

Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto

O protocolo de Oncologia Adulto será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Oncologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

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

Os pacientes com critérios para encaminhamento devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, resolução nº265/20 - CIB/RS. É neste local de atenção que se confirma o diagnóstico e se determina a extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento e cuidados necessários de acordo com as rotinas e condutas estabelecidas nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

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

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 4 de março de 2021.

Supervisão Geral:
Arita Bergmann

Coordenação:
Roberto Nunes Umpierre
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Rudi Roman

Autores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Carolina da Fonte Pithan
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Felícia de Moraes Branco Tavares
Francine Gerson Carvalho
Jerônimo De Conto Oliveira
Ligia Marroni Burigo

Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Maiara Conzatti
Nicolas da Costa Peruzzo
Rafael Carvalho Ipe da Silva
Rafaela Komorowski Dal Molin
Renata Rosa de Carvalho
Rudi Roman

Revisão técnica:
Carmen Luisa Teixeira Bagatini
Débora Cravo Battesini
Dioga Ana Mattiello
James Freitas Fleck
Sheila Schuch Ferreira

Colaboração:
Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:
Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:
Lorenzo Costa Kupstaitis

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2021.
Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Neoplasia de Mama

Sinais de alarme: nódulo palpável, descarga papilar sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha” unilateral espontânea e retração ou distorção mamilar nova ou recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Mastologia:

- achados no exame físico altamente sugestivos de neoplasia da mama ([quadro 1](#));
- achados em exame de imagem de BI-RADS categoria 4 ou 5 ([quadro 2](#));
- diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (BI-RADS 6 - [quadro 2](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica e Quimioterapia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Mastologia:

- nódulo palpável em mulheres e homens com **alto risco** para câncer de mama ([quadro 3](#));
- nódulo palpável ao exame físico, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita, nas seguintes condições:
 - em mulher com menos de 30 anos, nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual, com exame de imagem negativo (lesão não visualizada); ou
 - em mulher com menos de 30 anos, nódulo palpável e ecografia mostrando lesão sólida ≥ 2 cm ou com alta suspeita clínica; ou
 - em mulher com mais de 30 anos, nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual; ou
 - em mulher na pós-menopausa, nódulo palpável de surgimento recente.
- paciente assintomática com BI-RADS¹ categoria 3 com indicação precisa de Terapia de Reposição Hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Genética:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. anexar laudo(s) de exame(s) de imagem realizado(s), principalmente mamografia e ecografia mamária, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
3. história pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer;
4. história familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹As condutas sugeridas frente à categoria BI-RADS em exames de imagem estão descritas no [quadro 2](#).

Protocolo 2 – Neoplasia de Próstata

Sinais de alarme: alterações do jato urinário, obstrução urinária e hematúria. Dores ósseas, emagrecimento e caquexia são mais frequentes na doença avançada.

Atenção: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA de pacientes que estão em uso dessa medicação há pelo menos 3-6 meses devem ser multiplicados por 2.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita clínica ou diagnóstico de câncer de próstata associado a complicações agudas (obstrução urinária, hematúria volumosa com coágulos, hidronefrose bilateral, sinais e sintomas de acometimento da coluna vertebral [perda progressiva da força e alteração de sensibilidade de membros inferiores, anestesia em sela, alterações no controle dos esfíncteres, suspeita de fratura óssea]).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Urologia:

- suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/ml;
- suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- paciente em qualquer idade e uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹;
- diagnóstico histopatológico de neoplasia prostática.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica e Quimioterapia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- pacientes menores de 70 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹;
- pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. uso de finasterida (sim ou não). Se sim, especifique tempo de uso;
3. anexar resultado de biópsia prostática, com data, ou descrever na íntegra os seus resultados, se realizada;
4. resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/ml em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
5. resultado de EQU/EAS/urina tipo 1, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite aguda, repetir PSA após 1 mês do tratamento.

Protocolo 3 – Neoplasia de Pulmão

Sinais de alarme: hemoptise, dispneia, tosse, rouquidão, dor torácica, infecções pulmonares de repetição, baqueteamento digital, linfadenopatia supraclavicular ou cervical baixa persistente, fadiga e perda de peso.

