem causa definida após APS)...**+** Associada a pelo menos 02 dos seguintes:

- | | |
|---|--|
| ☐ >50 anos com sangramento | ☐ Dor abdominal tipo cólica |
| ☐ Tenesmo | ☐ Sangue oculto positivo |
| ☐ Alteração do hábito >3 meses | |

Para Oncologia / Coloproctologia

- ↳ **Massa palpável**
- ↳ **Lesão anal endurecida** com sangramento ao toque
- ↳ **Biópsia inconclusiva** em lesão altamente suspeita

Alta suspeição de neoplasia de próstata

**Critérios de alta suspeição (*) -
Oncologia/Urologia**

- Presença de nódulo endurecido e/ou assimétrico ao toque retal;
Homens com PSA total > 4 ng/mL associados a:

- Perda de peso;
- Dor óssea (principalmente dor lombar);
- Obstrução urinária (dificuldade de urinar; diminuição do jato urinário; demora em iniciar ou finalizar o jato urinário; diminuição do jato urinário)

Critérios de alta suspeição () -
Urologia**

- Homens com PSA total > 4 ng/mL, associado a pelo menos 01 dos sintomas:

- Hematúria;
- Aumento da frequência urinária, principalmente à noite;
- Mudança do padrão urinária.
- Disfunção erétil;
- Sinais e sintomas constitucionais;

Fatores de Risco

- Idade avançada
- Histórico familiar (<60 anos)
- População negra
- Obesidade

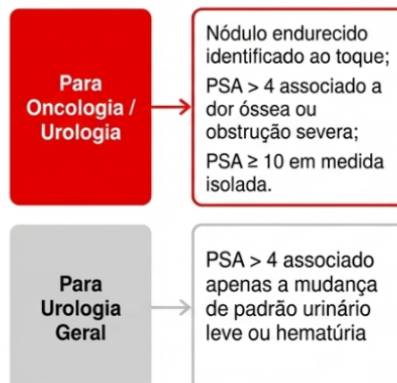
Limiares Clínicos (PSA & Toque)



- **Toque Retal:** Nódulo endurecido ou próstata assimétrica (**Alerta máximo**).
- **PSA Total > 4 ng/mL:** Relevante se associado a sintomas como obstrução ou dor óssea.
- **PSA Total ≥ 10 ng/mL:** Considerado de **alta suspeição** em medida isolada.

Atenção: Usuários de finasterida (>6 meses) devem ter o valor do PSA multiplicado por 2.

Decisão de Encaminhamento



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEREK, Jonathan S.; KARAM, Amer. *Vulvar cancer: epidemiology, diagnosis, histopathology, and treatment*. Waltham: UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-cancer-epidemiology-diagnosis-histopathology-and-treatment>. Acesso em: 11 mar. 2026.
2. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_urologia_v_VI.pdf. Acesso em: 1 fev. 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. **Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Urologia**. Porto Alegre: TelessaúdeRS/UFRGS, 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.
4. CHEN, Lee-may; BEREK, Jonathan S. *Endometrial carcinoma: clinical features, diagnosis, prognosis, and screening*. Waltham: UpToDate, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-clinical-features-diagnosis-prognosis-and-screening>. Acesso em: 11 mar. 2026.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero>. Acesso em: 1 fev. 2025.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de cólon e reto**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto>. Acesso em: 1 fev. 2025.
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção Precoce do Câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoc-e-do-cancer.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2025.
8. MACRAE, Finlay A.; PARIKH, Aparna R.; RICCIARDI, Rocco. *Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer*. Waltham: UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>. Acesso em: 11 mar. 2026.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer de próstata**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-prostata>. Acesso em: 1 fev. 2025.

10. NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Cancer Screening Overview: Patient Version.** Disponível em: https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/patient-screening-overview-pdq#_24 . Acesso em: 1 fev. 2025.
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. *Quais são os sintomas de câncer de endométrio?* 2023. Disponível em: <https://sbco.org.br/quais-sao-os-sintomas-de-cancer-de-endometrio/>. Acesso em: 11 mar. 2026.
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. *Quais os sintomas do câncer de vulva?* 2024. Disponível em: <https://sbco.org.br/quais-os-sintomas-do-cancer-de-vulva/>. Acesso em: 11 mar. 2026.
13. SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Câncer de Próstata: Diagnóstico.** Acesso em 12 de maio de 2025.
14. TAPLIN, Mary-Ellen; SMITH, Joseph A. *Clinical presentation and diagnosis of prostate cancer.* Waltham: UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer>. Acesso em: 11 mar. 2026.
15. WOLTERS KLUWER. Basal cell carcinoma: **Epidemiology, pathogenesis, clinical features, and diagnosis.** UpToDate, 2025. Acesso em 05 de maio de 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/basal-cell-carcinoma-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=carcinoma%20basocelular&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. WOLTERS KLUWER. **Clinical presentation, diagnosis, and staging of gastric cancer.** UpToDate, 2025. Acesso em 28 de maio de 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-gastric-cancer?search=cancer%20gastrico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1