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- lesão mediastinal ou pulmonar com sinais ameaçadores à vida (dispneia grave, síndrome de veia cava superior, pulso paradoxal, hemoptise maciça [> 150 ml em 24h], pneumotórax, derrame pleural volumoso [$> 1/3$ do hemitórax]).

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Torácica:

- massa (lesão sólida circunscrita maior que 3 cm);
- nódulo sólido ou subsólido¹ em pessoa com alterações clínicas sugestivas de malignidade², independentemente do tamanho;
- diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna pulmonar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica e Quimioterapia:

- paciente com neoplasia de pulmão avançada, com metástase(s) à distância.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- massa mediastinal ou alargamento de mediastino;
- atelectasia lobar e/ou segmentar;
- linfonomegalia mediastinal;
- derrame pleural sem etiologia definida;
- nódulo sólido maior ou igual a 8 mm, independentemente do risco pessoal para câncer de pulmão ([quadro 5](#));
- nódulo com crescimento no seguimento do exame de imagem (aumento ≥ 2 mm - [quadro 5](#));
- nódulo sólido ou subsólido¹ com indicação de seguimento com exame de imagem, na impossibilidade de realizar TC na APS.

¹ São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido; e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).

² Alterações clínicas sugestivas de malignidade: hemoptise, perda ponderal, linfonomegalia supraclavicular, cervical baixa ou mediastinal, derrame pleural.



Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em anos-maço);
3. exposição ocupacional (sim ou não). Se sim, qual;
4. história prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;
5. história familiar de neoplasia de pulmão (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco;
6. resultado de exame de imagem de tórax com descrição de tamanho, localização, características da lesão e presença e tipo de calcificação, com data;
7. resultado de outros exames de imagem de tórax prévios quando disponíveis, com data;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Neoplasia de Cólon e Reto

Sinais de alarme: dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento involuntário, massa abdominal palpável em topografia colônica ou retal, sangramento retal não atribuível à doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível.

Condições clínicas que indicam a necessidade de colonoscopia na APS:

- hematoquezia persistente não atribuível a doença orifical;
- hematoquezia em paciente acima de 50 anos;
- hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- anemia ferropriva (hemoglobina < 13 g/dl em homens ou < 12 g/dl em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS;
- sintomas ou sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia ([quadro 6](#));
- rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar ([quadro 7](#));

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Coloproctologia:

- diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cólon;
- massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem;
- suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([quadro 6](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica e Quimioterapia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
2. resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
3. resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
4. exame de imagem, se realizado, com data;
5. resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data;
6. história de câncer colorretal em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Leucemias, Linfoma ou Doenças Linfoproliferativas

Sinais de alarme: sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, esplenomegalia, linfadenopatia, bicitopenia/pancitopenia.

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

- citopenias ou leucocitose ou presença de blastos e sinais de alarme para neoplasias hematológicas - suspeita de leucemias agudas;
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - hemoglobina < 7 g/dl; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50 mil células/mm³;
- citopenias graves em pessoas com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo;
- neutropenia febril (< 1500 neutrófilos/mm³);
- sinais ou sintomas de leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos ou priapismo em pessoas com hiperleucocitose¹) ou leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm³;
- suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner) em pessoa com massas linfonodais grandes;
- trombocitopenia crítica (< 20.000 plaquetas/mm³).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia:

- linfonodomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- linfonodomegalia associada a sintomas B;
- linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;
- diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunohistoquímico de leucemia, linfoma ou doença linfoproliferativa;
- leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:
 - leucocitose persistente às custas de linfócitos (>4.000 linfócitos/mm³ e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (linfoproliferação crônica);
 - leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de processo infeccioso ou uso de medicamento que justifique;
- quadro clínico sugestivo de gamopatia monoclonal (ex. mieloma múltiplo): anemia, hipercalcemia, perda de função renal, fraturas patológicas e/ou alteração monoclonal identificada na eletroforese de proteínas séricas.

¹ Hiperleucocitose: leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- citopenias (anemia, leucopenia, trombocitopenia), sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS (ver [quadro 8](#) e [quadro 9](#));
- policitemia persistente após exclusão de causas secundárias na APS¹;
- trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS;
- esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral - [figura 1](#):

- linfonodomegalia supraclavicular;
- linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente por mais de 4 semanas sem causa definida após investigação na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas B, tempo de evolução, história de manifestações hemorrágicas ou trombóticas; exame físico, incluindo descrição de palpação abdominal, presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes);
2. resultado de hemograma completo (descrever microscopia, se presente) e número de plaquetas, com data (se citopenias ou leucocitose persistentes, sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames);
3. se linfonodomegalias, descrever as características (tamanho, consistência, fixação a planos profundos) e localização dos linfonodos;
4. resultado dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica ou alterações observadas no hemograma;
5. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias de citopenias em pessoas sem critérios de gravidade: anti-HCV, HBsAg, anti-HIV (ou testes rápidos), TGO/TGP, creatinina, albumina, GGT, TP/KTTP, TSH, vitamina B12, ácido fólico, LDH e ácido úrico;
6. descreva os medicamentos em uso (atentar para os fármacos presentes no [quadro 8](#) e no [quadro 9](#), no apêndice, com medicamentos comuns que cursam com citopenias);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Policitemia persistente: hemoglobina maior que 16,0 g/dl em mulheres e maior que 16,5 g/dl em homens, após repetição do hemograma em 1 mês. Excluir causas secundárias como DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal.

Referências

ABRAMS, C. S. Thrombocytopenia. In: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (ed.). **Goldman's Cecil Medicine**. 26. ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2019. Cap. 172.

AQUINO, S. L. Imaging of metastatic disease to the thorax. **Radiologic Clinics of North America**, Philadelphia, v. 43, n. 3, p. 481-495, May 2005. Doi 10.1016/j.rcl.2005.02.006.

ARNOLD, D. M.; CUKER, A. **Approach to the adult with unexplained thrombocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 19 July 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-thrombocytopenia>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BERLINER, N. **Approach to the adult with unexplained neutropenia**. Waltham (MA): UpToDate, 21 Feb 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-neutropenia>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019**. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF, 17 dez. 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

CARRARO, D. M. *et al.* Comprehensive analysis of BRCA1, BRCA2 and TP53 germline mutation and tumor characterization: a portrait of early-onset breast cancer in Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 3, e57581, 2013. Doi 10.1371/journal.pone.0057581.

CHAVES, M. P.; SICILIANO, A. A. de O. Metastases pulmonares. In: SILVA, C. I. S.; D'IPPOLITO, G.; ROCHA, A. J. da. (ed.). **Tórax**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 387-395. (Série Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem).

DAVIDS, M. S. **Approach to the adult with lymphocytosis or lymphocytopenia**. Waltham (MA): UpToDate, 11 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-lymphocytosis-or-lymphocytopenia>. Acesso em: 4 mar. 2021.

D'ORSI, C. J. *et al.* (ed.). **ACR BI-RADS Atlas: breast imaging reporting and data system**. 5. ed. Reston (VA): American College of Radiology, 2013.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 498-508.

DYNAMED. **Record No. T113622, Hepatocellular carcinoma in adults.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113622>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113642, Colorectal cancer.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018b. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113642>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113654, Breast cancer in women.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018c. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/breast-cancer-in-women>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113952, Endometrial Cancer.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 4 Dec. 2018d. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113952>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T114197, Solitary pulmonary nodule: approach to the patient.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018e. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114197>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T114483, Prostate cancer.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 4 Dec. 2018f. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114483>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T435293, Salivary gland tumors.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018g. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T435293>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DYNAMED. **Record No. T901808, Lung cancer screening.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018h. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T901808>. Acesso em: 4 mar. 2021.

ELMORE, J. G.; LEE, C. I. **Screening for breast cancer: strategies and recommendations.** Waltham (MA): UpToDate, 20 Oct. 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T361086>. Acesso em: 4 mar. 2021.

FREEDLAND, S. **Measurement of prostate-specific antigen.** Waltham (MA): UpToDate, 4 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen>. Acesso em: 4 mar. 2021.

FREEDMAN, A. S.; FRIEDBERG, J. W.; ASTER, J. C. **Clinical presentation and diagnosis of non-Hodgkin lymphoma.** Waltham (MA): UpToDate, 8 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-non-hodgkin-lymphoma>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FRUMOVITZ, M. **Invasive cervical cancer: epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis.** Waltham (MA): UpToDate, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 4 mar. 2021.

GOULD, M. K. *et al.* Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. **CHEST**, Chicago, v. 143(5 Suppl):e93S-e120S, May 2013. Doi 10.1378/chest.12-2351.

GUPTA, S. *et al.* Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. **Gastrointestinal Endoscopy**, St Louis (MO), v. 115, n. 3, p. 415–434, Mar. 2020. Doi 10.1016/j.gie.2020.01.014.

HASSAN, C. *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: update 2020. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 52, n. 8, p. 687-700, Aug. 2020. Doi 10.1055/a-1185-3109.

HOFFMAN, R. M. **Screening for prostate cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 2 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>. Acesso em: 4 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/livro_deteccao_precoce_final_2015.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

KATOFF, P. W.; TAPLIN, M-E.; SMITH, J. A. **Clinical presentation and diagnosis of prostate cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 19 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer>. Acesso em: 4 mar. 2021.

MACRAE, F. A. **Overview of colon polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 18 fev. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-polyps>. Acesso em: 4 mar. 2021.

MACMAHON, H. *et al.* Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: from the Fleischner Society 2017. **Radiology**, Easton (PA), v. 284, n. 1, p. 228–243, July 2017. Doi 10.1148/radiol.2017161659.

MIDTHUN, D. E. **Clinical manifestations of lung cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 2 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lung-cancer>. Acesso em: 4 mar. 2021.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Genetic/familial high-risk assessment: breast, ovarian, and pancreatic: version 2.2021**. Bethesda (MD), 6 Jan. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Suspected cancer: recognition and referral**. London, 23 June 2015 [atual. 29 jan. 2021]. 87 f. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 4 mar. 2021.

PATEL, V. K. *et al.* A practical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules: part 1: radiologic characteristics and imaging modalities. **CHEST**, Chicago, v. 143, n. 3, p. 825–839, 2013. Doi 10.1378/chest.12-0960.

PROVAN, D. *et al.* **Oxford Handbook of Clinical Haematology**. 4. ed. Oxford: OUP Oxford, 2015.

PESHKIN, B. N.; ISAACS, C. **Genetic testing and management of individuals at risk of hereditary breast and ovarian cancer syndromes**. Waltham (MA): UpToDate, 19 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/genetic-testing-and-management-of-individuals-at-risk-of-hereditary-breast-and-ovarian-cancer-syndromes>. Acesso em: 4 mar. 2021.

RAMSEY, S. D.; GRADY, W. M. **Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer or advanced polyp**. Waltham (MA): UpToDate, 7 Aug. 2020. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer-or-advanced-polyp>. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para hematologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 8 nov. 2016.

Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_hematologia_20161108.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para gastroenterologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 dez. 2016.

Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Gastroenterologia.pdf.

Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para mastologia**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 5 fev. 2020. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_mastologia_20160324.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para pneumologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS; 7 dez. 2018. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para proctologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 8 nov. 2016.

Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_proctologia_TSRS_20161108.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para urologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 9 fev. 2018. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de regulação ambulatorial: cirurgia torácica adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/cirurgia_toracica.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de regulação ambulatorial: ginecologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em:

Porto Alegre: TelessaúdeRS; 2017. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v016.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.



WEINBERGER, S. E.; MCDERMOTT, S. **Diagnostic evaluation of the incidental pulmonary nodule.** Waltham (MA): UpToDate, 9 Nov. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-the-incidental-pulmonary-nodule>. Acesso em: 4 mar. 2021.

URBAN, L. A. B. D. *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 244–249, jul./ago. 2017. Doi 10.1590/0100-3984.2017-0069.

Apêndice – quadros e figuras auxiliares

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

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha” unilateral espontânea; ou
Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção; ou
Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à “casca de laranja”, retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Brasil (2013) e INCA (2015).

Quadro 2 – Categorias de avaliação de BI-RADS.

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

Fonte: D'orsi *et al.* (2013).

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

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

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Brasil (2013), Urban *et al.* (2017) e Dynamed (2018c).

Quadro 4 – Critérios para avaliação de risco genético para câncer de mama e/ou ovário.**A. História pessoal de câncer de mama com qualquer uma das seguintes características:**

- câncer de mama diagnosticado com idade ≤ 35 anos;
- câncer de mama triplo-negativo (receptores de estrógeno, progesterona e proteína HER-2) diagnosticado antes dos 60 anos;
- dois cânceres de mama primários¹;
- câncer de mama diagnosticado em homem;
- câncer de mama diagnosticado em qualquer idade, mais história familiar²:
 - ≥ 1 familiar com câncer de mama diagnosticado ≤ 50 anos, ou
 - ≥ 1 familiar com câncer de ovário, ou
 - ≥ 1 familiar com câncer de mama masculino, ou
 - ≥ 2 familiares com câncer de pâncreas ou câncer de próstata (Gleason ≥ 7), ou
 - ≥ 2 familiares com câncer de mama em qualquer idade.

B. História pessoal de câncer de ovário epitelial em qualquer idade.**C. História pessoal de câncer de pâncreas exócrino em qualquer idade.****D. História pessoal de câncer de próstata metastático em qualquer idade.****E. Ascendência judaica Ashkenazi e câncer de mama ou câncer de próstata de alto grau (Gleason ≥ 7).****F. Pessoa de qualquer idade com mutação deletéria em um gene de suscetibilidade ao câncer dentro da família ou encontrado em testes de tumores (Ex: BRCA 1/2).**

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

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de NCCN (2021), Carraro *et al.* (2013) e Peshkin e Isaacs (2021).

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

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

Nódulo sólido			
	< 6 mm	Entre 6 e 8 mm	> 8 mm
Único			
Pessoa de baixo risco¹	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e considerar entre 18 e 24 meses.	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica.
Pessoa de alto risco¹	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e entre 18 e 24 meses.	Investigação adicional com TC em 3 meses, PET/TC ou biópsia. Encaminhar para Cirurgia Torácica.
Múltiplos²			
Pessoa de baixo risco¹	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e considerar entre 18 e 24 meses.
Pessoa de alto risco¹	TC no diagnóstico e aos 12 meses. Se estável/resolvido aos 12 meses, não é necessário seguimento.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses.	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses e entre 18 e 24 meses.
Nódulo subsólido³			
	< 6 mm	≥ 6 mm	
Único			
Vidro fosco	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico, entre 6 e 12 meses e a cada 2 anos até completar 5 anos de seguimento.	
Parcialmente sólido	Não é necessário seguimento. (benigno ou infecção/inflamação).	TC no diagnóstico e entre 6 e 12 meses. Se persistente/estável e o componente sólido for < 6 mm, TC anual até completar 5 anos de seguimento. Se componente sólido ≥ 6mm ou crescer, tratar como altamente suspeito e encaminhar para Cirurgia Torácica.	
Múltiplos²	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Considerar TC em pacientes de alto risco entre 18 e 24 meses. (usualmente benignos).	TC no diagnóstico, entre 3 e 6 meses. Manejo subsequente baseado no nódulo mais suspeito.	

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

Pessoa de alto risco: idade elevada, história atual ou prévia de tabagismo, exposição ocupacional a agentes carcinogênicos (asbesto, radiação ionizante, arsênio, cromo e níquel), história familiar de neoplasia pulmonar, nódulo com margens irregulares ou espiculadas e localização no lobo superior.

² Atentar para nódulos múltiplos com característica de metástases: bilaterais, não calcificados, com bordas regulares, distribuição periférica/subpleural e com grande variação de tamanho. Realizar avaliação clínica detalhada.

³ São considerados nódulos subsólidos: nódulos em vidro fosco/despolido; e nódulos parcialmente sólidos (ou seja, com componentes de vidro fosco/despolido e sólido).

Fonte: TelessaúdeRS UFRGS (2021) adaptado de MacMahon *et al.* (2017) e Gould *et al.* (2013).

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

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

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

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Gupta *et al.* (2020) e Hassan *et al.* (2020).

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

Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento
CÂNCER COLORRETAL	
≥ 60 anos	Aos 50 anos
< 60 anos	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes)
Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes)
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR	
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100).	A partir dos 10 anos

Observação: Atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas de risco médio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Ramsey e Grady (2020).

Quadro 8 – Causas e investigação de leucopenia secundária.

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

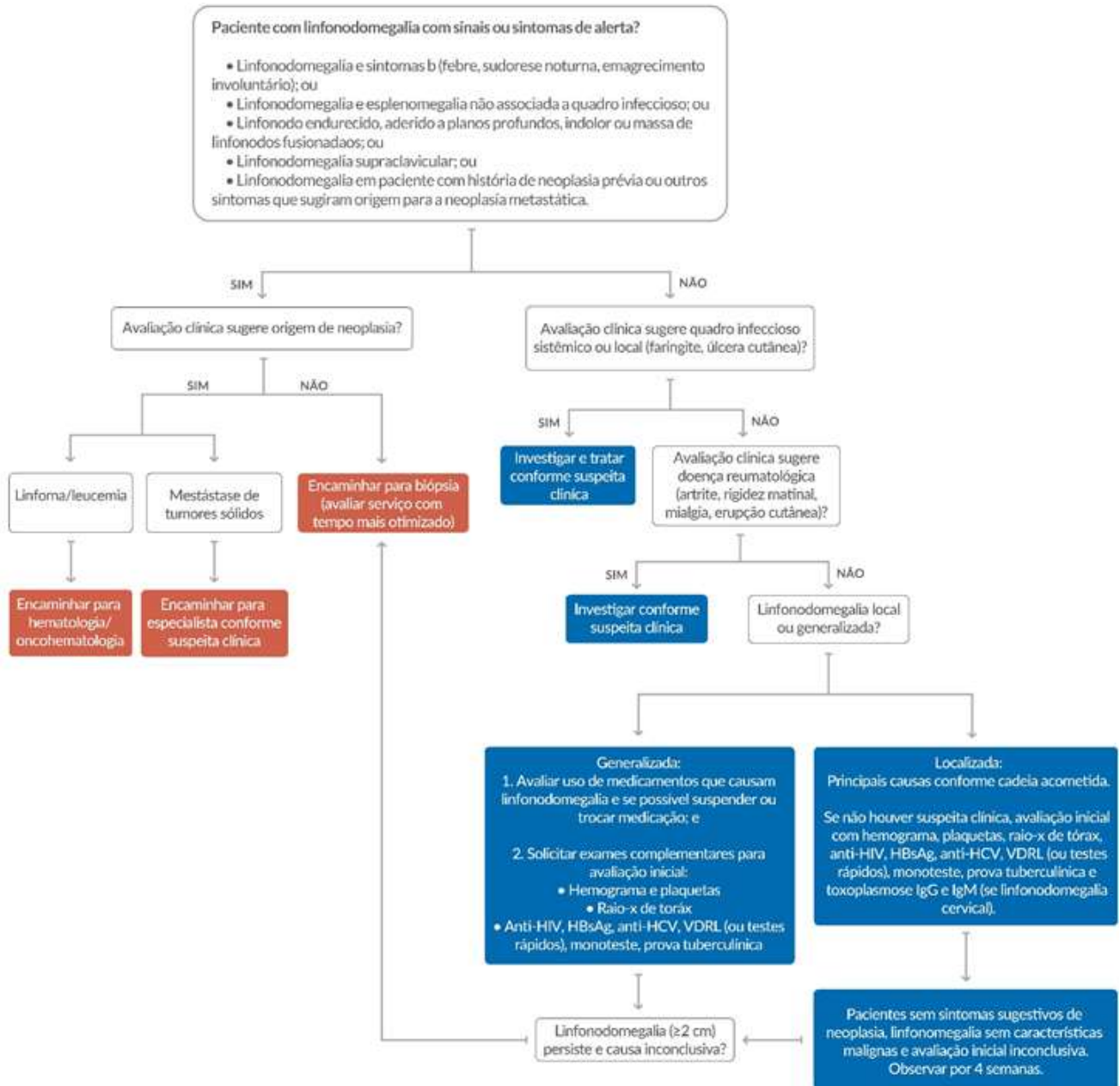
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Berliner (2020).

Quadro 9 – Causas e investigação de trombocitopenias secundárias.

Causas	Investigação
Infecções agudas e crônicas (como rubéola, varicela, parvovírus, Epstein-Barr, citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose)	Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar anti-HCV, HBsAg e anti-HIV (ou testes rápidos).
Doença hepática crônica	Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia. Complementar investigação com: anti-HCV, HBsAg (ou testes rápidos), TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTTP e ecografia abdominal.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Síndrome antifosfolípideo)	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN.
Deficiência de nutrientes	Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12 e ácido fólico.
Medicamentos	Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol-trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico, haloperidol, heparina, ibuprofeno, entre outros.

 Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Arnold e Cuker (2020), Abrams (2016) e Provan *et al.* (2015).

Figura 1 – Investigação de linfonodomegalia periférica.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).